

Tarif PV

mit Tarifstufen PVN (401) und PVB (416)

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2024) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

A. Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN (401) für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Tarifstufe PVB (416) für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

1. Häusliche Pflege
2. Pflegegeld
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
6. Kurzzeitpflege
7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag
12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung
13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen
15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

B. Leistungen des Versicherungsnehmers

C. 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)

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

A. Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN (401) für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen
der nach den Nummern 1 - 15 vorgesehenen Beträge.

100 Prozent

Tarifstufe PVB (416) für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

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

- | | |
|---|--------------------|
| 1. Beihilfeberechtigte | 50 Prozent, |
| 2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern | 30 Prozent, |
| 3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, | 30 Prozent, |
| 4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer | 30 Prozent, |
| 5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen | 20 Prozent |

der in Tarifstufe PVN (401) nach den Nummern 1 - 15 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 - 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- | | |
|---|-------------|
| a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu | 761 Euro, |
| b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu | 1.432 Euro, |
| c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu | 1.778 Euro, |
| d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu | 2.200 Euro |

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- | | |
|--|-----------|
| a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 | 332 Euro, |
| b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 | 573 Euro, |
| c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 | 765 Euro, |
| d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 | 947 Euro. |

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet. Wurde für die beratende Stelle noch kein solcher Betrag vereinbart, werden für die Beratung in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen des Versicherten den Betrag des Pflegegeldes nach Nr. 2.1 des Tarifs PV für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Satz 1 abweichend von Satz 9, 10 sowie Satz 8 und Satz 4 in Verbindung mit Satz 9, 10 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 i.V.m. Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV angerechnet.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806 Euro auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 **Technische Pflegehilfsmittel** werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu 100 Prozent erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 **Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel** werden bis zu 40 Euro je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 4.000 Euro je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000 Euro berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB (416) werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

a)	bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu	689 Euro,
b)	bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu	1.298 Euro,
c)	bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu	1.612 Euro,
d)	bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu	1.995 Euro

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege sowie die Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von

1.774 Euro

pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 4 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 Prozent gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 Euro auf insgesamt bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

- | | |
|--|------------------------------|
| a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von | 770 Euro je Kalendermonat, |
| b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von | 1.262 Euro je Kalendermonat, |
| c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von | 1.775 Euro je Kalendermonat, |
| d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von | 2.005 Euro je Kalendermonat |

erstattet.

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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 fünfzehn Prozent 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 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 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB (416) wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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

In Tarifstufe PVB (416) 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.

7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125 Euro je Kalendermonat erstattet.

Nr. 5 Satz 4 gilt entsprechend.

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

7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,

- | |
|---|
| a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent, |
| b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent, |
| c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent, |
| d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent, |

ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.

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

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI) - (siehe Anhang) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, dem Pflegegrad und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) - Drittes Buch (III) - (siehe Anhang).

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

- 9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen.
- In Tarifstufe PVB (416) werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
- 9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang).
- Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang) gezahlt.
- Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.
- Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.
- Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang) gezahlt.
- Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang) gezahlt.
- In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
- 9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 Euro täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.
- In Tarifstufe PVB werden die Zahlungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
- 10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**
- Soweit der Versicherte die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.
- 11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag**
- Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen
- der teilstationären Pflege,
 - der Kurzzeitpflege,
 - der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
 - der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang)
- werden bis zu 125 Euro monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.
- In Tarifstufe PVB (416) wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
- 12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung**
- Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Abs. 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro.
- 13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen**
- Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 214 Euro.
- In Tarifstufe PVB (416) wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
- 14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen**
- Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000 Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500 Euro.
- In Tarifstufe PVB (416) wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
- 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 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.
- Der Anspruch umfasst nur digitale 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, 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.

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

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

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

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

B. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

C. 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)

§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 2 Besitzstandsschutz

- (1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Abs. 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Abs. 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchshilfsmittel (§ 4 Abs. 7 MB/PPV 2015), für teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16, 16a MB/PPV 2015).

Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 richtet sich der Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2.

Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der vollstationären Pflege (§ 4 Abs. 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3.

Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

- (2) Versicherte Personen,

- 1) die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und
- 2) deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2024 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 16 MB/PPV 2024. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2022 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2024) schriftlich mitteilen und erläutern.

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

- (1) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

- (2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

- (3) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

- (4) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

- (5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Tarif Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PV in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

- (1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht

die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pfl ege t ä t i g k e i t f o r t . D i e b e i t r a g s p f l i c h t i g e n E i n n a h m e n a b d e m 1 . J a n u a r 2 0 1 7 b e s t i m m e n s i c h i n d e n F ä l l e n d e s S a t z e s 1 n a c h M a ß g a b e d e s § 1 6 6 A b s . 2 u n d 3 S G B V I i n d e r a m 3 1 . D e z e m b e r 2 0 1 6 g e l t e n d e n F a s s u n g (s i e h e A n h a n g) , w e n n s i e h ö h e r s i n d a l s d i e b e i t r a g s p f l i c h t i g e n E i n n a h m e n , d i e s i c h a u s d e m a b d e m 1 . J a n u a r 2 0 1 7 g e l t e n d e n R e c h t e r g e b e n .

(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

- 1) bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2024 vorliegt oder
- 2) die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2024 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 Abs. 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang) eintritt.

§ 5 Begutachtungsverfahren

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand: 1. Januar 2024

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten	
• Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
• Pflegebetten, motorisch höhenverstellbar	50.45.01.1000-1999
• Kinder-/ Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999
• Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.01.3000-3999
• Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion	50.45.01.4000-4999
• Niedrigpflegebetten	50.45.01.5000-5999
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
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	
• Einlegerahmen	50.45.03.0000-0999
• Einlegerahmen mit Sitz-/Schwenkfunktion	50.45.03.3000-3999
• Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.03.4000-4999
1.4 Spezielle Pflegebettische	
• Pflegebettische	50.45.04.0001-0999
• Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung	
• Sitzhilfe bei Chorea Huntington	50.45.06.1000-1999
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung	
• Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-2999
1.7 Lagekorrekturhilfen für Bettlaken	
• Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen	50.45.09.0000-0999
Hilfsmittel*:	
1.8 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung	
• Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
1.9 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert	
• Wandlifter	22.40.02.0001-0999
1.10 Zubehör für Lifter	
• Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
1.11 Umsetz- und Hebehilfen	
• Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
• Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
• Umlager- / Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
• Rutschbretter	22.29.01.3000-3999
• Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett	22.29.01.7000-7999
Innenraum und Außenbereich	

1.12 Schieberollstühle	
• Schieberollstühle	18.50.01.000-0999
Treppen	
1.13 Treppenfahrzeuge	
• Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
• Treppenraupen	18.65.01.2000-2999

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene	HMV-Nummer
--	-------------------

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
2.2 Waschsysteme	
• Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
• Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999
Hilfsmittel*:	
2.3 Badewannenlifter	
• Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
2.4 Badewanneneinsätze	
• Badeliegen	04.40.04.0001-0999
2.5 Badewannensitze	
• Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
• Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
• Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
• Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
2.6 Duschhilfen	
• 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
2.7 Toilettensitze	
• Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
• Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
• Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
• Toilettensitze für Kinder und Jugendliche	33.40.01.4000-4999
2.8 Toilettenstützgestelle	
• Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
• Toilettenstützgestelle	33.40.02.1000-1999
2.9 Toilettenstühle	

• Feststehende Toilettenstühle	33.40.04.0001-0999
• Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche	33.40.04.1000-1999
• Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999
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
2.12 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
2.13 Duschrollstühle	
• Dusch-Schieberrollstühle	18.46.03.1000-1999
• Dusch-Schieberrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.03.3000-3999
• Duschrollstühle 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 selbstständigen Lebensführung / Mobilität	HMV-Nummer
3.1 Notrufsysteme	
• Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999
3.2 Zubehör für Hausnotrufsysteme	
• Alarmsender	52.40.02.0000-0999
3.3 Pflegehilfsmittel zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten	
• Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung	52.40.03.0000-0999
• Pflegehilfsmittel zur zeitlichen Orientierung	52.40.03.1000-1999
• Erinnerungshilfen für wesentliche Ereignisse	52.40.03.2000-2999
• Produkte zur Erkennung 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
Hilfsmittel*:	
3.5 Hilfen zum Verlassen / Aufsuchen der Wohnung	
• Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen	22.50.01.0001-0999
3.6 Gehhilfen	

• Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
• Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
• Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
• Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)	10.46.01.3000-3999
• 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	51.45.02.0000-0999
• Lagerungshalbrollen	51.45.02.1000-1999
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	11.39.01.1000-4999
4.4 Liegehilfen zur Vorbeugung	
• Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-2999
• Schaummatratzen mit einteiliger Liegefläche	11.29.05.0001-0999
• Schaummatratzen mit unterteilter Liegefläche	11.29.05.1000-1999
• Schaummatratzen mit austauschbaren Elementen	11.29.05.2000-2999
• Schaummatratzen mit integrierter Freilagerung	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
• Medizinische Gesichtsmaske	54.99.01.2000-2999
• Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
• Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4000-4999
• Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5000-5999
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
5.5 Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen	
• Fixierhosen Größe 1 /Fixierhosen Größe 2	15.25.02.0001-1999
5.6 Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)	
• Inkontinenzwindelhosen /Inkontinenzunterhosen	15.25.31.0001-8999
5.7 Externe Urinableiter	
• Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
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
5.10 Zubehör für Auffangbeutel	
• Haltebänder für Urinbeinbeutel	15.99.99.0007
• Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009
• Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	15.99.99.0010

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