

14.11.2023

Seite 1 von 3

ALTE OLDENBURGER - 49375 Vechta

Ihr Ansprechpartner

Herrn
Dr. Max Mustermann
Musterstr. 1
10000 Musterstadt

Service-Team
Tel.-Nr.: 04441 905-129
Fax-Nr.: 04441 905-470
info@alte-oldenburger.de

Änderungen in Ihrem Versicherungsvertrag zum 01.01.2024

Versicherungs-Nr.: 123456789 (Bitte bei Zahlungen und Schriftwechsel angeben)

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

heute möchten wir Sie über die zum Jahresanfang anstehenden Änderungen in Ihrem Versicherungsvertrag informieren.

Beitragsanpassung in der privaten Krankenversicherung

Um die vertraglich zugesicherten Leistungen auch in Zukunft erfüllen zu können, sind wir gesetzlich verpflichtet, für jeden Tarif jährlich die tatsächlich erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen zu vergleichen. Gleiches gilt für die Sterbewahrscheinlichkeiten. Wird dabei der jeweils geltende Schwellenwert überschritten, so werden die Beiträge überprüft und – falls erforderlich – angepasst.

Die Beitragsänderung und die von der Beitragsanpassung betroffenen Tarife entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Versicherungsschein.

Die maßgeblichen Gründe für die Anpassung haben wir für Sie im Beiblatt „Informationen zur Beitragsanpassung 2024“ zusammengestellt. Lesen Sie bitte außerdem die Anlage „Wichtige Hinweise, Gesetzestexte und Auszüge“.

Beitragsanpassung in der privaten Pflegepflichtversicherung

Zum 01.01.2024 ist eine Beitragserhöhung in der privaten Pflegepflichtversicherung im Tarif PVB erforderlich. Die letzte Beitragsanpassung erfolgte zum 01.07.2021. Seither sind die Folgekosten der gesetzlichen Pflegereformen mit ihren ausgeweiteten Leistungen erneut gestiegen, hinzu kommen nun die Kosten für weitere zusätzliche Leistungen infolge der jüngsten Reformgesetze aus dem Jahr 2023.

Da dieser Tarif brancheneinheitlich kalkuliert wird, sind alle Unternehmen der privaten Krankenversicherung von dieser Erhöhung betroffen.

Die maßgeblichen Gründe für die Anpassung haben wir für Sie im Beiblatt „Informationen zur Pflegepflichtversicherung“ zusammengestellt. Lesen Sie bitte außerdem die Anlage „Wichtige Hinweise, Gesetzestexte und Auszüge“.

Die Beitragsänderung entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Versicherungsschein.

Beitragszahlung

Sollten Sie am SEPA-Basis-Lastschriftverfahren teilnehmen, ziehen wir den neuen Beitrag ab dem 01.01.2024 von Ihrem Konto ein. Zahlen Sie per **Dauerauftrag** oder **Überweisung**, berücksichtigen Sie den neuen Beitrag bitte rechtzeitig.

Information über Tarifwechselemöglichkeiten

Versicherten Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben (ab Jahrgang 1968) und von einer Beitragserhöhung zum 01.01.2024 betroffen sind, wird in der Krankenvollversicherung für den jeweils angepassten Tarif die Möglichkeit zum Wechsel in einen Tarif mit günstigerem Beitrag aufgezeigt, sofern eine solche Wechselemöglichkeit vorhanden ist.

Unabhängig davon, ob ein Wechsel zu einer Beitragsreduzierung führt, sind wir zudem verpflichtet, die betroffenen Personen auf die Möglichkeit des Wechsels in den Standard- oder Basistarif hinzuweisen.

Alle Informationen hierzu finden Sie in der Anlage „Information über Tarifwechselemöglichkeiten“. Sollten Sie an einer Umstellung interessiert sein, melden Sie sich bitte bei uns. Wir beraten Sie gern.

Arbeitgeber-Bescheinigung

Die „Bescheinigung zur Erlangung des Arbeitgeberzuschusses“ liegt diesem Brief bei. Bitte legen Sie die Bescheinigung Ihrem Arbeitgeber vor.

Ab dem 01.01.2024 beträgt der Arbeitgeberzuschuss zu einer privaten Krankenversicherung weiterhin 50 %, jedoch maximal 421,76 EUR. Für die private Pflegepflichtversicherung ist der Zuschuss auf 87,98 EUR begrenzt.

Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen

Sie erhalten mit diesem Brief die „Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes (BEG)“ zum 01.01.2024.

Die Bescheinigung über die abzugsfähigen Beiträge für das **Beitragsjahr 2023** erhalten Sie zur Weitergabe an das Finanzamt **automatisch Anfang März 2024**.

Bedingungsänderungen in der Pflegepflichtversicherung zum 01.01.2024

In folgenden Dokumenten sind Änderungen zum 01.01.2024 erforderlich, über die wir Sie heute ebenfalls informieren:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (AVB/PPV)
- Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)
- Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)
- Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler

Die Änderungen sind durch folgende Gesetzesänderungen/Rechtsprechung begründet:

- Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)
- Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts
- Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts
- Bundesgerichtshof (BGH) mit Urteil vom 22. Juni 2022 (IV ZR 253/20)

Die Änderungen im Einzelnen können Sie der Anlage „Gegenüberstellung der Bedingungsänderungen in der Pflegepflichtversicherung“ entnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder hat die Änderungen geprüft und ihnen zugestimmt.

Haben Sie Fragen? Dann rufen Sie uns an – wir helfen Ihnen gern.

Freundliche Grüße

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG



Schnieders

Dr. Vieregge

Anlagen:

- Wichtige Hinweise, Gesetzestexte und Auszüge
- Informationen zur Beitragsanpassung 2024
- Informationen zur Pflegepflichtversicherung
- Gegenüberstellung der Bedingungsänderungen in der Pflegepflichtversicherung
- Versicherungsschein
- Information über Tarifwechselemöglichkeiten
- Arbeitgeber-Bescheinigung
- Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen

Beitragsanpassung gemäß § 203 Abs. 2 VVG i.V.m. §§ 8b MB/KK 2009 / MB/KT 2009 / AVB/NLT 2013 / MB/PPV 2022 II

Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders werden die Anpassungen gemäß § 203 Abs. 5 VVG i.V.m. §§ 8b Abs. 3 MB/KK 2009 / MB/KT 2009 / AVB/NLT 2013 / MB/PPV 2022 II zum 01.01.2024 wirksam. Der unabhängige Treuhänder wacht im Interesse der Versichertengemeinschaft über die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen.

Tarifwechsel gemäß § 204 Abs. 1 VVG

„Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
 - a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
 - b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
 - c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

2. bei einer Kündigung [...]

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.“

Kündigung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer gemäß § 205 Abs. 4 VVG

„Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.“

Sofern das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient, setzt die Kündigung voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.

Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Allgemeine Informationen

Die Leistungen in der Privaten Krankenversicherung (PKV) sind lebenslang garantiert. Allerdings steigen die durchschnittlich in Anspruch genommenen Versicherungsleistungen mit steigendem Alter deutlich an. Da die Beiträge deswegen aber nicht steigen dürfen, werden in der Privaten Krankenversicherung sogenannte Alterungsrückstellungen gebildet; d.h. Teile des Beitrags, die nicht zur Deckung der aktuellen Ausgaben für Versicherungsleistungen benötigt werden, werden zur Deckung der später höheren Versicherungsleistungen zurückgelegt.

Diese Alterungsrückstellungen werden auf dem Kapitalmarkt verzinslich angelegt. Ein Teil dieser Zinserträge wird bei der Beitragskalkulation bereits berücksichtigt und mindert von Beginn an die Prämie.

Durchführung von Beitragsanpassungen

Das Verfahren der Beitragsanpassung ist in § 203 VVG und § 155 VAG geregelt. Darüber hinaus befinden sich weitere Bestimmungen in den jeweiligen Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen. Diese Regelungen legen fest, dass eine Beitragsanpassung nur dann erfolgen kann, wenn

- nachweislich und nicht nur vorübergehend entweder die Versicherungsleistungen in einem Tarif von den ursprünglich kalkulierten Schäden (**auslösender Faktor „Schaden“**) mindestens um den in den Allgemeinen Versicherungs- bzw. Tarifbedingungen festgelegten Schwellenwert von 5 % abweichen
- oder die aktuelle Sterbewahrscheinlichkeit von der ursprünglich kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeit (**auslösender Faktor „Sterblichkeit“**) mindestens um den gesetzlich festgelegten Schwellenwert von 5 % abweicht.

Tritt einer der beiden Fälle ein, muss der Versicherer die Kalkulation überprüfen und die Beiträge an die medizinische Entwicklung bzw. die geänderte Lebenserwartung anpassen. Veränderungen der anderen Rechnungsgrundlagen, insbesondere der Zinserträge, lösen zwar keine Beitragsanpassung aus, müssen bei einer Prämienanpassung aber ebenfalls neu bewertet werden.

Maßgebliche Gründe für die Beitragsanpassung in Ihren Tarifen

Die diesjährige Beitragsanpassung erfolgt in allen betroffenen Tarifen aufgrund der Entwicklung der Versicherungsleistungen. Der nachfolgenden Tabelle können Sie entnehmen, dass der auslösende Faktor „Schaden“ in Ihrem von der Beitragsanpassung zum 01.01.2024 betroffenen Tarif den Schwellenwert von +/- 5 % überschritten hat. Der auslösende Faktor „Sterblichkeit“ hat den gesetzlich festgelegten Schwellenwert von +/- 5 % in keinem Fall überschritten. Den Mehr- bzw. Minderbeitrag können Sie dem beiliegenden Versicherungsschein entnehmen.

Tarif	Beobachtungseinheit	Auslösender Faktor „Schaden“	Tarif	Beobachtungseinheit	Auslösender Faktor „Schaden“
A 106	Frauen*	-8,21 %	KTV	Frauen	-43,66 %
A 112	Kinder/Jugendliche	+38,63 %	KTO	Frauen	-31,16 %
K 20	Kinder/Jugendliche	+41,42 %	TA 6-26	Frauen	-31,14 %
K 30	Kinder/Jugendliche	+42,93 %	Notlagentarif	Erwachsene (unisex) /Kinder/Jugendliche	+13,86 %
A-Beihilfe	Männer*	+13,87 %	AOK-Privat ambulant plus	Kinder/Jugendliche	-38,40 %
A-Beihilfe	Erwachsene (unisex)*	+7,87 %	AOK-Privat tagesgeld	Frauen	-31,99 %
K 30-Beihilfe	Frauen*	+19,36 %	hkk tagesgeld plus	Frauen	-31,16 %
K 30-Beihilfe	Erwachsene (unisex)*	+5,33 %			
K 30-Beihilfe	Kinder/Jugendliche	-16,85 %			
Z-Beihilfe	Kinder/Jugendliche	-18,63 %			

* jeweils einschließlich Beamtenanwärter bzw. in Ausbildung befindlicher Versicherter

Bitte beachten Sie: Die angegebenen Faktoren stellen lediglich den **Auslöser** für die Beitragsanpassung dar. **Die konkrete Beitragsänderung lässt sich aus den angegebenen Werten nicht ableiten.** Im Zuge einer Beitragsanpassung sind wir verpflichtet, alle Rechnungsgrundlagen zu aktualisieren. Diese Änderungen wirken sich je nach Alter und Versicherungsdauer unterschiedlich auf die Beiträge aus. Auch können sich beitrags erhöhende und beitrags senkende Effekte ausgleichen oder überlagern. **Ein negativer auslösender Faktor führt somit nicht zwangsläufig zu einer Prämien senkung,** wenn beitrags erhöhende Faktoren die Veränderung der übrigen Rechnungsgrundlagen übersteigen.

Der unabhängige Treuhänder hat bestätigt, dass die Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung nach §§ 203 Abs. 2 VVG und 155 VAG in den oben aufgeführten Tarifen erfüllt sind. Darüber hinaus hat er die festgelegten Rechnungsgrundlagen und die Höhe der neuen Beiträge geprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt.

Versicherungsleistungen

Steigende Leistungsausgaben sind erneut der maßgebliche Grund für die Beitragsanpassung. Seit Jahren ist ein Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel und neue Therapiemethoden zu beobachten. Zudem haben aufgeschobene und nach Beendigung der Corona-Pandemie nachgeholte Behandlungen sowie ein erhöhtes Krankheitsaufkommen nach dem Wegfall der Hygienemaßnahmen zu Mehrausgaben geführt. Bei Kindern und Jugendlichen ist es zu außerordentlichen Steigerungen der stationären Behandlungskosten gekommen. Insbesondere die anhaltenden Krisen der vergangenen Jahre haben zu einer starken Zunahme psychischer Erkrankungen geführt. Dies bestätigt auch der Kinder- und Jugendreport 2023 der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK).

Als Ihr Versicherer versuchen wir, durch ein aktives Kosten- und Leistungsmanagement diese Entwicklung positiv zu beeinflussen. Aber auch Sie als Versicherungsnehmer können durch ein kostenbewusstes Verhalten, z. B. Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder Wahl von Generika statt Originalpräparaten, Ihren Beitrag leisten.

Lebenserwartung

Dass die Lebenserwartung in Deutschland, die einen Einfluss auf die durchschnittliche Vertragslaufzeit hat, kontinuierlich steigt, zeigen die regelmäßig von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht veröffentlichten PKV-Sterbetafeln. Da wir die Versicherungsleistungen immer länger zu erbringen haben, wirkt sich diese positive Entwicklung beitrags erhöhend aus. Bei der Beitragsanpassung zum 01.01.2024 legen wir die aktuellste Sterbetafel PKV 2024 zugrunde.

Zinssituation

Anders als die Gesetzliche Krankenversicherung führt die Private Krankenversicherung Teile der Beiträge den Alterungsrückstellungen zu und legt diese für ihre Versicherten auf dem Kapitalmarkt an. Diese dienen als Vorsorgekapital, um die lebenslang garantierten Leistungen auch für die Zukunft und das im Alter steigende Krankheitsrisiko abzusichern, und kommen später zu 100 % – mit Zins und Zinseszins – wieder den Versicherten zugute. Dank dieses generationengerechten Systems werden die zukünftigen Beitragszahler damit nicht belastet.

Durch die Niedrigzins-Politik der Europäischen Zentralbank sind die Zinserträge auf die Kapitalanlagen in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Um trotzdem die Leistungsansprüche jedes Versicherten ungemindert bis ins hohe Alter absichern zu können, müssen die geringeren Zinseinnahmen im Finanztopf durch eine entsprechend höhere Kapitalzufuhr ausgeglichen werden. Das hat in den letzten Jahren zusätzliche Beiträge der Versicherten erfordert.

Im Jahr 2022 hat die EZB begonnen die Leitzinssätze wieder anzuheben und eine Erholung der am Markt erhältlichen Verzinsung hat begonnen. Die Kapitalanlagen der Krankenversicherer sind allerdings langfristig ausgelegt. Dadurch wurden Ihre Alterungsrückstellungen auch bei stark sinkenden Marktzinsen über viele Jahre vergleichsweise hoch verzinst. Von wieder steigenden Marktzinsen profitieren Versicherte daher durch einen sukzessiven Austausch der langfristigen Anlagen. Im Rahmen der Beitragsanpassung zum 01.01.2024 wird ein gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegener Rechnungszins in Höhe von 2,4 % verwendet.

Haben Sie weitere Fragen zur Beitragsanpassung oder wünschen Sie eine individuelle Beratung?

Rufen Sie uns gern unter der Telefonnummer 04441 905-129 an. Wir helfen Ihnen gern.

Beitragsanpassung in der Tarifstufe PVB zum 1. Januar 2024

Die Vorschriften für unsere Kalkulation

Die zusätzlichen Kosten führen in beiden Versicherungssystemen zu entsprechenden Beitragserhöhungen – allerdings zu unterschiedlichen Zeitpunkten. In der Sozialen Pflegeversicherung der GKV (SPV) sind die Beitragssätze schon vorab zum 01.07.2023 erhöht worden. Zudem steigen die SPV-Beiträge nochmals jedes Jahr durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie bei Gehaltserhöhungen.

Im Unterschied dazu ist für die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) gesetzlich vorgeschrieben, dass die Beiträge erst im Nachhinein angepasst werden dürfen, wenn die tatsächlichen Leistungsausgaben gegenüber der ursprünglichen Kalkulation um mindestens 5 Prozent abweichen. Diese Situation ist jetzt in Ihrer Tarifstufe PVB eingetreten, der Schwellenwert wurde deutlich überschritten. Daraufhin muss eine vollständige Neukalkulation erfolgen, bei der dann alle Rechnungsgrundlagen zu überprüfen sind.

Maßgebliche Gründe für die Beitragsanpassung im Tarif PVB

Bei der aktuellen Überprüfung wurde der Schwellenwert bei den Leistungsausgaben im Tarif PVB mit +13,42 % überschritten. Deswegen musste jetzt eine vollständige Neukalkulation erfolgen, bei der dann alle Rechnungsgrundlagen zu überprüfen sind.

Mehr Leistungen für bessere Pflegeversorgung

Ein wesentlicher Grund für die Gesamthöhe der Beiträge ist die starke Ausweitung der Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung, insbesondere durch die beiden letzten gesetzlichen Pflegereformen („Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz“ sowie „Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz“). Insgesamt gibt es im Pflegefall höhere Leistungen. Zudem steigt auch die Zahl der Empfangsberechtigten von Jahr zu Jahr an. Das sind wichtige sozialpolitische Verbesserungen zu Gunsten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Allerdings bringen sie auch deutlich höhere Leistungsaufwendungen, die von der Versicherung getragen werden müssen – und damit zu höheren Beiträgen für alle Pflegeversicherten führen.

So ist die Zahl der Leistungsempfänger in der gesamten Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) auch aufgrund der Pflegereformen von rund 169.000 Personen (2014) auf rund 311.000 (2022) gestiegen, also um mehr als 84 Prozent. Die Leistungen der PPV stiegen im selben Zeitraum von rund 880 Millionen Euro auf über 2,1 Milliarden Euro, haben sich also weit mehr als verdoppelt.

Die **Hauptursache für die zum 01.01.2024 anstehende Beitragsanpassung** sind die per Gesetz ab 2022 (also nach der letzten Beitragsanpassung) zusätzlich eingeführten Zuschüsse zu den Eigenanteilen im Pflegeheim. Dadurch sind in Ihrer Tarifstufe PVB allein im Jahr 2022 bereits Mehrausgaben in Höhe von rund 70 Millionen Euro entstanden. Sie werden in den kommenden Jahren absehbar noch weiter ansteigen. Diese Mehrkosten können wegen der oben erläuterten gesetzlichen Vorgaben in der PPV erst jetzt für die Zukunft einkalkuliert werden. Hinzu kommen weitere Mehrleistungen, die durch das jüngste Pflegereformgesetz zusätzlich eingeführt werden (z.B. Erhöhungen des Pflegegeldes). Für Ihre Tarifstufe PVB bedeutet das ab 2024 nochmals Mehrausgaben in zweistelliger Millionenhöhe pro Jahr. Diese gesetzlich verursachten, jetzt schon in der Höhe bekannten Mehrkosten konnten in die aktuelle Kalkulation einbezogen werden und sind mit dem neuen Beitrag nun bereits berücksichtigt.

Die Auswirkungen des Zinsniveaus

Einen starken Einfluss auf den Beitrag hat auch die Höhe der Zinseinnahmen. Denn die Private Pflegepflichtversicherung bildet für die im höheren Alter absehbar steigenden Pflegeleistungen eine kapitalgedeckte Vorsorge mit Zins und Zinseszins (Alterungsrückstellungen). Diese Vorsorge wird bei jeder Beitragsanpassung überprüft und gegebenenfalls an ein neues Zinsniveau angepasst. Auf diese Weise wird das lebenslange Leistungsversprechen der Privaten Pflegepflichtversicherung auch zu den gestiegenen Aufwendungen auf Dauer stabil finanziert.

In letzter Zeit hat die Europäische Zentralbank ihre Null-Zins-Politik beendet und die Leitzinsen schrittweise erhöht. Dadurch werden nun auch die Zinseinnahmen auf das Vorsorgekapital der Pflegeversicherten wieder ansteigen. In der neuen Kalkulation für Ihre Tarifstufe PVB konnte somit der so genannte Rechnungszins wieder leicht angehoben werden. Damit steigen nun die langfristig einkalkulierten Zinseinnahmen des Kapitalstocks. Diese Einnahmen kommen Ihnen zu Gute. Sie haben sich bereits positiv auf die jetzige Beitragsanpassung ausgewirkt und einen höheren Anstieg verhindert.

Beitragsbegrenzung für Ehegatten/eingetragene Lebenspartner

Wenn mindestens ein Ehe- oder Lebenspartner seit dem 1. Januar 1995 ununterbrochen in der PPV versichert ist und das Gesamteinkommen eines Ehe- oder Lebenspartners 500 € im Monat nicht übersteigt (520 € im Monat bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung), zahlen die Partner gemeinsam nicht mehr als 150 % der genannten Höchstbeiträge (jeder einzeln höchstens 75 %).

Hinweise für alle Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung:

Sie sind verpflichtet, uns alle Veränderungen, die für die Beitragseinstufung maßgeblich sein könnten, unverzüglich mitzuteilen. Zu solchen Umständen zählen insbesondere:

- Überschreiten der Einkommensgrenze von 520 €/Monat bei geringfügiger Beschäftigung oder 505 €/Monat aus sonstigen Einkünften, zusammengekommen 520 €/Monat, durch einen Ehe- oder eingetragenen Lebenspartner mit bisher keinem oder geringfügigem eigenen Einkommen. Bei Renten ist der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil maßgebend.
- Überschreiten der Einkommensgrenze von 520 €/Monat bei geringfügiger Beschäftigung oder 505 €/Monat aus sonstigen Einkünften, zusammengekommen 520 €/Monat, durch beitragsfrei mitversicherte Kinder (Ausnahmen: Einkommen als Mitunternehmer aus landwirtschaftlicher Tätigkeit oder aufgrund einer gesetzlichen Dienstpflicht bleiben unberücksichtigt).
- Aufnahme einer hauptberuflichen selbständigen Erwerbstätigkeit mit einem Zeitaufwand von mindestens 18 Wochenstunden durch bisher beitragsfrei mitversicherte Kinder.
- Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung, des freiwilligen Wehrdienstes oder eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres bzw. Bundesfreiwilligendienstes bei bisher beitragsfrei mitversicherten Kindern.
- Aufgabe eines Studiums bei bisher im Studententarif versicherten Studenten und Studentinnen.
- Verlust oder Erwerb von Beihilfeansprüchen bzw. Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe durch den Versicherten oder mitversicherte Angehörige.
- Eintritt der Versicherungspflicht oder Familienversicherung der sozialen Pflegeversicherung oder Abschluss einer anderen privaten Pflegepflichtversicherung.

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 AVB/PPV).

Die Änderungen sind im Bedingungstext durch **Unterstreichungen** bzw. **Durchstreichungen** kenntlich gemacht. Soweit nur der Verweis auf die Musterbedingungen von MB/PPV 2022 II auf MB/PPV 2024 angepasst werden musste, erfolgt keine gesonderte Gegenüberstellung.

AVB/PPV 2022-II Alte Fassung (Stand 01/2023) – Entfällt	AVB/PPV 2024 Neue Fassung (Stand 01/2024) – Neu
I. Bedingungsteil – (MB/PPV 2022-II)	I. Bedingungsteil – (MB/PPV 2024)
Der Versicherungsschutz	Der Versicherungsschutz
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
...	...
(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2022-II , Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.	(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.
...	...
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	§ 4 Umfang der Leistungspflicht
A. Leistungen bei häuslicher Pflege	A. Leistungen bei häuslicher Pflege
...	...
...	<u>(6a) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege einer versicherten Person der Pflegegrade 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gehindert, erstattet der Versicherer abweichend von Absatz 6 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV. Abweichend von Absatz 6 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.</u> <u>In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von Absatz 2 Satz 3 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt. Dies gilt entsprechend für ein vor Beginn der Ersatzpflege bezogenes anteiliges Pflegegeld nach Absatz 5.</u> <u>Dieser Absatz gilt bis zum 30. Juni 2025.</u>
...	...
C. Kurzzeitpflege	C. Kurzzeitpflege
(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Der Anspruch besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich ist. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Die Leistungen werden a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, erbracht. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.	(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Die Leistungen werden a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder b) in sonstigen Krisensituationen <u>oder anderen Situationen</u> , in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, erbracht. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.
...	...
F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
...	...
(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder	(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder

nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) – Siebtes Buch (VII) - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage nach Nr. 9.2 des Tarifs PV. (14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV. ... J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. ... § 5 Einschränkung der Leistungspflicht (1) Keine Leistungspflicht besteht: ... b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. 	nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) – Siebtes Buch (VII) - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr nach Nr. 9.2 des Tarifs PV. (14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV. ... J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. ... <u>L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durch die Pflegeperson</u> <u>(23) Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), nach § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI (siehe Anhang) oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung der versicherten Person nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V (siehe Anhang) besteht.</u> <u>(24) Der Anspruch nach Absatz 23 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.</u> <u>(25) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach den Absätzen 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PV.</u> § 5 Einschränkung der Leistungspflicht (1) Keine Leistungspflicht besteht: ... b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. ... <u>(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 1. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 4 Abs. 23 S. 1 versorgt wird; Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt unberührt und Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.</u> ...
--	---

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

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

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

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

- (2a) Erfolgt die Leistungsmittlung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in **Satz 5** genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. **Die Sätze 1 und 2 finden vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung. Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder des Gutachters des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind.**

Beendet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI – siehe Anhang); befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI – siehe Anhang) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI – siehe Anhang), so beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags, dieselbe Frist

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

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

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

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

- (2a) Erfolgt die Leistungsmittlung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in **Absatz 2b oder 2c** genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den der Versicherer nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 Abs. 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung des Versicherers nach Absatz 2b oder Absatz 2c unberührt. Wird die versicherte Person von dem Versicherer aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, so sind die Fristen nach Satz 1 und Absatz 2b und 2c so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei dem Versicherer eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem die versicherte Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

gilt bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI – siehe Anhang); wird die versicherte Person häuslich ohne Palliativversorgung gepflegt und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt oder wurde mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson Familienpflegezeit vereinbart, so beträgt die Begutachtungsfrist zwei Wochen nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI – siehe Anhang). Bei versicherten Personen nach Satz 5 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche (Satz 5 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 5 Halbsatz 3) nach Antrags- eingang aufgrund einer Vorabestufung eine vorläufige Leistungs- ent- scheidung getroffen hat.	
... Pflichten des Versicherungsnehmers ... § 8b Beitragsänderungen ... (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treu- händler die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorüberge- hend anzusehen ist. ...	(2b) <u>Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen, wenn sich die versicherte Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und</u> <u>1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder</u> <u>2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder</u> <u>3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflege- zeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) ver- einbart wurde.</u> <u>Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 gilt auch dann, wenn die versicherte Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.</u> (2c) <u>Befindet sich die versicherte Person in häuslicher Umgebung, ohne pal- liativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflege- zeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pfle- genden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitge- setz (siehe Anhang) vereinbart, so ist eine Begutachtung der versicher- ten Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen.</u> (2d) <u>In den Fällen der Absätze 2b und 2c muss die Feststellung nach Absatz 2 nur beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 2 ff. vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung der versicherten Person ist unverzüg- lich nachzuholen. Nimmt die versicherte Person unmittelbar im An- schluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeit- pflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.</u>
... Pflichten des Versicherungsnehmers ... § 8b Beitragsänderungen ... (2) <u>(entfallen)</u> ...	... Pflichten des Versicherungsnehmers ... § 8b Beitragsänderungen ... (2) <u>(entfallen)</u> ...
II. Zusatzvereinbarungen	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 <u>2022-II</u> wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner ge- mäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 Pro- zent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften o- der Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe ha- ben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen	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 <u>2024</u> wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner ge- mäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz <u>in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung</u> (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Perso- nen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

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; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. ...	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; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. ... <u>Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang)</u> <u>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Abs. 4a SGB XI (siehe Anhang) bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) Folgendes:</u> <u>Der zu zahlende Beitrag wird auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V (s. Anhang) vermindert.</u>
III. Tarifbedingungen	III. Tarifbedingungen
Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2022 II) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung. Leistungen der Versicherer ... 1. Häusliche Pflege Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 724 Euro, - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.363 Euro, - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.693 Euro, - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.095 Euro erstattet. ... 2. Pflegegeld 2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2, 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4, 904 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5. Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt. In Tarifstufe PVB 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 Ersatz-	Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2024) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung. Leistungen der Versicherer ... 1. Häusliche Pflege Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 761 Euro, - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.432 Euro, - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.778 Euro, - für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.200 Euro erstattet. ... 2. Pflegegeld 2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat 332 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2, 573 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, 765 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4, 947 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5. Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt. In Tarifstufe PVB 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 Ersatz-

pflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

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 werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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

...

7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,

- a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag **5** Prozent,
- b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag **25** Prozent,
- c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag **45** Prozent,
- d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag **70** Prozent,

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.

...

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 ~~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.

pflege 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 Versicherers 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 werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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

...

7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,

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

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.

...

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

	<u>die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts 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 Gesamtheimentgelts.</u> <u>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.</u> <u>In Tarilstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</u>
IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)	IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)
... § 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege ... (5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Tarif Nr. 7.1 Satz 3 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarilstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	... § 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege ... (5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PV in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarilstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung	Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung
1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege ... Hilfsmittel*: 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 ... 3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität 3.6 Gehilfen 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 ... 5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ... 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 ...	1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege ... Hilfsmittel*: 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 <u>Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett.....22.29.01.7000-7999</u> ... 3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität 3.6 Gehilfen Gehgestelle.....10.46.01.0001-0999 Reziproke Gehgestelle.....10.46.01.1000-1999 Gehgestelle mit zwei Rollen.....10.46.01.2000-2999 <u>Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok).....10.46.01.3000-3999</u> 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 ... 5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ... 5.2 Schutzbekleidung Fingerlinge.....54.99.01.0001-0999 Einmalhandschuhe.....54.99.01.1000-1999 <u>Medizinische Gesichtsmaske.....54.99.01.2000-2999</u> Schutzschürzen.....54.99.01.3000-3999 <u>Schutzservietten zum Einmalgebrauch.....54.99.01.4000-4999</u> <u>Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken).....54.99.01.5000-5999</u> ...

Hilfsmittel*: 5.5 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen Netzhosen Größe 1 / Netzhosen Größe 2 15.25.02.0001-1999	Hilfsmittel*: 5.5 Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen Fixierhosen Größe 1 / Fixierhosen Größe 2 15.25.02.0001-1999
--	--

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV) ... 3. Beiträge ... 3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung richtet sich der Beitrag der versicherten Person nach dem ursprünglichen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zuzüglich der vor Beginn der großen Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022-II bzw. Nr. 3b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“ oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. ...	Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV) ... 3. Beiträge ... 3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung richtet sich der Beitrag der versicherten Person nach dem ursprünglichen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zuzüglich der vor Beginn der großen Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV <u>2024</u> bzw. Nr. 3b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“, nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ <u>oder den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“</u> , so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. ...
--	---

Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV) ... 3. Beiträge ... 3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022-II bzw. Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“ oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. ...	Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV) ... 3. Beiträge ... 3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV <u>2024</u> bzw. Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“, nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ <u>oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“</u> , so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. ...
---	---

Private Pflegepflichtversicherung Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2022-II und Tarif PV) gilt Folgendes: ... 2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis 15 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2022-II einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt. ... 4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022-II , Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26a Abs. 1 SGB XI“ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gem. § 193 Abs. 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.	Private Pflegepflichtversicherung Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV <u>2024</u> und Tarif PV) gilt Folgendes: ... 2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis <u>16</u> des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV <u>2024</u> einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt. ... 4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV <u>2024</u> , Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26a Abs. 1 SGB XI“, der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gem. § 193 Abs. 5 VVG“ <u>oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“</u> , so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.
---	--