

SIGNAL IDUNA Gruppe
582/0754

Herrn
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Ihr zentraler Kundenservice:
Telefon: 040 4124-3273

21.05.2021

Pflegepflichtversicherung **Versicherungs-Nr. [REDACTED] /7/1** **Änderung Ihres Versicherungsvertrages**

Sehr geehrter Herr [REDACTED],

mit diesem Brief informieren wir Sie über Änderungen der Versicherungsbedingungen und die Erhöhung Ihres Beitrags für die Pflegepflichtversicherung (im Folgenden PPV).

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren den Leistungsumfang der PPV in mehreren Reformschritten deutlich ausgeweitet.

Die Vorteile:

- Die Ansprüche jedes einzelnen Pflegebedürftigen sind gewachsen.
- Die Anzahl der Versicherten, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beanspruchen können, ist stark gestiegen.

Das sind gute Nachrichten für die Pflegebedürftigen und für das Pflegesystem in Deutschland. Die Reformen erhöhen die Solidarität der Gesunden mit den Pflegebedürftigen, sie steigern die Qualität der Pflege - und auch Sie selbst als Versicherte haben damit einen Anspruch auf bessere Leistungen im Pflegefall. Näheres hierzu können Sie dem beigefügten Informationsblatt entnehmen.

Diese Verbesserungen haben aber ihren Preis und müssen von allen Versicherten finanziert werden. Ein weiterer Grund für die Erhöhung der Beiträge ist, dass der solidarische Finanzierungsbedarf für gesetzlich festgelegte Beitragsbegrenzungen (zum Beispiel die Beitragsfreiheit der Kinder, aber auch die Beitragsbegrenzungen für Ehe-/Lebenspartner) gestiegen ist.

In der PPV berechnet sich der Beitrag nach gesetzlich festgeschriebenen Regeln. Demnach wird anhand einer Statistik der PPV in regelmäßigen Abständen geprüft, ob Änderungen bei den Leistungsausgaben und/oder der Lebenserwartung eingetreten sind. Erst wenn die Leistungsausgaben stark von der bisherigen Beitragskalkulation abweichen oder die allgemeine Lebenserwartung sich deutlich von der bisher angenommenen unterscheidet, dürfen die Beiträge neu berechnet werden.

Die aktuelle Überprüfung hat ergeben, dass für den Pflēgetarif der Tarifstufe PVB höhere Versicherungsleistungen erbracht werden mussten als erwartet. Die Veränderungen liegen deutlich über dem festgelegten Schwellenwert und sind als nicht nur vorübergehend anzusehen. In diesem Fall besteht die gesetzliche Verpflichtung den Beitrag der Tarifstufe PVB neu zu berechnen und an den Bedarf anzupassen.

Ihr monatlicher Gesamtbeitrag verändert sich von derzeit 24,78 EUR um 12,83 EUR auf 37,61 EUR. Die Änderungen werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders zum 01.07.2021 wirksam. Beachten Sie bitte die Hinweise auf den folgenden Seiten und die Informationen im Versicherungsschein.

Den neuen Beitrag werden wir beim Beitragsabruf ab 01.07.2021 berücksichtigen. Falls Sie uns kein Lastschriftmandat erteilt haben, denken Sie bitte daran, den Überweisungsauftrag zu ändern. Übrigens: Den Beitrag für Ihre PPV können Sie zu 100 % steuerlich geltend machen.

SIGNAL IDUNA Gruppe
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., Sitz: Dortmund, HR B 2405, AG Dortmund, USt-IdNr. DE 124906350
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G., Sitz: Hamburg, HR B 2740, AG Hamburg, USt-IdNr. DE 118617622
SIGNAL IDUNA Unfallversicherung a. G., Sitz: Dortmund, HR B 2220, AG Dortmund, USt-IdNr. DE 124906341
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, Sitz: Dortmund, HR B 19108, AG Dortmund, USt-IdNr. DE 118617622, VersSt-Nr. 810/V90810022290
Vorstände: Ulrich Leitermann (Vorsitzender), Martin Berger, Dr. Christian Bielefeld, Dr. Karl-Josef Bierrh, Dr. Stefan Kutz, Torsten Uhlig, Clemens Vatter, Vorsitzender der Aufsichtsräte: Reinhold Schulte

SIGNAL IDUNA Gruppe Hauptverwaltungen
www.signal-iduna.de, info@signal-iduna.de

44121 Dortmund
Hausanschrift:
Joseph-Scherer-Straße 3
44139 Dortmund
Telefon 0231 1 35-0
Telefax 0231 1 35-4638

20351 Hamburg
Hausanschrift:
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg
Telefon 040 4124-0
Telefax 040 4124-2958

Überarbeitung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

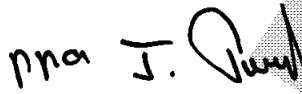
Ständige Neuerungen in der Gesetzgebung zur Pflege wirken sich auch auf die PPV aus. Daher wurden die Versicherungsbedingungen Ihres Vertrages mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend angepasst. Dabei erfolgen einige Änderungen unter dem Vorbehalt, dass die entsprechenden Gesetzesentwürfe in Kraft treten. Zusätzlich wurde auch das Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis aktualisiert. Die geänderten Abschnitte der Allgemeinen Versicherungsbedingungen haben wir für Sie zusammengefasst. Bitte entnehmen Sie der Anlage "Wichtige Information zur privaten Pflegepflichtversicherung" die weiteren Einzelheiten.

Haben Sie Fragen? Wenden Sie sich an Ihren zuständigen Ansprechpartner oder rufen Sie uns an.

Mit freundlichen Grüßen
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.



Dr. Karl-Josef Bierth



ppa. Thomas Preuß

Beitrags-Besonderheiten zur privaten Pflegepflichtversicherung (im Folgenden PPV)

Versicherungsnummer

■■■■■/7/1

582/0754

Höchstbeitragsbegrenzung

Besteht die PPV seit dem 01.01.1995 bzw. in den letzten 5 Jahren ununterbrochen, wird der Beitrag auf den Höchstbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung - die von den gesetzlichen Pflegekassen betrieben wird - begrenzt (Tarifstufe PVN). Für Beihilfe-/ Heilfürsorgeberechtigte erfolgt diese Begrenzung auf 40 % des Höchstbeitrags (Tarifstufe PVB).

Dieser Höchstbeitrag bemisst sich nach der jeweils ab 01.01. eines Jahres geltenden Beitragsbemessungsgrenze und dem Beitragsatz für die soziale Pflegeversicherung. Ab dem 01.01.2021 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze 4.837,50 EUR. Bei einem Beitragsatz von 3,05 % beträgt der monatliche Höchstbeitrag somit 147,54 EUR.

Ob für Ihren Vertrag eine Höchstbeitragsbegrenzung gilt, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Sollte für Ihren Pflegevertrag einer der nachstehend beschriebenen Sachverhalte (z. B. Höchstbeitragsermäßigung) zutreffen, teilen Sie uns dies bitte mit. Ebenso bitten wir um Mitteilung, wenn für eine bereits eingeräumte Beitragsbesonderheit die Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

Höchstbeitragsermäßigung

Einen Anspruch auf diese Beitragsbegrenzung haben nach dem Gesetz nur Eheleute oder eingetragene Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz,

- die beide privat pflegeversichert sind und
- bei denen mindestens ein Ehegatte oder Lebenspartner bereits seit dem 01.01.1995 privat pflegeversichert ist und
- bei denen das Gesamteinkommen eines Ehegatten oder Lebenspartner im Jahr 2021 nicht regelmäßig 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Sozialgesetzbuch (SGB IV) überschreitet (2021 = 470 EUR). Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 EUR. Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Was zum Gesamteinkommen gehört, entnehmen Sie bitte unseren Erläuterungen.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, zahlt jeder Ehegatte oder Lebenspartner maximal einen Gesamtbeitrag in Höhe von 75 % des Höchstbeitrags der sozialen Pflegeversicherung. Beihilfe-/ Heilfürsorgeberechtigte Ehegatten oder Lebenspartner zahlen jeweils 30 % des Höchstbeitrags.

Beitragsfrei versicherte Kinder

Folgende Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit für Kinder müssen gegeben sein:

- Es muss mindestens ein Elternteil Mitglied der PPV sein und
- das Kind darf im Jahr 2021 kein Gesamteinkommen (z.B. auch keine Zinseinnahmen) haben, das regelmäßig 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Sozialgesetzbuch (SGB IV) überschreitet (2021 = 470 EUR). Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 EUR. Als Gesamteinkommen gilt hier die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Was zum Gesamteinkommen gehört, entnehmen Sie bitte unseren Erläuterungen.

Sollten die vorstehend genannten Voraussetzungen zutreffen, werden Kinder beitragsfrei versichert

- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus. Dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens 12 Monate durch den freiwilligen Wehrdienst, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder einer Tätigkeit als Entwicklungshelfer. Wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.
- Ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind beitragsfrei versichert war.

Das gehört zum Gesamteinkommen:

Bei Gewährung von Beitragsfreiheit oder Beitragsermäßigung in der PPV gilt als Gesamteinkommen die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Dazu zählt das Entgelt aus einer Beschäftigung, Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft. Einmalige Einkünfte - z.B. Zinszahlungen - sind auf den Kalendermonat umzurechnen.

Bei gesetzlichen Renten ist der volle Zahlbetrag - jedoch ohne die Zuschüsse zur Krankenversicherung und auch ohne den Rentenanteil für Kindererziehungszeiten - zu berücksichtigen.

Nicht zum Gesamteinkommen zählen z.B. Mutterschafts-/ Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG oder Wohngeld.

Der sich so ergebende Betrag wird um Zinseinkünfte bis zum Sparer-Freibetrag und die Werbungskosten/ Betriebsausgaben vermindert. Nicht abzugsfähig sind in diesem Zusammenhang z.B. Altersentlastungsbetrag, Sonderausgaben, außergewöhnliche Belastungen, Kinder- und Haushaltsfreibeträge.

Studentenbeitrag

Sind die Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung als Kind nicht bzw. nicht mehr erfüllt, ist der Student beitragspflichtig. Die Versicherung erfolgt dann zum Studentenbeitrag in Höhe von 16,46 EUR monatlich, wenn das Studium an einer staatlich anerkannten Hochschule erfolgt. Dies gilt auch für staatlich anerkannte Hochschulen im Ausland. Die Beitragsermäßigung für Studenten endet spätestens bei Vollendung des 39. Lebensjahres.

Anwartschaftsversicherung

Tritt Versicherungspflicht/ Familienversicherung in einer gesetzlichen Pflegekasse ein, kann die PPV zu einem geminderten Beitrag (bei Kindern unter Umständen beitragsfrei) als Anwartschaftsversicherung fortgeführt werden. Hierdurch bleiben bereits erworbene Rechte erhalten.

Bitte beachten Sie, dass der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein kann, wenn und solange Sie Ihrer Pflicht zur Meldung aller Veränderungen nicht nachkommen (§ 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen MB/PPV).

Versicherungsschein
Versicherungs-Nr. [REDACTED]/7/1

21.05.2021

Vertragsbeginn **01.01.1995** Änderungsbeginn **01.07.2021**

Versicherungsnehmer: [REDACTED]
[REDACTED]

Versicherte Person: [REDACTED], **06.01.1967**

Tarif bzw. Tarifstufe	Tarifbeginn	TAB	AB	MOB
PVB-Z Pflegepflichtversicherung	01.01.1995	45,12	7,51	37,61
				Summe 37,61

Versicherte Person: [REDACTED], **19.04.1996**

Tarif bzw. Tarifstufe	Tarifbeginn	TAB	NA	MOB
PVB Pflegepflichtversicherung	01.04.1996	27,08	27,08	0,00
				Summe 0,00

Die Pflegeversicherung besteht beitragsfrei. Falls die Voraussetzungen zur beitragsfreien Mitversicherung nicht mehr gegeben sind, besteht die Verpflichtung, den Versicherer darüber schriftlich zu informieren.

Erläuterungen zu den Abkürzungen (alle Beträge in EUR):

TAB Tarifbeitrag zum erreichten Alter
AB Anrechnungsbetrag aus Alterungsrückstellung sowie aus verwendeten Überschüssen in Form von Limitierungen und Altersminderungen
NA Nachlässe
MOB Monatsbeitrag

Hinweise für Ihren Vertrag

* Mehrbeitrag für die Private Pflegepflichtversicherung ab 01.07.2021: 12,83 EUR.
Ihr Gesamtmonatsbeitrag 37,61

Die Beiträge für diesen Versicherungsschutz sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der deutschen Versicherungssteuer befreit.

Hinweise für Ihren Gesamtvertrag

Für Ihren Pflegeversicherungsvertrag gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G..

SIGNAL IDUNA
Krankenversicherung a. G.



Dr. Karl-Josef Bierth



ppa. Thomas Preuß

Wichtige Information zur privaten Pflegepflichtversicherung

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Die bisherige Fassung der MB/PPV 2019 wird an verschiedenen Stellen im Bedingungsteil und im Tarif PV mit den Tarifstufen PVN und PVB an die aktuelle Gesetzesentwicklung angepasst. Das neue Bedingungswerk erhält die Bezeichnung MB/PPV 2021. Die entsprechenden Bezüge werden aktualisiert. Darüber hinaus wird das Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben.

Nachstehend sind die wesentlichen Änderungen aufgeführt. Diese sind durch einen unabhängigen Treuhänder genehmigt und somit bindend. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats nach Zugang dieser Information wirksam. Die durchgestrichenen Textteile entfallen, während die unterstrichenen Textteile neu hinzukommen. Nicht aufgeführte Textabschnitte gelten unverändert weiter. Für die zusätzlich grau hinterlegten Änderungen erfolgte die Zustimmung des unabhängigen Treuhänders unter dem Vorbehalt, dass die entsprechenden Gesetzesentwürfe in Kraft treten.

Sollten Sie darüber hinausgehende Informationen wünschen, übersenden wir Ihnen gern die komplette Fassung der Ihren Versicherungsschutz zugrunde liegenden Bedingungen.

Teil I. Bedingungsteil - (MB/PPV ~~2019~~ 2021)

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 1 Abs. 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim); ~~in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Versorgung oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung krank oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen; oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang) sowie im Krankenhaus. Für versicherte Personen im Sinne des § 145 SGB XI (siehe Anhang) gelten die dort genannten Besitzstandsschutzregelungen.~~ Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind oder die als Einzelpflegekräfte die Voraussetzungen des § 71 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) erfüllen und deshalb von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung betreibt, anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägerter der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Ein ambulanter Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Abs. 1a SGB XI (siehe Anhang) kann nur pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen. Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

[...]

(3a) Versicherte Personen in ~~vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in denen die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 43a SGB XI – siehe Anhang),~~ haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Dies gilt auch für versicherte Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (siehe Anhang), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) erhalten.

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach ...

[...]

(7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) gilt entsprechend.

Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

Der Versicherer entscheidet über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang. Kann der Versicherer diese Fristen nicht einhalten, teilt er dies unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

(7a) Versicherte pflegebedürftige Personen ...

[...]

D. Vollstationäre Pflege und ~~Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe~~ Pauschalleistungen für behinderte die Pflege von Menschen mit Behinderungen

[...]

(12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4 des Tarifs PV. Versicherte Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben zudem Anspruch auf Ersatz von zusätzlichen Aufwendungen zur Pflegevergütung (Vergütungszuschlag) für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal.

[...]

I. Pflegeberatung

(18) Versicherte Personen haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Der Anspruch umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 Abs. 2 sowie, wenn die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4,
- b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
- c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
- d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage,
- e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses sowie
- f) die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder

- a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
- b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird, oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person durch barrierefreie digitale Angebote ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen.

[...]

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 für die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind.

Der Versicherer entscheidet auf Antrag über die Notwendigkeit der Versorgung der versicherten Person mit einer digitalen Pflegeanwendung.

(21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 5 Satz 6 SGB XI (siehe Anhang) festgestellt hat, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen. Der Anspruch setzt voraus, dass die ergänzende Unterstützungsleistung für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung im Einzelfall erforderlich ist.

(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nr. 15 des Tarifs PV.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

[...]

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

- a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 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 Abs. 6 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) - (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 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 ~~vollstationären~~ Einrichtung der Hilfe für ~~behinderte~~ die Pflege von Menschen mit Behinderungen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 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 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
- c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung sowie digitale Pflegeanwendungen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger

wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

[...]

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 345 402 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

[...]

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

[...]

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch nicht verpfändet werden.

[...]

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

[...]

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang); wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.
- d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) - siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstaben a), b) oder c) beitragsfrei versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI (siehe Anhang) oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) ausgeschlossen war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern. Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

[...]

Teil II. Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)

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 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:

In Abweichung von

[...]

3. § 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2019~~ 2021

- a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen 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 (siehe Anhang), 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 Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.
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 Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;
- b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

[...]

Teil III. Tarifbedingungen

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN

für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1 - ~~44~~ 15 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PVB

für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

[...]

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i. V. m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) - (siehe Anhang) für

[...]

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 - ~~44~~ 15 vorgesehenen Beträge.

[...]

7 Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte von Menschen mit Behinderungen

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2) im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von zehn fünfzehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens 266 EUR je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend.

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

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 2.952 EUR.

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

7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.

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

[...]

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 EUR im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.

Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) 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 Abs. 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.

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

Sonstiges

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich 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. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z.B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre 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

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer 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 Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand: Januar 2021

Hilfsmittel*:

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer	2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten		2.1 Produkte zur Hygiene im Bett	
– Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999	– Bettpfannen (Stechbecken)	51.40.01.0001-0999
– Pflegebetten, motorisch <u>höhen</u> verstellbar	50.45.01.1000-1999	– Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
– Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999	– Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
– Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.01.3000-3999	– Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
– Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion	50.45.01.4000-4999	– Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar	51.40.01.4000-4999
1.2 Pflegebettzubehör		2.2 Waschsysteme	
– Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999	– Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
– Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999	– Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999
– Bettgalgen	50.45.02.2000-2999	– Duschwagen	51.45.01.2000-2999
– Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999	– Kopfwaschbecken, freistehend	51.45.01.3000-3999
– Seitengitter	50.45.02.4000-4999	– Hygienesitze	51.45.01.4000-4999
– Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999		
– Seitenpolster für Pflegebetten	50.45.02.6000-6999	Hilfsmittel*:	
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung		2.3 Badewannenlifter	
– Einlegerahmen	50.45.03.0000-0999	– Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
– Einlegerahmen mit Sitz-/Schwenkfunktion	50.45.03.3000-3999	– Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche	04.40.01.1000-1999
– Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.03.4000-4999	2.4 Badewanneneinsätze	
1.4 Spezielle Pflegebettische		– Badewannenverkürzer	04.40.04.0001-0999
– Pflegebettische	50.45.04.0001-0999	– Badeliegen	04.40.04.40001-40999
– Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999	2.5 Badewannensitze	
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung		– Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
– Sitzhilfe bei Chorea Huntington	50.45.06.1000-1999	– Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung		– Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
– Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-2999	– Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
1.7 Lagekorrekturhilfen für Bettlaken		2.6 Duschhilfen	
– Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen	50.45.09.0000-0999	– Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
		– Duschhocker	04.40.03.1000-1999
		– Duschstühle	04.40.03.2000-2999
		– Duschliegen	04.40.03.3000-3999
		– Fahrbare Duschliegen	04.40.03.4000-4999
		– Duschstühle für Kinder und Jugendliche	04.40.03.5000-5999
Hilfsmittel*:		2.7 Toilettensitze	
1.8 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung		– Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
– Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999	– Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
1.9 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert		– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
– Wandlifter	22.40.02.0001-0999	– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
1.10 Zubehör für Lifter		– Toilettensitze für Kinder <u>und Jugendliche</u>	33.40.01.4000-4999
– Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999	2.8 Toilettensitzgestelle	
1.11 Umsetz- und Hebehilfen		– Toilettensitzgestelle	33.40.02.0001-0999
– Drehscheiben	22.29.01.0001-0999	– Toilettensitzgestelle	33.40.02.1000-1999
– Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999		
– Umlager-/Wendehilfen	22.29.01.2000-2999	2.9 Toilettensitze	
– Rutschbretter	22.29.01.3000-3999	– Feststehende Toilettensitze aus Metal oder Kunststoff	33.40.04.0001-0999
		– Feststehende Holz-Toilettensitze für Kinder und Jugendliche	33.40.04.1000-1999
		– Toilettensitze für Kinder	33.40.04.2000-2999
Innenraum und Außenbereich			
1.12 Schieberollstühle			
– Standardschieberollstühle	18.50.01.0001-0999		
Treppen			
1.13 Treppenzurichtungen			
– Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999		
– Treppenraupen	18.65.01.2000-2999		

2.10 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen			
– Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999		
– Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999		
– Boden-/Deckenstangen	04.40.05.2000-2999		
2.11 Dusch-/Toilettenrollstühle			
– Dusch-/Toilettenschieberrollstühle	18.46.01.2000-2999		
– Dusch-/Toilettenschieberrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.01.3000-3999		
– Dusch-/Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.4000-4999		
– Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.01.5000-5999		
– Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.6000-6999		
2.142 Toilettenrollstühle			
– Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999		
– Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.02.1000-1999		
– Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.2000-2999		
– Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.02.3000-3999		
– Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.4000-4999		
2.123 Duschrollstühle			
– Dusch-Schieberrollstühle	18.46.03.1000-1999		
– Dusch-Schieberrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.03.3000-3999		
– Dusch-Schieberrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.4000-4999		
– Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.03.5000-5999		
– Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.6000-6999		
3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität			
3.1 Notrufsysteme			
– Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999		
Hilfsmittel*:			
3.2 Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung			
– Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen	22.50.01.0001-0999		
3.3 Gehhilfen			
– Gehgestelle	10.46.01.0001-0999		
– Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999		
– Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999		
– Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999		
– Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999		
– Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit	10.50.04.2000-2999		
4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden		HMV-Nummer	
4.1 Lagerungsrollen			
– Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999		
– Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999		
Hilfsmittel*:			
4.2 Lagerungskeile			
– Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 cm	20.29.01.0001-3999		
4.3 Sitzhilfen zur Vorbeugung			
– Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.10004-3999		
4.4 Liegehilfen zur Vorbeugung			
– Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-32999		
– Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien			
– <u>Schaummatratzen mit einteiliger Liegefläche</u>	11.29.05.0001-20999		
– <u>Schaummatratzen mit unterteilter Liegefläche</u>	11.29.05.1000-1999		
– <u>Schaummatratzen mit austauschbaren Elementen</u>	11.29.05.2000-2999		
– <u>Schaummatratzen mit integrierter Freilagerung</u>	11.29.05.6000-6999		
5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel		HMV-Nummer	
5.1 Saugende Bettschutzeinlagen			
– Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999		
5.2 Schutzbekleidung			
– Fingerlinge	54.99.01.0001-0999		
– Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999		
– Mundschutz	54.99.01.2000-2999		
– Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999		
– Einmallätzchen	54.99.01.4000-4999		
5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel			
– Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999		
Hilfsmittel*:			
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		
– <u>Wiederverwendbare Vorlagen</u>	15.25.30.6000-6999		
5.5 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen			
– Netzhose Größe 1 / Netzhose Größe 2	15.25.02.0001-1999		
5.6 Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)			
– Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenz-unterhosen	15.25.31.0001-8999		
5.7 Externe Urinalableiter			
– Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999		
5.8 Urin-Beinbeutel			
– Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999		
5.9 Urin-Bettbeutel			
– Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999		
5.10 Zubehör für Auffangbeutel			
– Haltebänder für Urinbeutel	15.99.99.0007		
– Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009		
– Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	15.99.99.0010		

Warum wird mein Beitrag in der Pflegepflichtversicherung angepasst?



Immer mehr Bürger in Deutschland bekommen höhere Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung (PPV). Diese werden durch den Gesetzgeber ständig erweitert und verbessert – insbesondere durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz.

Seit der Einführung des Gesetzes hat sich z.B. die Versorgungssituation für pflegebedürftige Demenzkranke erheblich verbessert. Denn auch die Leistungen für die Pflege in dem gewohnten Umfeld der Betroffenen – zum Beispiel in der Familie, im Freundes- und Bekanntenkreis – wurden deutlich erhöht.

Die Kehrseite der Medaille: Bessere Leistungen = höhere Beiträge

Der erfreuliche Effekt, dass Pflegebedürftige höhere Versicherungsleistungen erhalten, führt zu erheblich höheren Ausgaben. Nach Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes ist festzustellen, dass:

- die Kosten durch die höheren Leistungen für Pflegebedürftige gestiegen sind
- immer mehr Menschen Pflegeleistungen neu beantragen
- mehr Menschen aufgrund des geänderten Pflegebedürftigkeitsbegriffs Pflegeleistungen erhalten

So ist die Zahl der Leistungsempfänger in der PPV seit den Pflegereformen von rund 169.000 im Jahr 2014 auf fast 275.000 im Jahr 2020 gestiegen, also um über 60 Prozent. Die Leistungen der PPV stiegen im selben Zeitraum von rund 0,79 auf 1,48 Milliarden Euro im Jahr, also um fast 90 Prozent.

Anpassungsbedarf bei allen Versicherern

In der PPV werden die Beiträge für alle Versicherungsunternehmen grundsätzlich brancheneinheitlich vom Verband der Privaten Krankenversicherung festgelegt. Beitragserhöhungen führen daher alle Unternehmen parallel durch.

Generell gilt: Eine Anpassung erfolgt, wenn die Versicherungsleistungen in Ihrem Tarif dauerhaft deutlich höher liegen als ursprünglich kalkuliert. Darüber hinaus wird Ihre Beitragsanpassung von einem unabhängigen Treuhänder überprüft.

Gesetzlich Krankenversicherte zahlen für ihre soziale Pflegeversicherung monatlich bis zu 160 Euro. Der Beitrag für Kunden der SIGNAL IDUNA liegt im Regelfall unter diesem Betrag – und ist auch steuerlich voll abzugsfähig.

Sie sehen, Sie sind in der privaten Pflegepflichtversicherung gut aufgehoben.



Bessere Leistungen – ein Beispiel.

Menschen mit Demenz wurden zum 01.01.2017 im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft. Sie erhalten seitdem bei häuslicher Pflege durch einen Pflegedienst Leistungen in Höhe von 689 Euro bis 1.995 Euro monatlich aus der Pflegeversicherung.

Bei fortschreitender Demenz ist eine Pflege in den eigenen vier Wänden jedoch häufig nicht mehr möglich. Viele Betroffene müssen dann in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Im Pflegegrad 4 werden dann z.B. Kosten in Höhe von 1.775 Euro von der Pflegeversicherung übernommen.

Es gibt aktuell erheblich mehr Leistungen für sehr viel mehr Pflegebedürftige. Höhere Beiträge sind deshalb unvermeidbar.