

**Bitte nehmen Sie diese Übersicht zur Änderung der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen (AVB) für die private
Pflegepflichtversicherung (PPV) zu Ihren Vertragsunterlagen**

Durch das Dritte Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG), das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG) und das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) ergeben sich Verbesserungen in der Pflege.

Die Änderungen betreffen im Wesentlichen die Einführung digitaler Pflegeanwendungen sowie die Leistungserhöhung bei häuslicher Pflege und den Leistungszuschlag bei vollstationärer Pflege. Daneben ergeben sich noch redaktionelle Änderungen wie die Aktualisierung der Bezeichnung der Musterbedingungen („MB/PPV 2022“).

Die AVB-Änderungen werden zum 01.01.2022 wirksam. Die Zustimmung des juristischen Treuhänders liegt vor. Die neuen Regelungen berücksichtigen wir automatisch bei der Leistungsabrechnung. Daher ist kein Handlungsbedarf Ihrerseits nötig.

Die Details zu den Änderungen finden Sie nachfolgend in der Übersicht. Bitte beachten Sie, dass nur die Textpassagen angegeben wurden, bei denen sich Änderungen ergeben haben. Die Änderungen sind dabei **blau** hervorgehoben.

Synoptische Darstellung der bisherigen und neuen Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung (PPV) – Tarife PVN, PVB

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Private Pflegepflichtversicherung</p> <p>I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2019), II. Zusatzvereinbarungen</p> <p>Dieser Bedingungsteil sowie die Zusatzvereinbarungen gelten in Verbindung mit Tarif PV für die private Pflegepflichtversicherung.</p> <p>I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2019)</p> <p>Der Versicherungsschutz</p> <p>§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</p> <p>...</p> <p>(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2019, 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.</p> <p>...</p> <p>§ 4 Umfang der Leistungspflicht</p> <p>A. Leistungen bei häuslicher Pflege</p> <p>(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 1 Abs. 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter</p>	<p>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Private Pflegepflichtversicherung</p> <p>I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2022), II. Zusatzvereinbarungen</p> <p>Dieser Bedingungsteil sowie die Zusatzvereinbarungen gelten in Verbindung mit Tarif PV für die private Pflegepflichtversicherung.</p> <p>I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2022)</p> <p>Der Versicherungsschutz</p> <p>§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</p> <p>...</p> <p>(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2022, 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.</p> <p>...</p> <p>§ 4 Umfang der Leistungspflicht</p> <p>A. Leistungen bei häuslicher Pflege</p> <p>(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 1 Abs. 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) <u>oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang)</u> sowie im Krankenhaus. <u>Für versicherte Personen im Sinne des § 145 SGB XI (siehe Anhang) gelten die dort genannten Besitzstands-</u></p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus.</p>	<p>Schutzregelungen.</p>
<p>Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, ...</p> <p>...</p>	<p>Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, ...</p> <p>...</p>
<p>(3a) Versicherte Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI – siehe Anhang) haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.</p>	<p>(3a) Versicherte Personen in stationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in denen die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 43a SGB XI – siehe Anhang), haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Dies gilt auch für versicherte Personen in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (siehe Anhang), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) erhalten.</p>
<p>(4) ...</p> <p>...</p>	<p>(4) ...</p> <p>...</p>
<p>(7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) gilt entsprechend.</p>	<p>(7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) gilt entsprechend.</p>
<p>Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.</p>	<p>Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.</p> <p>Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 oder im Rahmen eines Beratungseinsatzes nach Absatz 4 konkrete Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung nach Satz 1 abgeben, die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit der Versorgung werden hierbei vermutet. Die Empfehlung darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein.</p>
<p>Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.</p>	<p>Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.</p> <p>Der Versicherer entscheidet über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang. Kann der Versicherer diese Fristen nicht einhalten, teilt er dies unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.</p>
<p>(7a) ...</p> <p>...</p>	<p>(7a) ...</p> <p>...</p>
<p>D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen</p>	<p>D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen</p>
<p>(11) ...</p>	<p>(11) ...</p>
<p>(12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4 des Tarifs PV.</p>	<p>(12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4 des Tarifs PV.</p>
	<p>Versicherte Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben zudem Anspruch auf Ersatz von zusätzlichen Aufwendungen zur Pflegevergütung (Vergütungszuschlag) für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfsmittelpersonal.</p> <p>(12a) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben ab dem 1. Januar 2022 einen Anspruch auf einen Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege gemäß Nr. 7.6 des Tarifs PV.</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen</p> <p>...</p> <p>I. Pflegeberatung</p> <p>(18) ...</p> <p>Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder</p> <p>a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,</p> <p>oder</p> <p>b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.</p> <p>Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird, oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung.</p> <p>J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen</p> <p>(19) ...</p> <p>§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht</p> <p>(1) ...</p> <p>(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:</p> <p>a) ...</p> <p>b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;</p>	<p>E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen</p> <p>...</p> <p>I. Pflegeberatung</p> <p>(18) ...</p> <p>Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder</p> <p>a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,</p> <p>oder</p> <p>b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.</p> <p><u>Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten eines individuellen Pflege- und Hilfskonzepts hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.</u></p> <p>Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird, oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. <u>Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person durch barrierefreie digitale Angebote ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen.</u></p> <p>J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen</p> <p>(19) ...</p> <p><u>K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen</u></p> <p><u>(20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen oder in der Interaktion von versicherten Personen, Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Aufwendungen für die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind.</u></p> <p><u>Der Versicherer entscheidet auf Antrag über die Notwendigkeit der Versorgung der versicherten Person mit einer digitalen Pflegeanwendung.</u></p> <p><u>(21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 5 Satz 6 SGB XI (siehe Anhang) festgestellt hat, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen. Der Anspruch setzt voraus, dass die ergänzende Unterstützungsleistung für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung im Einzelfall erforderlich ist.</u></p> <p><u>(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nr. 15 des Tarifs PV.</u></p> <p>§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht</p> <p>(1) ...</p> <p>(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:</p> <p>a) ...</p> <p>b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in <u>einer Einrichtung der Hilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen</u> gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>c) ...</p> <p>d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.</p> <p>(3) ...</p> <p>§ 5a Leistungsausschluss</p> <p>Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 315 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basisarbitar gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.</p> <p>§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung</p> <p>...</p> <p>(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.</p> <p>§ 7 Ende des Versicherungsschutzes</p> <p>...</p> <p>Pflichten des Versicherungsnehmers</p> <p>§ 8 Beitragszahlung</p> <p>(1) ...</p> <p>(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie</p> <p>a) nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,</p> <p>b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,</p> <p>c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,</p> <p>d) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und</p> <p>e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.</p> <p>(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern</p> <p>a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,</p> <p>b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,</p> <p>c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder</p>	<p>c) ...</p> <p>d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung <u>sowie digitale Pflegeanwendungen</u>, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.</p> <p>(3) ...</p> <p>§ 5a Leistungsausschluss</p> <p>Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 402 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basisarbitar gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.</p> <p>§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung</p> <p>...</p> <p>(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. <u>Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.</u></p> <p>§ 7 Ende des Versicherungsschutzes</p> <p>...</p> <p>Pflichten des Versicherungsnehmers</p> <p>§ 8 Beitragszahlung</p> <p>(1) ...</p> <p>(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie</p> <p>a) nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,</p> <p>b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,</p> <p>c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,</p> <p>d) nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und</p> <p>e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer <u>Betracht</u>.</p> <p>(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern</p> <p>a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,</p> <p>b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,</p> <p>c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des <u>Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten</u>; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang),</p> <p>d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) - (siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstaben a), b) oder c) beitragsfrei versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs.1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI (siehe Anhang) oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) ausgeschlossen war.</p> <p>...</p> <p>§ 8 a Beitragsberechnung</p> <p>...</p> <p>(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.</p> <p>§ 8 b Beitragsänderungen</p> <p>...</p>	<p>anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang); <u>wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.</u></p> <p>d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) – (siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstaben a), b) oder c) beitragsfrei versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI (siehe Anhang) oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) ausgeschlossen war.</p> <p>...</p> <p>§ 8 a Beitragsberechnung</p> <p>...</p> <p>(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.</p> <p><u>(5) Der Versicherer kann für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 für bestehende Vertragsverhältnisse über den Beitrag hinaus einen monatlichen Zuschlag zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben nach Maßgabe des § 110a SGB XI (siehe Anhang) erheben.</u></p> <p>§ 8 b Beitragsänderungen</p> <p>...</p>
<p>II. Zusatzvereinbarungen</p> <p>Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)</p> <p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die ... Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:</p> <p>In Abweichung von</p> <ol style="list-style-type: none"> § 3 MB/PPV 2019 entfällt die Wartezeit; § 8 Abs. 3 MB/PPV 2019 besteht Anspruch ...; § 8 Abs. 5 MB/PPV 2019 <p>a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.</p> <p>Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.</p> <p>...</p> <p>b) ...</p> <p>4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2019 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.</p> <p>...</p> <p>Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)</p> <p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:</p>	<p>II. Zusatzvereinbarungen</p> <p>Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)</p> <p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die ... Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:</p> <p>In Abweichung von</p> <ol style="list-style-type: none"> § 3 MB/PPV <u>2022</u> entfällt die Wartezeit; § 8 Abs. 3 MB/PPV <u>2022</u> besteht Anspruch ...; § 8 Abs. 5 MB/PPV <u>2022</u> <p>a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; <u>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;</u> bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil <u>berücksichtigt.</u></p> <p><u>Die</u> Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.</p> <p>...</p> <p>b) ...</p> <p>4. § 8a Abs. 2 MB/PPV <u>2022</u> erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.</p> <p>...</p> <p>Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)</p> <p>Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>In Abweichung von</p> <p>§ 8 Abs. 5 MB/PPV 2019</p> <p>...</p>	<p>In Abweichung von</p> <p>§ 8 Abs. 5 MB/PPV 2022</p> <p>...</p>
<p>III. Tarifbedingungen Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB, 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)</p> <p>Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2019) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - B3 52 220.</p> <p>III. Tarifbedingungen Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB</p> <p>Leistungen der Versicherer</p> <p>Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe</p> <p>Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1-14 vorgesehenen Beträge.</p> <p>Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit</p> <p>...</p> <p>Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang) für</p> <p>...</p> <p>der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-14 vorgesehenen Beträge.</p> <p>...</p> <p>1. Häusliche Pflege</p> <p>Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat</p> <p>a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 689 Euro,</p> <p>b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 Euro,</p> <p>c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 Euro,</p> <p>d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 Euro</p> <p>erstattet.</p> <p>...</p> <p>6. Kurzzeitpflege</p> <p>Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 Euro pro Kalenderjahr ersetzt.</p> <p>...</p> <p>Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 Euro auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).</p> <p>In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen</p> <p>7.1 ...</p> <p>7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2) die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 266</p>	<p>III. Tarifbedingungen Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB, 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)</p> <p>Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2022) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - B3 52 220.</p> <p>III. Tarifbedingungen Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB</p> <p>Leistungen der Versicherer</p> <p>Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe</p> <p>Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1-15 vorgesehenen Beträge.</p> <p>Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit</p> <p>...</p> <p>Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang) für</p> <p>...</p> <p>der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-15 vorgesehenen Beträge.</p> <p>...</p> <p>1. Häusliche Pflege</p> <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>6. Kurzzeitpflege</p> <p>Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.774 Euro pro Kalenderjahr ersetzt.</p> <p>...</p> <p>Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 Euro auf insgesamt bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).</p> <p>In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen</p> <p>7.1 ...</p> <p>7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
Euro je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.	<u>stehen</u> , die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von <u>fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung</u> , im Einzelfall höchstens 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten. <u>Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten</u> . Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.
Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.	Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.
In Tariffstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	In Tariffstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
7.3 ...	7.3 ...
7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.	7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 <u>und 9</u> SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 <u>und 9</u> SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.
In Tariffstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	In Tariffstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
7.5 ...	7.5 ...
	<p><u>7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,</u></p> <p><u>a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 5 Prozent,</u></p> <p><u>b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 25 Prozent,</u></p> <p><u>c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 45 Prozent,</u></p> <p><u>d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 70 Prozent,</u></p> <p><u>ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.</u></p> <p><u>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.</u></p> <p><u>In Tariffstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</u></p>
8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
...	...
14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen	14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen
...	...
	<p><u>15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen</u></p> <p><u>Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen zusammen bis zu insgesamt 50 Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.</u></p> <p><u>Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Abs. 1 Satz 1 SGB XI (siehe Anhang) übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.</u></p> <p><u>In Tariffstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</u></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)	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)
...	...
§ 2 Besitzstandsschutz	§ 2 Besitzstandsschutz
...	...

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>(2) Versicherte Personen,</p> <p>1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und</p> <p>2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2019 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,</p> <p>haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2019. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2019 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2019 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2019) schriftlich mitteilen und erläutern.</p> <p>§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege</p> <p>(1) Ist bei versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, so zahlt der Versicherer einen monatlichen Zuschlag in Höhe der Differenz. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2019 i.V.m. Nr. 7 des Tarifs PV 2019 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend gekürzt. Der monatliche Zuschlagsbetrag sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe wird dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2019) schriftlich mitgeteilt. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>(2) Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 MB/PPV 2015 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Leistungen der vollstationären Pflege nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2019 in derselben Einrichtung in Anspruch nehmen, ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherte Person im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätte. Absatz 1 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.</p> <p>(3) Wechseln versicherte Personen im Sinne der Absätze 1 und 2 zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten versicherte Personen mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 1 ermittelten monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 1 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.</p> <p>(4) Erhöht sich für versicherte Personen im Sinne der Absätze 1 bis 3 der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 1 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für versicherte Personen, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 2 gewesen wäre.</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 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 Leis-</p>	<p>(2) Versicherte Personen,</p> <p>1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und</p> <p>2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV <u>2022</u> unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,</p> <p>haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV <u>2022</u>. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV <u>2022</u> i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV <u>2022</u> festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV <u>2022</u>) schriftlich mitteilen und erläutern.</p> <p>§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege</p> <p>(1) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)</p> <p>(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)</p> <p>(3) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)</p> <p>(4) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)</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 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 Leis-</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>tungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung</p> <p>...</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 Abs. 2 MB/PPV 2019 vorliegt oder 2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2019 ist. <p>...</p> <p>§ 5 Begutachtungsverfahren</p> <p>...</p>	<p>tungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung</p> <p>...</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 Abs. 2 MB/PPV <u>2022</u> vorliegt oder 2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV <u>2022</u> ist. <p>...</p> <p>§ 5 Begutachtungsverfahren</p> <p>...</p>
<p>Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)</p> <p>1. Allgemeines</p> <p>Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2019 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.</p> <p>...</p> <p>3. Beiträge</p> <p>...</p> <p>3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2019 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.</p> <p>...</p> <p>3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrundeliegenden 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 2019 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.</p> <p>...</p> <p>7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung</p> <p>Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2019 entsprechend.</p>	<p>Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)</p> <p>1. Allgemeines</p> <p>Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV <u>2022</u> und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.</p> <p>...</p> <p>3. Beiträge</p> <p>...</p> <p>3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV <u>2022</u> werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.</p> <p>...</p> <p>3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrundeliegenden 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>2022</u> 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.</p> <p>...</p> <p>7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung</p> <p>Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV <u>2022</u> entsprechend.</p>
<p>Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)</p> <p>1. Allgemeines</p> <p>Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2019 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.</p> <p>...</p> <p>3. Beiträge</p> <p>...</p> <p>3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2019 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.</p> <p>...</p> <p>3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zu-</p>	<p>Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)</p> <p>1. Allgemeines</p> <p>Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV <u>2022</u> und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.</p> <p>...</p> <p>3. Beiträge</p> <p>...</p> <p>3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV <u>2022</u> werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.</p> <p>...</p> <p>3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zu-</p>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>grunde 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 2019 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.</p> <p>...</p> <p>7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung</p> <p>Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2019 entsprechend.</p>	<p>grunde 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 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.</p> <p>...</p> <p>7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung</p> <p>Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2022 entsprechend.</p>
<p>Private Pflegepflichtversicherung - Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten</p> <p>In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2019 und Tarif PV) gilt Folgendes:</p> <p>...</p> <p>2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis 14 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2019 einen monatlichen Beitrag der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.</p> <p>...</p> <p>4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2019, Nr. 3b) 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.</p> <p>...</p> <p>6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2019 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 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 2019 entsprechend.</p>	<p>Private Pflegepflichtversicherung - Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten</p> <p>In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2022 und Tarif PV) gilt Folgendes:</p> <p>...</p> <p>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 einen monatlichen Beitrag der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.</p> <p>...</p> <p>4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022, Nr. 3b) 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.</p> <p>...</p> <p>6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2022 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 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 2022 entsprechend.</p>