

**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 Zusammenführung der Leistungsbeträge für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zu einem gemeinsamen Jahresbetrag,
- den Entfall der Vorpflegezeit von sechs Monaten bei der Verhinderungspflege,
- die Erhöhung der Leistungsbeträge in Pflegeversicherung zum 01.01.2025 um 4,5 %, die nun in die AVB übernommen werden,
- eine bessere finanzielle Unterstützung für Maßnahmen wie Kurzzeitpflege oder Wohnungsumbau.

Daneben ergeben sich noch redaktionelle Änderungen. Die Bezeichnung der Musterbedingungen ("MB/PPV 2025") wird aktualisiert und Übergangsregelungen gestrichen.

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

Die AVB-Änderungen werden zum 01.01.2026 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 2024), II. Zusatzvereinbarungen	I. Bedingungsteil - (MB/PPV <u>2025</u>), 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 2024)	I. Bedingungsteil - (MB/PPV <u>2025</u>)
Der Versicherungsschutz	Der Versicherungsschutz
...	...
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	§ 4 Umfang der Leistungspflicht
A. Leistungen bei häuslicher Pflege	A. Leistungen bei häuslicher Pflege
...	...
(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach Absatz 6 für bis zu sechs Wochen und während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10	(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer <u>Ersatzpflege nach Absatz 6 und</u> während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 <u>jeweils</u> für bis zu acht Wochen je

Bisherige Fassung	Neue Fassung
für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.	Kalenderjahr fortgewährt.
...	...
(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,	(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,
...	...
Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 und 5 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.	Auf Wunsch der versicherten Person <u>erfolgt jede</u> zweite Beratung per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 und 5 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.
...	...
(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung bei der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.	(6) Ist eine Pflegeperson <u>die eine versicherte Person mit mindestens Pflegegrad 2 in ihrer häuslichen Umgebung pflegt</u> , wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens <u>acht</u> Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV <u>erstattet</u> .
(6a) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege einer versicherten Person der Pflegegrade 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gehindert, erstattet der Versicherer abweichend von Absatz 6 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV. Abweichend von Absatz 6 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.	
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) ...
...	...
E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung sowie an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die Feststellungen nach § 6 Abs. 2 umfassen dazu auch Ermittlungen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflege Tätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflege Tätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft der Versicherer. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfangs der jeweiligen Pflege Tätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflege Tätigkeit insgesamt.	(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung sowie an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die Feststellungen nach § 6 Abs. 2 umfassen dazu auch Ermittlungen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflege Tätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflege Tätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft der Versicherer. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu <u>acht</u> Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfangs der jeweiligen Pflege Tätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflege Tätigkeit insgesamt.
...	...
F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
...	...
L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durch die Pflegeperson	L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson
...	...

Bisherige Fassung	Neue Fassung
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht ... (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. ... § 6 Auszahlung der Versicherungsleistung (1) ... (2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Leistungsantrag, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort der versicherten Person, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt. Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI (siehe Anhang) kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzt oder ersetzt werden. ... (2a) Erfolgt die Leistungsmittelteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Absatz. 2b oder 2c genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß 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. Pflichten des Versicherungsnehmers ...	§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht ... (2a) Abweichend von Absatz 2 <u>Buchstabe a</u> 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 <u>Satz 1</u> <u>oder nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V</u> 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. ... § 6 Auszahlung der Versicherungsleistung (1) ... (2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Leistungsantrag, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort der versicherten Person, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt. Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI (siehe Anhang) kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview <u>,das auch per Video-telefonie durchgeführt werden kann,</u> ergänzt oder ersetzt werden. ... (2a) Erfolgt die Leistungsmittelteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in <u>den Absätzen</u> 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. Pflichten des Versicherungsnehmers ...

Bisherige Fassung	Neue Fassung
§ 8a Beitragsberechnung ... (4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern. (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. § 8b Beitragsänderungen ...	§ 8a Beitragsberechnung ... (4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern. § 8b Beitragsänderungen ...
II. Zusatzvereinbarungen Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes: In Abweichung von § 3 MB/PPV 2024 entfällt die Wartezeit; § 8 Abs. 3 MB/PPV 2024 besteht Anspruch ...; § 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 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 2024 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten. ... 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 a) ... Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung. ...	II. Zusatzvereinbarungen Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes: In Abweichung von § 3 MB/PPV 2025 entfällt die Wartezeit; § 8 Abs. 3 MB/PPV 2025 besteht Anspruch ...; § 8 Abs. 5 MB/PPV 2025 a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22. Dezember.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 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 2025 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten. ... 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 2025 a) ... Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung. ...

Bisherige Fassung	Neue Fassung
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 Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1-15 vorgesehenen Beträge. Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang) für 1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent, 2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 Prozent, 3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, 30 Prozent, 4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 Prozent, 5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Prozent, der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-15 vorgesehenen Beträge. ... 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. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet. Wurde für die beratende Stelle noch kein solcher Betrag vereinbart, werden für die Beratung in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu	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) <u>und sonstige Übergangsregelungen</u> Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV <u>2025</u>) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - B3 52 220. III. Tarifbedingungen Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB Leistungen der Versicherer Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1-<u>16</u> vorgesehenen Beträge. Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang) für 1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent, 2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 Prozent, 3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, 30 Prozent, 4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 Prozent, 5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Prozent, der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-<u>16</u> vorgesehenen Beträge. ... 1. Häusliche Pflege Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu <u>796</u> Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu <u>1.497</u> Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu <u>1.859</u> Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu <u>2.299</u> Euro erstattet. ... 2. Pflegegeld 2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat a) <u>347</u> Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2, b) <u>599</u> Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, c) <u>800</u> Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4, d) <u>990</u> Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5. Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag <u>erstattet</u>.

Bisherige Fassung	Neue Fassung
23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet. In Tarilstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der 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. Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806 Euro auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PV). In Tarilstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ... 4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 40 Euro je Kalendermonat erstattet. 4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 4.000 Euro je Maßnahme begrenzt. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000 Euro berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend. In Tarilstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu 689 Euro, b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 Euro, c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 Euro, d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 Euro erstattet. ...	In Tarilstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) <u>Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).</u> Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die <u>diese nicht erwerbsmäßig ausüben und</u> mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung <u>zum einen</u> auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV <u>und zum anderen auf zwei Monate</u> begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der <u>Ersatzpflegeperson</u> im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen <u>unter Anrechnung der Leistungen für die Kurzzeitpflege (Nr. 6 des Tarifs PV) auf den Gemeinsamen Jahresbetrag nach Satz 1</u> begrenzt. Wird die Ersatzpflege <u>nach Satz 2</u> erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in <u>bis zur</u> Höhe des in Satz 1 genannten Betrages. In Tarilstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ... 4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu <u>42</u> Euro je Kalendermonat erstattet. 4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf <u>4.180</u> Euro je Maßnahme begrenzt. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu <u>16.720</u> Euro berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend. In Tarilstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu <u>721</u> Euro, b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu <u>1.357</u> Euro, c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu <u>1.685</u> Euro, d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu <u>2.085</u> Euro erstattet. ...

Bisherige Fassung	Neue Fassung
In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 6. Kurzzeitpflege Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.774 Euro pro Kalenderjahr ersetzt. Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 4 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 Prozent gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen. Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 Euro auf insgesamt bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV). In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen 7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von 770 Euro je Kalendermonat, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.262 Euro je Kalendermonat, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.775 Euro je Kalendermonat, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.005 Euro je Kalendermonat erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 2.952 Euro.	In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 6. Kurzzeitpflege <u>Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).</u> 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 <u>pro Kalenderjahr unter Anrechnung der Leistungen für die Ersatzpflege (Nr. 3 des Tarifs PV) höchstens in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach Satz 1</u> ersetzt. Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 4 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 Prozent gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen 7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von <u>805</u> Euro je Kalendermonat, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von <u>1.319</u> Euro je Kalendermonat, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von <u>1.855</u> Euro je Kalendermonat, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von <u>2.096</u> Euro je Kalendermonat erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens <u>278</u> Euro je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (<u>siehe Anhang</u>), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von <u>3.085</u> Euro.

Bisherige Fassung	Neue Fassung
In Tariffstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	In Tariffstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
7.4 ...	7.4 ...
7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125 Euro je Kalendermonat erstattet.	7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von <u>131</u> Euro je Kalendermonat erstattet.
Nr. 5 Satz 4 gilt entsprechend.	Nr. 5 Satz 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.
7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5	7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5
...	...
9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen.	9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und <u>dürfen</u> die <u>tatsächliche Höhe dieser</u> Beiträge nicht übersteigen.
In Tariffstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	In Tariffstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
...	...
9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 Euro täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.	9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von <u>209</u> Euro täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.
In Tariffstufe PVB werden die Zahlungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	In Tariffstufe PVB werden die Zahlungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
...	...
11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag	11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag
Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen	Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen
a) der teilstationären Pflege,	a) der teilstationären Pflege,
b) der Kurzzeitpflege,	b) der Kurzzeitpflege,
c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder	c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang)	d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang)
werden bis zu 125 Euro monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.	werden bis zu <u>131</u> Euro monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.
In Tariffstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	In Tariffstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
...	...
13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen	13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 214 Euro.	Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt <u>224</u> Euro.
In Tariffstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	In Tariffstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen	14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen
Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000 Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500 Euro.	Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von <u>10.452</u> Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber <u>2.613</u> Euro.
In Tariffstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	In Tariffstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Bisherige Fassung	Neue Fassung
15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen zusammen bis zu insgesamt 50 Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages. ... 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. ...	15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen zusammen bis zu insgesamt <u>53</u> Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages. ... 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 <u>§ 42b Abs. 5 Satz 2 bis 4 SGB XI</u> (siehe Anhang) und bei der Versorgung in der zugelassenen voll-stationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts. ...
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) Versicherte Personen, 1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2024 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 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. ... § 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 1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2024 vorliegt oder 2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2024 ist. ... § 5 Begutachtungsverfahren ... § 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 ...	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) <u>und sonstige Übergangsregelungen</u> ... § 2 Besitzstandsschutz ... (2) Versicherte Personen, 1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV <u>2025</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, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV <u>2025</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>2025</u> i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV <u>2025</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>2025</u>) schriftlich mitteilen und erläutern. ... § 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 1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV <u>2025</u> vorliegt oder 2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV <u>2025</u> ist. ... § 5 Begutachtungsverfahren ... § 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 ...

Bisherige Fassung	Neue Fassung
	<u>§ 7 Übergangsregelung für Leistungsbezieher nach dem Soldatenversorgungsgesetz</u> <u>Für versicherte Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 13 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), des § 23 Abs. 5 SGB XI (siehe Anhang) und des § 5 Abs. 1 b) MB/PPV 2023 weiter.</u> <u>§ 8 Übergangsregelung zum Gemeinsamen Jahresbetrag im Jahr 2025</u> <u>Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Ersatzpflege gemäß § 4 Abs. 6 MB/PPV 2025 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 4 Abs. 10 MB/PPV 2025 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach Nr. 3 und Nr. 6 des Tarifs PV für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.</u>
Private Pflegepflichtversicherung - Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV) 1. Allgemeines Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2024 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. ... 3. Beiträge ... 3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV 2024 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt. ... 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 kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV) 1. Allgemeines Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV <u>2025</u> und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden. ... 3. Beiträge ... 3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV <u>2025</u> werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung 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 <u>2025</u> bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI", nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG" 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 <u>2025</u> 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 große Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.	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 <u>2025</u> 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 <u>2025</u> werden die Beiträge für die große Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.

Bisherige Fassung	Neue Fassung
cherung 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.	cherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV <u>2025</u> 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 <u>2025</u> bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI", nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG" 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 <u>2025</u> entsprechend.
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. ... 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 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 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 <u>2025</u> 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 <u>2025</u> einen monatlichen Beitrag der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt. ... 4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV <u>2025</u>, 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 <u>2025</u> 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 <u>2025</u> entsprechend.