

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung und des Pflege-/Hilfsmittelverzeichnisses

Durch verschiedene Bundesgesetze (u. a. Pflegebonusgesetz und Gesetz zur Verlängerung der Sonderregelungen beim Kurzarbeitergeld) traten neue Regelungen in der Pflegepflichtversicherung in Kraft. Diese erfordern eine Anpassung Ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung, die wir zum 01.01.2023 umsetzen.

Im Wesentlichen sind folgende Bereiche betroffen:

- Pflegeberatung
- digitale Pflegeanwendungen
- beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner

Änderung und Erweiterung des Pflege-/Hilfsmittelverzeichnisses

Die Liste der versicherten Pflege-/Hilfsmittel wird angepasst und erweitert. Die Erweiterungen betreffen insbesondere den Bereich der Hilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität.

Auf den folgenden Seiten finden Sie alle Neuerungen, die ab dem 1. Januar 2023 Ihre Versicherungsbedingungen betreffen. Wir haben die Änderungen so angeordnet, dass Sie auf einen Blick erkennen, was sich gegenüber den bisherigen Bedingungen geändert hat. Bitte nehmen Sie diese Änderungen zu Ihren Unterlagen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

I. Bedingungsteil - (MB/PPV)

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung ¹
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung
I. Bedingungsteil – (MB/PPV 2022) (Stand: 1. Januar 2022)	I. Bedingungsteil – (MB/PPV 2022 II) (Stand: <u>01. Januar 2023</u>)

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes (§ 1 Absatz 12)

Anpassung der Bezeichnung auf die neue Version MB/PPV 2022 II

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
(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 2022 II, 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.

Umfang der Leistungspflicht - A. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 4 Absatz 4)

Bei häuslicher Pflege kann bis 30. Juni 2024 auf Wunsch des Versicherten jede zweite, vorgesehene Beratung durch einen Pflegedienst in Form einer Videoberatung abgerufen werden. Die Erstberatung erfolgt immer beim Versicherten zu Hause.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet, a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich, b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, mit dem ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder der von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nummer 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab,	(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet, a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich, b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, mit dem ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder der von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nummer 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab,

¹ Die Neuerungen sind in der Gegenüberstellung durch **blaue Schriftfarbe** gekennzeichnet.

so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nummer 2.2 des Tarifs PV erstattet. Eine Beratung durch einen Betreuungsdienst nach § 71 Absatz 1a SGB XI ist nicht erstattungsfähig. - Bisher keine Regelung -	so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nummer 2.2 des Tarifs PV erstattet. Eine Beratung durch einen Betreuungsdienst nach § 71 Absatz 1a SGB XI ist nicht erstattungsfähig. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 und 5 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.
--	---

Umfang der Leistungspflicht - K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen (§ 4 Absatz 20 und Absatz 21)

Es wird näher definiert, was als digitale Pflegeanwendung gilt. Die Bewilligung digitaler Pflegeanwendungen erfolgt zunächst für höchstens sechs Monate. Wird sie genutzt und erfüllt die Nutzung den konkreten Versorgungszweck, erfolgt anschließend eine unbefristete Bewilligung.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen (20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen oder in der Interaktion von versicherten Personen, Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Aufwendungen die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind. - Bisher keine Regelung -	K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen (20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Aufwendungen die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind. Digitale Pflegeanwendungen sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegenden in den in § 1 Absatz 3 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren. Keine digitalen Pflegeanwendungen sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme

Der Versicherer entscheidet auf Antrag über die Notwendigkeit der Versorgung der versicherten Person mit einer digitalen Pflegeanwendung. - Bisher keine Regelung - (21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 5 Satz 6 SGB XI festgestellt hat, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen. Der Anspruch setzt voraus, dass die ergänzende Unterstützungsleistung für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung im Einzelfall erforderlich ist.	von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind. Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizin-produktrechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die als Medizinprodukte niedriger Risikoklassen zu klassifizieren sind. Der Versicherer entscheidet auf Antrag über die Notwendigkeit der Versorgung der versicherten Person mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist für höchstens sechs Monate zu befristen. Ergibt die während der Befristung durchzuführende Prüfung, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird, ist eine unbefristete Bewilligung zu erteilen. (21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 5 Satz 6 SGB XI festgestellt hat, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.
---	---

Einschränkung der Leistungspflicht (§ 5 Absatz 2b)

Rein redaktionelle Änderung ohne inhaltliche Auswirkung.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner: a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 haben. Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt; b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer Einrichtung der Hilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen gemäß § 4 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit	(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner: a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 haben. Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt; b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer Einrichtung der Hilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen gemäß § 4 Absatz 1 Satz 3 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit

beruht. Pflegegeld gemäß § Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 SGB V; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;...	beruht. Pflegegeld gemäß § Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 SGB V; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;...
--	--

Leistungsausschluss (§ 5a)

Rein redaktionelle Änderung ohne inhaltliche Auswirkung.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 402 SGB V abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.	Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 404 SGB V abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Beitragszahlung (§ 8 Absatz 2)

Kinder können, sofern die sonstigen Voraussetzungen vorliegen, beitragsfrei mitversichert werden, solange sie eine geringfügige Beschäftigung ausüben und ihr jeweiliges Gesamteinkommen die sogenannte Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie a) nicht nach § 20 Absatz 1 Nummer 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Absatz 3 SGB XI versicherungspflichtig sind, b) nicht nach § 22 SGB XI von der Versicherungspflicht befreit sind, c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI haben, d) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeits-	(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie a) nicht nach § 20 Absatz 1 Nummer 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Absatz 3 SGB XI versicherungspflichtig sind, b) nicht nach § 22 SGB XI von der Versicherungspflicht befreit sind, c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI haben, d) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeits-

verhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlungsbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.	verhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlungsbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Kinder, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.
---	--

II. Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI

Die Beitragsbegrenzung für seit 01.01.1995 versicherte Ehegatten und eingetragene Lebenspartner ist, wenn die übrigen Voraussetzungen vorliegen, auch möglich, solange diese Personen eine geringfügige Beschäftigung ausüben und ihr jeweiliges Gesamteinkommen die sogenannte Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26a Absatz 1 SGB XI Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes: In Abweichung von § 3 MB/PPV 2022 entfällt die Wartezeit; § 8 Absatz 3 MB/PPV 2022 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte; § 8 Absatz 5 MB/PPV 2022 - wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtli-	Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26a Absatz 1 SGB XI Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes: In Abweichung von § 3 MB/PPV 2022 II entfällt die Wartezeit; § 8 Absatz 3 MB/PPV 2022 II besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte; § 8 Absatz 5 MB/PPV 2022 II - wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtli-

chen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlungsbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen. Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappingsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet; b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht; 4. § 8a Absatz 2 MB/PPV 2022 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten. Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten	chen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlungsbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen. Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappingsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet; b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht; 4. § 8a Absatz 2 MB/PPV 2022 II erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten. Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
--	--

sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.	sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.
---	---

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG

Anpassung der Bezeichnung auf die neue Version MB/PPV 2022 II

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes: In Abweichung von § 8 Absatz 5 MB/PPV 2022 a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht; b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist. c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht. Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.	Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes: In Abweichung von § 8 Absatz 5 MB/PPV 2022 II a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht; b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist. c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht. Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten

Anpassung der Bezeichnung auf die neue Version MB/PPV 2022 II

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2022-und Tarif PV) gilt Folgendes: 1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten im Sinne von § 20 Absatz 1 Nummer 9 und 10 SGB XI werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen. 2. Die unter Nummer 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nummern 1 bis 14-des Tarifs PV sowie nach § 4 Absatz 18 MB/PPV 2022 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.	In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2022 II und Tarif PV) gilt Folgendes: 1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten im Sinne von § 20 Absatz 1 Nummern 9 und 10 SGB XI werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen. 2. Die unter Nummer 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nummern 1 bis 15 des Tarifs PV sowie nach § 4 Absatz 18 MB/PPV 2022 II einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.

3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nummer 1 genannten Eigenschaft. 4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Absatz 5 MB/PPV 2022, Nummer 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und nach § 26a Absatz 1 SGB XI“ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. 5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nummer 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nummer 4 Sätze 1 und 2. 6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2022 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nummer 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht. 7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV-2022 entsprechend.	3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nummer 1 genannten Eigenschaft. 4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Absatz 5 MB/PPV 2022 II, Nummer 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und nach § 26a Absatz 1 SGB XI“ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. 5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nummer 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nummer 4 Sätze 1 und 2. 6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2022 II wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nummer 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht. 7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2022 II entsprechend.
---	--

III. Tarifbedingungen

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Bisherige Tarifbedingung	Neue Tarifbedingung
Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2022) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.	Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2022 II) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Klarstellung, dass es um Leistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen geht.

Bisherige Tarifbedingung	Neue Tarifbedingung
15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen zusammen bis zu insgesamt 50 Euro	15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen zusammen bis zu insgesamt 50 Euro

im Monat des nach § 78a Absatz 1 SGB XI und § 89 Absatz 1 SGB XI vereinbarten Betrages. Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 3 SGB XI in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. 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 übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten. In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	im Monat des nach § 78a Absatz 1 SGB XI und § 89 Absatz 1 SGB XI vereinbarten Betrages. Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 3 SGB XI in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. 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 übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten. In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
---	--

IV. 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)

Besitzstandsschutz (§ 2 Absatz 2)

Anpassung der Bezeichnung auf die neue Version MB/PPV 2022 II

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
(2) Versicherte Personen, 1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2015 in Verbindung mit Nummer 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Absatz 1, 2 und 8 MB/PPV 2022 unter Berücksichtigung des § 1 Absatz 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Absatz 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2022. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Absatz 16 MB/PPV 2022 im Vergleich mit Nummer 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 Absatz 5 MB/PPV 2022) schriftlich mitteilen und erläutern.	(2) Versicherte Personen, 1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2015 in Verbindung mit Nummer 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Absatz 1, 2 und 8 MB/PPV 2022 II unter Berücksichtigung des § 1 Absatz 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Absatz 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2022 II. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Absatz 16 MB/PPV 2022 II im Vergleich mit Nummer 11 des Tarifs PV 2022 II festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Absatz 5 MB/PPV 2022 II) schriftlich mitteilen und erläutern.

Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung (§ 4 Absatz 3)

Anpassung der Bezeichnung auf die neue Version MB/PPV 2022 II

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass - bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Absatz 2 MB/PPV 2022 vorliegt oder - die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Absatz 13 MB/PPV 2022 ist. Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI eintritt.	(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass - bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Absatz 2 MB/PPV 2022 II vorliegt oder - die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Absatz 13 MB/PPV 2022 II ist. Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI eintritt.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung**Aktualisierung der Pflege-/Hilfsmittelliste**

Neu hinzugekommene Pflege-/Hilfsmittel werden ergänzt, eines entfällt. Die Bezeichnungen werden dem Sprachgebrauch angepasst.

Bisherige Pflegehilfsmittel	Neue Pflegehilfsmittel
1.2 Pflegebettenzubehör - Bettverlängerungen 50.45.02.0001-0999 - Bettverkürzungen 50.45.02.1000-1999 - Bettgalgen 50.45.02.2000-2999 - Aufrichthilfen 50.45.02.3000-3999 - Seitengitter 50.45.02.4000-4999 - Fixiersysteme für Personen 50.45.02.5000-5999 - Seitenpolster für Pflegebetten 50.45.02.6000-6999	1.2 Pflegebettenzubehör - Bettverlängerungen 50.45.02.0001-0999 - Bettverkürzungen 50.45.02.1000-1999 - Bettaufrichter (Bettgalgen) 50.45.02.2000-2999 - sonstige Aufrichthilfen 50.45.02.3000-3999 - Bettseitenteile (Seitengitter) 50.45.02.4000-4999 - Fixiersysteme für Personen 50.45.02.5000-5999 - Seitenpolster für Pflegebetten 50.45.02.6000-6999
1.12 Schieberollstühle Standard-schieberollstühle 18.50.01.0004-0999	1.12 Schieberollstühle Schieberollstühle 18.50.01.0004-0999
2.1 Produkte zur Hygiene im Bett - Bettpfannen (Stechbecken) 51.40.01.0001-0999 - Urinflaschen 51.40.01.1000-1999 - Urinschiffchen 51.40.01.2000-2999 - Urinflaschenhalter 51.40.01.3000-3999 - Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar 51.40.01.4000-4999	2.1 Produkte zur Hygiene im Bett - Bettpfannen 51.40.01.0001-0999 - Urinflaschen 51.40.01.1000-1999 - Urinschiffchen 51.40.01.2000-2999 - Urinflaschenhalter 51.40.01.3000-3999 - Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar 51.40.01.4000-4999
Hilfsmittel bisher nicht vorhanden -	3.2 Zubehör für Hausnotrufsysteme Alarmsender 52.40.02.0000-0999
Hilfsmittel bisher nicht vorhanden -	3.3 Pflegehilfsmittel zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung 52.40.03.0000-0999

- Hilfsmittel bisher nicht vorhanden - 3.2 Hilfen zum Verlassen / Aufsuchen der Wohnung 3.3 Gehhilfen 4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden 4.1 Lagerungsrollen - Lagerungsrollen 53.45.01.0001-0999 - Lagerungshalbrollen 53.45.01.1000-1999 4.3 Sitzhilfen zur Vorbeugung - Sitzhilfen aus Weichlagerungs-Materialien 11.39.01.1000-3999 5.4 Saugende Inkontinenzvorlagen - Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung 15.25.30.0001-0999 - Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung 15.25.30.1000-1999 - Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung 15.25.30.2000-2999 - Rechteckvorlagen, normale Saugleistung 15.25.30.3000-3999 - Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung 15.25.30.4000-4999 - Vorlagen für Urininkontinenz 15.25.30.5000-5999 - Wiederverwendbare Vorlagen 15.25.30.6000-6999 5.8 Urin-Beinbeutel - Beinbeutel mit Ablauf, unsteril 15.25.05.1000-1999 - Hilfsmittel bisher nicht vorhanden - 5.9 Urin-Bettbeutel - Bettbeutel mit Ablauf, unsteril 15.25.06.1000-1999 - Hilfsmittel bisher nicht vorhanden -	- Pflegehilfsmittel zur zeitlichen Orientierung 52.40.03.1000-1999 - Erinnerungshilfen für wesentliche Ereignisse 52.40.03.2000-2999 - Produkte zum Erkennen von Risiken und Gefahren 52.40.03.3000-3999 3.4 Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen - Produkte zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme 52.40.04.0000-0999 - Produkte zur Messung und Deutung von Körperzuständen 52.40.04.1000-1999 3.5 Hilfen zum Verlassen / Aufsuchen der Wohnung 3.6 Gehhilfen 4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden 4.1 Lagerungsrollen - Lagerungsrollen 51.45.02.0000-0999 - Lagerungshalbrollen 51.45.02.1000-1999 4.3 Sitzhilfen zur Vorbeugung - Sitzhilfen aus Weichlagerungs-Materialien 11.39.01.1000-4999 5.4 Saugende Inkontinenzvorlagen - Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung 15.25.30.0001-0999 - Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung 15.25.30.1000-1999 - Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung 15.25.30.2000-2999 - Rechteckvorlagen, normale Saugleistung 15.25.30.3000-3999 - Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung 15.25.30.4000-4999 - Vorlagen für Urininkontinenz 15.25.30.5000-5999 - Hilfsmittel entfällt - 5.8 Urin-Beinbeutel - Beinbeutel mit Ablauf, unsteril 15.25.05.1000-1999 - Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril 15.25.05.5000-5999 5.9 Urin-Bettbeutel - Bettbeutel mit Ablauf, unsteril 15.25.06.1000-1999 - Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril 15.25.06.0001-0999
--	---