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

Durch das Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG) wurde das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), die Soziale Pflegeversicherung, abgeändert.

Die Änderungen betreffen insbesondere

- die Anhebung der häuslichen Pflegehilfe um 5 %,
- die Erhöhung des Pflegegeldes um 5 %,
- die flexiblere Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgeldes durch Angehörige und
- die Erhöhung der Zuschläge zum Eigenanteil, die die Pflegekasse an die Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen zahlt.

Daneben ergeben sich noch redaktionelle Änderungen (Aktualisierung der Bezeichnung der Musterbedingungen "MB/PPV 2024").

Diese Änderungen werden nun in die AVB der privaten Pflegepflichtversicherung übernommen.

Die AVB-Änderungen werden zum 01.01.2024 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
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Private Pflegepflichtversicherung	**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Private Pflegepflichtversicherung**
I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2022 II), II. Zusatzvereinbarungen	**I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2024), II. Zusatzvereinbarungen**
Dieser Bedingungsteil sowie die Zusatzvereinbarungen gelten in Verbindung mit Tarif PV für die private Pflegepflichtversicherung.	Dieser Bedingungsteil sowie die Zusatzvereinbarungen gelten in Verbindung mit Tarif PV für die private Pflegepflichtversicherung.
I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2022 II)	**I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2024)**
Der Versicherungsschutz	**Der Versicherungsschutz**
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes …	**§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes** …
(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2022 II, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.	(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.
…	…
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	**§ 4 Umfang der Leistungspflicht**
A. Leistungen bei häuslicher Pflege	**A. Leistungen bei häuslicher Pflege**
…	…
(6) …	(6) …

Bisherige Fassung	Neue Fassung
	(6a) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege einer versicherten Person der Pflegegrade 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gehindert, erstattet der Versicherer abweichend von Absatz 6 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV. Abweichend von Absatz 6 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. 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.
(7) …	(7) …
…	…
C. Kurzzeitpflege	**C. Kurzzeitpflege**
(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Der Anspruch besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich ist. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.	(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.
Die Leistungen werden a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, erbracht.	Die Leistungen werden 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, erbracht.
Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.	Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.
D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen	**D. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen**
…	…
F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	**F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung**
(14) …	(14) …
(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) - Siebtes Buch (VII) - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.	(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) - Siebtes Buch (VII) - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.
(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.	(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.
G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	**G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**
…	…
J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen	**J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen**
(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten	(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten

Bisherige Fassung	Neue Fassung
Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.	Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.
K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen	**K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen**
…	…
(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nr. 15 des Tarifs PV.	(22) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach Absatz 20 und 21 ergibt sich aus Nr. 15 des Tarifs PV.
	L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durch die 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 Abs. 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang), nach § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI (siehe Anhang) oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung der versicherten Person nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V (siehe Anhang) besteht.
	(24) Der Anspruch nach Absatz 23 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.
	(25) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach den Absätzen 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PV.
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	**§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht**
(1) Keine Leistungspflicht besteht:	(1) Keine Leistungspflicht besteht:
a) …	a) …
b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.	b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.
(2) …	(2) …
	(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 1. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 4 Abs. 23 S. 1 versorgt wird; Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 2. Halbsatz bleibt unberührt und Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.
(3) …	(3) …
(4) …	(4) …
…	…
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung	**§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung**
(1) …	(1) …
(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Leistungsantrag, sofern	(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Leis-

Bisherige Fassung	Neue Fassung
der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.	tungsantrag, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort der versicherten Person, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt. Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI (siehe Anhang) kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzt oder ersetzt werden.
Die Kosten der genannten Untersuchungen, Feststellungen und Ermittlungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.	Die 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.
…	…
(2a) Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Satz 5 genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Die Sätze 1 und 2 finden vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung. Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder des Gutachters des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind. 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 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI - siehe Anhang); befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI - siehe Anhang) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI - siehe Anhang), so beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags, dieselbe Frist gilt bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI - siehe Anhang); wird die versicherte Person häuslich ohne Palliativversorgung gepflegt und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt oder wurde mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson Familienpflegezeit vereinbart, so beträgt die Begutachtungsfrist zwei Wochen nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI - siehe Anhang). Bei versicherten Personen nach Satz 5 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche (Satz 5 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 5 Halbsatz 3) nach Antragseingang aufgrund einer Vorabeinstufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.	(2a) Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Absatz. 2b oder 2c genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den der Versicherer nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 Abs. 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung des Versicherers nach Absatz 2b oder Absatz 2c unberührt. Wird die versicherte Person von dem Versicherer aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, so sind die Fristen nach Satz 1 und Absatz 2b und 2c so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei dem Versicherer eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem die versicherte Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht. (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

Bisherige Fassung	Neue Fassung
	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 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) 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 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 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz (siehe Anhang) vereinbart, so ist eine Begutachtung der versicherten Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen. (2d) In den Fällen der Absätze 2b und 2c muss die Feststellung nach Absatz 2 nur beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 2 ff. vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung der versicherten Person ist 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.
(3) … …	(3) … …
II. Zusatzvereinbarungen **Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)** Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes: In Abweichung von 1. § 3 MB/PPV 2022 II entfällt die Wartezeit; 2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2022 II besteht Anspruch …; 3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022 II 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 Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. … b) … 4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2022 II erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten. …	**II. Zusatzvereinbarungen** **Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)** Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes: In Abweichung von 1. § 3 MB/PPV 2024 entfällt die Wartezeit; 2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2024 besteht Anspruch …; 3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024 a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung (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 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 Entlassungs-entschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a SGB IV (siehe Anhang) in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV (siehe Anhang) ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. … b) … 4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2024 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten. …

Bisherige Fassung	Neue Fassung
Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes: In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022 II …	**Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)** Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes: In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024 … **Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang)** Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Abs. 4a SGB XI (siehe Anhang) bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) Folgendes: Der zu zahlende Beitrag wird auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V (siehe Anhang) vermindert.
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)** Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2022 II) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - B3 52 220. **III. Tarifbedingungen** **Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB** **Leistungen der Versicherer** … **1. Häusliche Pflege** Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 724 Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.363 Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.693 Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.095 Euro erstattet. … **2. Pflegegeld** 2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat a) 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2, b) 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, c) 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4, d) 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5. Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt. … **3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)** Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag	**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)** Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2024) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - B3 52 220. **III. Tarifbedingungen** **Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB** **Leistungen der Versicherer** … **1. Häusliche Pflege** Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 761 Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.432 Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.778 Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.200 Euro erstattet. … **2. Pflegegeld** 2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat 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. Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt. … **3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)** Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag

Bisherige Fassung	Neue Fassung
des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.	des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.
	In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen des Versicherers den Betrag des Pflegegeldes nach Nr. 2.1 des Tarifs PV für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Satz 1 abweichend von Satz 9, 10 sowie Satz 8 und Satz 4 in Verbindung mit Satz 9, 10 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 i.V.m. Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV angerechnet.
Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.	Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.
…	…
7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen	**7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen**
…	…
7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5	7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5
a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 5 Prozent,	a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 15 Prozent,
b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 25 Prozent,	b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 30 Prozent,
c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 45 Prozent,	c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 50 Prozent,
d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 70 Prozent,	d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 75 Prozent,
ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.	ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.
…	…
15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen	**15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen**
…	…
Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Abs. 1 Satz 1 SGB XI (siehe Anhang) übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.	Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.
In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
	16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson
	Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach § 42a Abs. 5 Satz 2, 3, 4 SGB XI (siehe Anhang) und bei der Versorgung in der zugelassenen voll-stationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts.
	Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Abs. 23 und 24 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

Bisherige Fassung	Neue Fassung
	In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
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**
…	…
(2) Versicherte Personen,	(2) Versicherte Personen,
1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und	1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2022 II 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,	2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2024 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,
haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2022 II. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2022 II i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2022 II 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 2022 II) schriftlich mitteilen und erläutern.	haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2024 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2024) schriftlich mitteilen und erläutern.
§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege	**§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege**
…	…
(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Tarif Nr. 7.1 Satz 3 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PV in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung	**§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung**
…	…
(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass	(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass
1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2022 II vorliegt oder	1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2024 vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2022 II ist.	2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2024 ist.
…	…
§ 5 Begutachtungsverfahren	**§ 5 Begutachtungsverfahren**
…	…
Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)	**Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)**
1. Allgemeines	**1. Allgemeines**
Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2022 II und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.	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.
…	…
3. Beiträge	**3. Beiträge**
…	…
3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2022 II werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung	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

Bisherige Fassung	Neue Fassung
mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt. … 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 2022 II bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI" oder nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. … **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 2022 II entsprechend.	Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt. … 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 2024 bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI", nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG" oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. … **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.
Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV) **1. Allgemeines** Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2022 II 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 2022 II 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 Abs. 5 MB/PPV 2022 II bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI" oder nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag. … **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 2022 II entsprechend.	**Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)** **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 Abs. 5 MB/PPV 2024 bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI", nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG" oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 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.
Private Pflegepflichtversicherung - Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2022 II und Tarif PV) gilt Folgendes: … 2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis 15 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2022 II einen monatlichen Beitrag der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt. …	**Private Pflegepflichtversicherung - Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten** In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV) gilt Folgendes: … 2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis 16 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2024 einen monatlichen Beitrag der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt. …

Bisherige Fassung	Neue Fassung
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 II, 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.	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 2024, Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26a Abs. 1 SGB XI", der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gem. § 193 Abs. 5 VVG" oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.
…	…
6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2022 II 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.	6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2024 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.
7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2022 II entsprechend.	7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2024 entsprechend.