

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2019)

Version bis 30.06.2021	Version ab 01.07.2021
<p>§ 4 Umfang der Leistungspflicht</p> <p>A. Leistungen bei häuslicher Pflege</p> <p>(1) ... 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 kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus.</p> <p>...</p> <p>(3a) Versicherte Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 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.</p> <p>...</p> <p>(7) ... 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 selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.</p> <p>...</p> <p>D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen</p> <p>(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.</p> <p>...</p> <p>(18) 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</p>	<p>§ 4 Umfang der Leistungspflicht</p> <p>A. Leistungen bei häuslicher Pflege</p> <p>(1) ... 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) 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.</p> <p>...</p> <p>(3a) Versicherte Personen in stationären Einrichtungen 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 Einrichtungszweckes 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.</p> <p>...</p> <p>(7) ... 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 selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.</p> <p>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.</p> <p>...</p> <p>D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen</p> <p>(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.</p> <p>...</p> <p>(18) 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</p>

<p>Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung.</p> <p>...</p>	<p>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.</p> <p>...</p> <p>K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nr. 15 des Tarifs PV.</p>
<p>§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht</p>	<p>§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht</p>
<p>...</p> <p>(2) 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 Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht.</p> <p>...</p> <p>d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.</p> <p>...</p>	<p>...</p> <p>(2) 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 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht.</p> <p>...</p> <p>d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung sowie digitale Pflegenwendungen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.</p> <p>...</p>
<p>§ 5a Leistungsausschluss</p>	<p>§ 5a Leistungsausschluss</p>
<p>Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 315 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.</p>	<p>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 (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.</p>

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung	§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung
... (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.	... (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.
§ 8 Beitragszahlung	§ 8 Beitragszahlung
... (3) 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 Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; (3) 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 Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; ... 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, ...

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

Version bis 30.06.2021	Version ab 01.07.2021
... 3. a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 %, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 % 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 Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro. 3. a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 %, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 % 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, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro. ...

Änderungen des Tarifs PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Version bis 30.06.2021	Version ab 01.07.2021
... 7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ... 7.2. Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2) die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von 10 % des nach § 75 Abs. 3 SGB XII (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts , im Einzelfall höchstens 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten. 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. 7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen ... 7.2. Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung 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 15 % der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung , im Einzelfall höchstens 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne

<p>7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.</p> <p>...</p>	<p>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.</p> <p>...</p> <p>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.</p> <p>...</p> <p>15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen</p> <p>Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen zusammen bis zu insgesamt 50 Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.</p> <p>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.</p>
---	---