

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der Privaten Pflegepflichtversicherung sowie des Pflege-/Hilfsmittelverzeichnisses

Mit der Pflegereform durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) und durch weitere Bundesgesetze traten neue Regelungen in der Pflegepflichtversicherung in Kraft. Diese erfordern eine Anpassung Ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung, die wir zum 1. Januar 2024 umsetzen. Hiermit sind deutliche Leistungsverbesserungen in der Pflege verbunden.

Was sind die wesentlichen Inhalte der Pflegereform im Rahmen des PUEG?

1. Erhöhung des Pflegegeldes

Ab dem 1. Januar 2024 beträgt das Pflegegeld je Kalendermonat:

- 332 Euro im Pflegegrad 2
- 573 Euro im Pflegegrad 3
- 765 Euro im Pflegegrad 4
- 947 Euro im Pflegegrad 5

2. Anhebung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen (häusliche Pflegehilfe)

Die Leistungsbeträge für die ambulanten Pflegesachleistungen betragen ab 01.01.2024:

- 761 Euro im Pflegegrad 2
- 1.432 Euro im Pflegegrad 3
- 1.778 Euro im Pflegegrad 4
- 2.200 Euro im Pflegegrad 5

3. Weitere Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege

Seit 2022 gibt es eine Zuschussregelung für pflegebedingte Eigenanteile. Das bedeutet, dass der pflegebedingte Eigenanteil in der stationären Langzeitpflege geringer wird, je länger eine pflegebedürftige Person bereits Leistungen für vollstationäre Pflege erhält. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 erhalten bei vollstationärer Pflege einen Leistungszuschlag zur Deckung des pflegebedingten Eigenanteils:

- von 15 Prozent für die ersten 12 Monate,
- von 30 Prozent ab dem 13. Monat,
- von 50 Prozent ab dem 25. Monat,
- von 75 Prozent dauerhaft ab dem 37. Monat.

4. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Das Pflegeunterstützungsgeld kann von pflegenden Angehörigen künftig pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden.

Was ist jetzt zu tun?

Sie brauchen bezüglich Ihrer Pflegepflichtversicherung jetzt selbst nichts zu unternehmen. Durch die Pflegereform ändern sich die Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen der Pflegepflichtversicherung für alle Privaten Krankenversicherer einheitlich. Wir passen Ihre Versicherung zum 1. Januar 2024 entsprechend der gesetzlichen Vorgaben an. Dann ist Ihre Versicherung auf dem neuesten Stand.

Auch wenn Sie bereits Leistungen beziehen, müssen Sie nichts unternehmen. Wir werden die Leistungsanpassungen automatisch berücksichtigen.

Auf den folgenden Seiten finden Sie alle Neuerungen, die ab dem 1. Januar 2024 Ihre Versicherungsbedingungen betreffen. Wir haben die Änderungen so angeordnet, dass Sie auf einen Blick erkennen, was sich gegenüber den bisherigen Bedingungen geändert hat. Bitte nehmen Sie diese Änderungen zu Ihren Unterlagen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung

I. Bedingungsteil - (MB/PPV)

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung ¹
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung
I. Bedingungsteil – (MB/PPV 2023) (Stand: 1. Juli 2023)	I. Bedingungsteil – (MB/PPV 2024) (Stand: 01. Januar 2024)

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

Verzicht auf die Bezeichnung der Version der MB/PPV.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2023, 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.

Umfang der Leistungspflicht - A. Leistungen bei häuslicher Pflege (§ 4 Absatz 6a)

Um Familien mit Pflegebedürftigen unter 25 Jahren stärker zu unterstützen, wird der Anspruch auf den Jahresbetrag aus Verhinderungs- und Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erweitert. Die Details zum Leistungsumfang regelt unten Nummer 3 des Tarifs PV.

Ab dem 1. Juli 2025 wird es eine allgemeine Anschlusslösung für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege geben.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
- Bisher keine Regelung -	(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 Nummer 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. 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. Dieser Absatz gilt bis zum 30. Juni 2025.

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

Umfang der Leistungspflicht – C. Kurzzeitpflege (§ 4 Absatz 10)

Für pflegende Angehöriger wird es einfacher eigene Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zu nutzen, da ab 1. Juli 2024 die Möglichkeit zur Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson erweitert wird. Details hierzu regelt § 4 Absatz 23 ff.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>(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 Nummer 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.</p> <p>Die Leistungen werden</p> <ul style="list-style-type: none"> 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, <p>erbracht.</p> <p>Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.</p>	<p>(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 Nummer 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.</p> <p>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.</p> <p>Die Leistungen werden</p> <ul style="list-style-type: none"> a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder b) in sonstigen Krisensituationen oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, <p>erbracht.</p> <p>Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.</p>

Umfang der Leistungspflicht – F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Absatz 14a und Absatz 14b)

Das Pflegeunterstützungsgeld kann von Angehörigen künftig pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden und ist nicht mehr beschränkt auf einmalig insgesamt zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 Pflegezeitgesetz, die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V oder nach § 45 Absatz 4 SGB VII beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage nach Nummer 9.2 des Tarifs PV.</p>	<p>(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 Pflegezeitgesetz, die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V oder nach § 45 Absatz 4 SGB VII beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr nach Nummer 9.2 des Tarifs PV.</p>

(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 KVLG 1989, 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 Nummer 9.3 des Tarifs PV.	(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 KVLG 1989, 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 Nummer 9.3 des Tarifs PV.
---	--

Umfang der Leistungspflicht – J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 4 Absatz 19)
Anpassung an die aktuelle Bezeichnung der Behörde.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
(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 Nummer 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nummer 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.	(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 Nummer 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nummer 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.

Umfang der Leistungspflicht – L. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson (§ 4 Absatz 23, Absatz 24 und Absatz 25)

Ab 1. Juli 2024 wird ein Anspruch der pflegebedürftigen, versicherten Person auf Aufnahme und Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen eingeführt, wenn die Pflegeperson selbst dort gleichzeitig Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in Anspruch nimmt. Kann in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht sichergestellt werden, hat diese stattdessen Anspruch auf Versorgung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung. Die Details zum Leistungsumfang regelt unten Nummer 16 des Tarifs PV.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
- Bisher keine Regelung -	L. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson (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 Absatz 4 Satz 1 SGB V, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB V oder nach § 15 Absatz 2 SGB VI oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden.

Einschränkung der Leistungspflicht (§ 5 Absatz 2a)

Der Anspruch auf Leistungen für häusliche Pflege und Pflegegeld ruht, solange sich die Pflegeperson und die zu pflegende Person in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befinden und dort die Versorgung gemäß § 4 Absatz 23 Satz 1 erfolgt.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
- Bisher keine Regelung -	(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 Halbsatz 1 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 Absatz 23 Satz 1 versorgt wird; Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 Halbsatz 2 bleibt unberührt und Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 Halbsatz 1 bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.

Auszahlung der Versicherungsleistung (§ 6 Absatz 2)

Anpassung der Regelung zur Begutachtung durch den medizinischen Dienst, u.a. durch die Schaffung der Möglichkeit in Krisensituationen die Untersuchung im Wohnbereich durch ein telefonisches Interview zu ersetzen.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
(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 Absatz 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 Absatz 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Absatz 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	(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 Absatz 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 Absatz 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Absatz 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

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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 kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzt oder ersetzt werden.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
---	--

Auszahlung der Versicherungsleistung (§ 6 Absatz 2a, Absatz 2b, Absatz 2 c und Absatz 2d)

Anpassung bei den Begutachtungsfristen.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>(2a) Erfolgt die Leistungsmittelteilung 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 Nummer 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</p>	<p>(2a) Erfolgt die Leistungsmittelteilung 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 Nummer 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung 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</p>

~~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.
Befindet 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 Absatz 3 Satz 3 Nummer 1 SGB XI); befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus- /Rehabilitationsbehandlung und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§ 18 Absatz 3 Satz 3 Nummer 2 SGB XI) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§ 18 Absatz 3 Satz 3 Nummer 3 SGB XI), so beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags, dieselbe Frist gilt bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung (§ 18 Absatz 3 Satz 4 SGB XI); 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 Absatz 3 Satz 5 SGB XI). 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 Antragseingang aufgrund einer Vorabestufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.~~

~~- Bisher keine Regelung -~~

~~- Bisher keine Regelung -~~

Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 Absatz 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 der versicherten Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

(2b) 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

1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart wurde.

Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 gilt auch dann, wenn die versicherte Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(2c) Befindet sich die versicherte Person in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde

<p>- Bisher keine Regelung -</p>	<p>die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart, so ist eine Begutachtung der versicherten Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen.</p> <p>(2d) In den Fällen der Absätze 2b und 2c muss die Feststellung nach Absatz 2 nur beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach § 1 Absatz 2 ff. vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung der versicherten Person ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt die versicherte Person unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.</p>
----------------------------------	--

II. Zusatzvereinbarungen

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

Anpassung der Bezeichnung an die neue Version MB/PPV 2024.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26a Absatz 1 SGB XI Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:</p> <p>In Abweichung von</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. § 3 MB/PPV 2023 entfällt die Wartezeit; 2. § 8 Absatz 3 MB/PPV 2023 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte; 3. § 8 Absatz 5 MB/PPV 2023 <ol style="list-style-type: none"> a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen 	<p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26a Absatz 1 SGB XI Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:</p> <p>In Abweichung von</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. § 3 MB/PPV 2024 entfällt die Wartezeit; 2. § 8 Absatz 3 MB/PPV 2024 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte; 3. § 8 Absatz 5 MB/PPV 2024 <ol style="list-style-type: none"> a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22. Dezember 2018 geltenden Fassung auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebe-

<p>Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der 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 in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.</p> <p>4. § 8a Absatz 2 MB/PPV 2023 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.</p> <p>....</p>	<p>dürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der 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 in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.</p> <p>4. § 8a Absatz 2 MB/PPV 2023 2024 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.</p> <p>....</p>
---	--

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG
Anpassung der Bezeichnung an die neue Version MB/PPV 2024.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:</p> <p>In Abweichung von § 8 Absatz 5 MB/PPV 2023</p> <p>a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;</p> <p>b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.</p> <p>c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.</p>	<p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:</p> <p>In Abweichung von § 8 Absatz 5 MB/PPV 2023 2024</p> <p>a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;</p> <p>b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.</p> <p>c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.</p>

Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.	Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.
---	---

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI

Neue Regelung zum Höchstbeitrag bei Hilfebedürftigkeit für Mitglieder von Solidargemeinschaften.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
- Bisher keine Regelung -	<p>Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI</p> <p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 SGB V genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Absatz 4a SGB XI bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI Folgendes:</p> <p>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 Absatz 5 SGB V vermindert.</p>

Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten

Anpassung der Bezeichnung an die neue Version MB/PPV 2024 und Ergänzung der Höchstbeitragsregelung für Mitglieder von Solidargemeinschaften.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2023 und Tarif PV) gilt Folgendes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten im Sinne von § 20 Absatz 1 Nummer 9 und 10 SGB XI werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen. 2. Die unter Nummer 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nummern 1 bis 15 des Tarifs PV sowie nach § 4 Absatz 18 MB/PPV 2023 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt. 3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nummer 1 genannten Eigenschaft. 4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter ab- 	<p>In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV) gilt Folgendes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten im Sinne von § 20 Absatz 1 Nummern 9 und 10 SGB XI werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen. 2. Die unter Nummer 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nummern 1 bis 16 des Tarifs PV sowie nach § 4 Absatz 18 MB/PPV 2024 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt. 3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nummer 1 genannten Eigenschaft. 4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter ab-

<p>zätzlich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Absatz 5 MB/PPV 2023, Nummer 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und nach § 26a Absatz 1 SGB XI“ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.</p> <p>5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nummer 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nummer 4 Sätze 1 und 2.</p> <p>6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2023 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nummer 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.</p> <p>7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2023 entsprechend.</p>	<p>zätzlich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Absatz 5 MB/PPV 2024, Nummer 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und nach § 26a Absatz 1 SGB XI“, der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG“ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.</p> <p>5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nummer 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nummer 4 Sätze 1 und 2.</p> <p>6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2024 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nummer 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.</p> <p>7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2024 entsprechend.</p>
---	--

III. Tarifbedingungen

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Bisherige Tarifbedingung	Neue Tarifbedingung
Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2023) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.	Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2024) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

1. Häusliche Pflegehilfe

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat</p> <p>a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 724 Euro,</p> <p>b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.363 Euro,</p> <p>c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.693 Euro,</p> <p>d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.095 Euro,</p> <p>erstattet.</p> <p>...</p> <p>In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>	<p>Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat</p> <p>a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 761 Euro,</p> <p>b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.432 Euro,</p> <p>c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.778 Euro,</p> <p>d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.200 Euro,</p> <p>erstattet.</p> <p>...</p> <p>In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>

2. Pflegegeld

Erhöhung des Pflegegeldes.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat</p> <p>a) 346 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2, b) 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, c) 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4, d) 904 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.</p> <p>Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.</p> <p>In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>	<p>2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat</p> <p>a) 332 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2, b) 573 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, c) 765 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4, d) 947 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.</p> <p>Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.</p> <p>In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (Ersatzpflege)

Regelung der Leistungen für die Verhinderungspflege.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet.</p> <p>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 Nummer 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.</p> <p><i>- Bisher keine Regelung -</i></p> <p>Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.</p>	<p>Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet.</p> <p>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 Nummer 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.</p> <p>In dem in § 4 Absatz 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen des Versicherers den Betrag des Pflegegeldes nach Nummer 2.1 des Tarifs PV für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in § 4 Absatz 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 Absatz 10 i.V.m. Nummer 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 Nummer 6 Satz 2 des Tarifs PV angerechnet.</p> <p>Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.</p>

<p>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 Nummer 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nummer 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nummer 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. Nummer 6 des Tarifs PV).</p> <p>In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>	<p>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 Nummer 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nummer 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nummer 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. Nummer 6 des Tarifs PV).</p> <p>In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>
---	---

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

Bereits seit 2022 gibt es eine Zuschussregelung für pflegebedingte Eigenanteile. Das bedeutet, dass der pflegebedingte Eigenanteil in der stationären Langzeitpflege geringer wird, je länger eine pflegebedürftige Person bereits Leistungen für vollstationäre Pflege erhält.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,</p> <p>a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 5 Prozent,</p> <p>b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 25 Prozent,</p> <p>c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 45 Prozent,</p> <p>d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 70 Prozent,</p> <p>ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.</p> <p>Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Absatz 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Absatz 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.</p> <p>In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>	<p>7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,</p> <p>a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent,</p> <p>b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent,</p> <p>c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent,</p> <p>d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Absatz 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent,</p> <p>ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.</p> <p>Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Absatz 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Absatz 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.</p> <p>In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Konkretisierung des Leistungsanspruchs bei digitalen Pflegeanwendungen.

Bisherige Tarifbedingung	Neue Tarifbedingung
<p>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 §</p>	<p>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 §</p>

<p>78a Absatz 1 SGB XI und § 89 Absatz 1 SGB XI vereinbarten Betrages.</p> <p>Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 3 SGB XI in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 SGB XI übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.</p> <p>In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>	<p>78a Absatz 1 SGB XI und § 89 Absatz 1 SGB XI vereinbarten Betrages.</p> <p>Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 3 SGB XI in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.</p> <p>In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>
---	--

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

Regelung der Leistungen für die versicherte Person, wenn die Pflegeperson eine stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in Anspruch nimmt.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>- Bisher keine Regelung -</p>	<p>16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson</p> <p>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 Gesamtheimentgelts nach § 42a Absatz 5 Sätze 2, 3, 4 SGB XI und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts.</p> <p>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 Absatz 23 und Absatz 24 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.</p> <p>In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>

IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)

Besitzstandsschutz (§ 2 Absatz 2)

Anpassung der Bezeichnung an die neue Version MB/PPV 2024.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>(2) Versicherte Personen,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2015 in Verbindung mit Nummer 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Absatz 1, 2 und 8 MB/PPV 2023 unter Berücksichtigung des § 1 Absatz 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Absatz 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden, <p>haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2023. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Absatz 16 MB/PPV 2023 im Vergleich mit Nummer 11 des Tarifs PV 2023 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Absatz 5 MB/PPV 2023) schriftlich mitteilen und erläutern.</p>	<p>(2) Versicherte Personen,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2015 in Verbindung mit Nummer 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Absatz 1, 2 und 8 MB/PPV 2024 unter Berücksichtigung des § 1 Absatz 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Absatz 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden, <p>haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Absatz 16 MB/PPV 2024. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Absatz 16 MB/PPV 2024 im Vergleich mit Nummer 11 des Tarifs PV 2024 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Absatz 5 MB/PPV 2024) schriftlich mitteilen und erläutern.</p>

Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege (§ 3 Absatz 5)

Redaktionelle Änderung ohne inhaltliche Auswirkung.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>(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 Nummer 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 Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>	<p>(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 Nummer 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.</p>

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

Anpassung der Bezeichnung an die neue Version MB/PPV 2024.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass</p> <ol style="list-style-type: none">1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Absatz 2 MB/PPV 2023 vorliegt oder2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Absatz 13 MB/PPV 2023 ist. <p>Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI eintritt.</p>	<p>(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass</p> <ol style="list-style-type: none">1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Absatz 2 MB/PPV 2024 vorliegt oder2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Absatz 13 MB/PPV 2024 ist. <p>Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI eintritt.</p>

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Aktualisierung der Pflege-/Hilfsmittelliste ab 01.01.2024

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

Bisherige Pflegehilfsmittel	Neue Pflegehilfsmittel
<p>1.11 Umsetz- und Hebehilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Drehscheiben 22.29.01.0001-0999 – Positionswechsellhilfen 22.29.01.1000-1999 – Umlager-/ Wendehilfen 22.29.01.2000-2999 – Rutschbretter 22.29.01.3000-3999 <p><i>- Hilfsmittel bisher nicht vorhanden -</i></p> <p>3.6 Gehhilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gehgestelle 10.46.01.0001-0999 – Reziproke Gehgestelle 10.46.01.1000-1999 – Gehgestelle mit zwei Rollen 10.46.01.2000-2999 <p><i>- Hilfsmittel bisher nicht vorhanden -</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>5.2 Schutzkleidung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fingerlinge 54.99.01.0001-0999 – Einmalhandschuhe 54.99.01.1000-1999 – Mundschutz 54.99.01.2000-2999 – Schutzschürzen 54.99.01.3000-3999 – Einmalätzchen 54.99.01.4000-4999 <p><i>- Hilfsmittel bisher nicht vorhanden -</i></p> <p>5.5 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Netzhose Größe 1/ Netz hose Größe 2 15.25.02.0001-1999 	<p>1.11 Umsetz- und Hebehilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Drehscheiben 22.29.01.0001-0999 – Positionswechsellhilfen 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 <p>3.6 Gehhilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>5.2 Schutzkleidung</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>5.5 Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fixierhosen Größe 1/ Fixierhosen Größe 2 15.25.02.0001-1999

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)

Anpassung der Bezeichnung an die neue Version MB/PPV 2024 und Ergänzung der Höchstbeitragsregelung für Mitglieder von Solidargemeinschaften.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>Stand: 01.07.2023</p> <p>1. Allgemeines Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2023 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. ...</p> <p>3. Beiträge ... 3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2023 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt. ... 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 Absatz 5 MB/PPV 2023 bzw. Nummer 3b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI“ oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. ... 7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2023 entsprechend.</p>	<p>Stand: 01.01.2024</p> <p>1. Allgemeines Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. ... 3. Beiträge ... 3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2024 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt. ... 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 Absatz 5 MB/PPV 2024 bzw. Nummer 3b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI“, nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG“ oder den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. ... 7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2024 entsprechend.</p>

Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)

Anpassung der Bezeichnung an die neue Version MB/PPV 2024 und Ergänzung der Höchstbeitragsregelung für Mitglieder von Solidargemeinschaften.

Bisherige Bedingung	Neue Bedingung
<p>Stand: 01.07.2023</p> <p>1. Allgemeines Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2023 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.</p> <p>...</p> <p>3. Beiträge ...</p> <p>3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2023 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.</p> <p>...</p> <p>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 Absatz 5 MB/PPV 2023 bzw. Nummer 3b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI“ oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.</p> <p>...</p> <p>7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2023 entsprechend.</p>	<p>Stand: 01.01.2024</p> <p>1. Allgemeines Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.</p> <p>...</p> <p>3. Beiträge ...</p> <p>3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2024 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.</p> <p>...</p> <p>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 Absatz 5 MB/PPV 2024 bzw. Nummer 3b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI“, nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG“ oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.</p> <p>...</p> <p>7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2024 entsprechend.</p>