

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

Zum Jahreswechsel treten gesetzliche Änderungen in der Pflegeversicherung in Kraft, mit dem Ziel, die Pflege in Deutschland zu stärken: das sogenannte Zweite und Dritte Pflegestärkungsgesetz. Damit auch Sie von diesen Verbesserungen profitieren, hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass wir unsere Leistungen und unsere Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) entsprechend anpassen. Damit bleibt Ihr Versicherungsschutz auch nach der Gesetzesreform aktuell.

Die Änderungen betreffen im Wesentlichen:

- Die Leistungen werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben erhöht.
- Die bisherigen drei Pflegestufen werden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Dabei wird auch ein neues Begutachtungsverfahren zur Bestimmung des Pflegegrades eingeführt.
- Die Neuregelung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellt sicher, dass zukünftig körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen gleichermaßen bei der Feststellung des Pflegegrades berücksichtigt werden.
- Für pflegebedürftige Menschen mit Pflegestufe erfolgt eine automatische Überleitung in den entsprechenden Pflegegrad. Die Besitzstandswahrung sichert dabei gleiche oder höhere Leistungen.
- Pflegenden Angehörige sind zukünftig besser in der Renten- und Arbeitslosenversicherung abgesichert.
- Der Anspruch auf Pflegeberatung für Angehörige und nahestehende Personen wird verbessert und die Beratungsangebote werden besser abgestimmt.
- Zusätzlich wird die Verwaltung vereinfacht, z.B. gilt eine Empfehlung des Gutachters für Pflegehilfsmittel als Antrag.

Bislang durften Ausbildungstarife nur bis zum vollendeten 34. Lebensjahr der Versicherten angeboten werden. Das ist künftig bis zum vollendeten 39. Lebensjahr möglich. Die Zusatzbedingungen für Beamtenanwärter zur Privaten Pflegepflichtversicherung werden entsprechend überarbeitet.

Die AVB-Änderungen werden zum 01.01.2017 wirksam. Die Zustimmung des juristischen Treuhänders liegt vor. Die neuen Regelungen berücksichtigen wir automatisch bei der Leistungsabrechnung. Daher ist kein Handlungsbedarf Ihrerseits nötig.

Die unterstrichenen Änderungen erfolgen unter dem Vorbehalt, dass die entsprechenden Vorschriften des Dritten Pflegestärkungsgesetzes in der Fassung des Gesetzesentwurfs vom 12.08.2016 in Kraft treten.

Die Details zu den Leistungsänderungen und die betroffenen Tarife finden Sie nachfolgend in der Übersicht. Bitte beachten Sie, dass nur die Textpassagen angegeben wurden, bei denen sich Änderungen ergeben haben.

Synoptische Darstellung der bisherigen und neuen Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung (PPV)

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Private Pflegepflichtversicherung I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2017)	§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ... (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16) einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Abweichend von Satz 1 liegt für versicherte Personen in einer stationären Pflegeeinrichtung auch dann ein Versicherungsfall für	§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ... 2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 6 festgelegten Schwere bestehen.

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	Leistungen nach § 4 Abs. 16c vor, wenn für sie ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht und auch keine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Ein Versicherungsfall für Leistungen ... besteht. (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. (4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. (5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm oder Blasenentleerung, b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung, c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen. (6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen: a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. (7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend. (8) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen, b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen, c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen. Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behand-	Ein Versicherungsfall für Leistungen ... besteht. (3) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien: 1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen; 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch; 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen; 4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen; 5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel, b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung, c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften; 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorstehend genannten Bereiche berücksichtigt. (4) Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass die versicherte Person nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einem Grad der

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	lungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Abs. 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.	Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) zugeordnet wird. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. (5) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in Absatz 3 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 zu § 15 Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) - (siehe Anhang) dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet: 1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, 2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, 3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, 4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und 5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet: 1. Mobilität mit 10 Prozent, 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent, 3. Selbstversorgung mit 40 Prozent, 4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent, 5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent. (6) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen: 1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, 4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, 5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwers-

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	(9) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 1 durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Der Versicherungsfall beginnt für Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14a und 14b) frühestens mit dem in der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Abs. 2 S. 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) angegebenen Zeitpunkt der Arbeitsverhinderung. Für Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson nach § 4 Abs. 14 iVm § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz beginnt der Versicherungsfall frühestens mit der Freistellung nach § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz. (10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ... (Bedingungsteil MB/PPV 2015, Tarif PV) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit ... geändert. (11) Entfällt bei versicherten Personen ... (12) Das Versicherungsverhältnis ... (13) Der Versicherungsschutz § 4 Umfang der Leistungspflicht A. Leistungen bei häuslicher Pflege (1) Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Leistungen der häuslichen ... im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Abs. 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre.	te Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung. (7) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. (8) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen aus der Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in Absatz 3 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht. (9) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 4 bis 8 entsprechend. (10) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 6, 7 und 9 Satz 2 wie folgt eingestuft: 1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2, 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3, 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4, 4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5. (11) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. Der Versicherungsfall beginnt für Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14a und 14b) frühestens mit dem in der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) angegebenen Zeitpunkt der Arbeitsverhinderung. Für Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson nach § 4 Abs. 14 i.V.m. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) beginnt der Versicherungsfall frühestens mit der Freistellung nach § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang). (12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ... (Bedingungsteil MB/PPV 2017, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit ... geändert. (13) Entfällt bei versicherten Personen ... (14) Das Versicherungsverhältnis ... (15) Der Versicherungsschutz § 4 Umfang der Leistungspflicht A. Leistungen bei häuslicher Pflege (1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 1 Abs. 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen ... im Krankenhaus. Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere 1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	Die häusliche Pflegehilfe muss ... anerkannt. Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungs- und Entlastungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden. (2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen 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 erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Während einer Verhinderungspflege nach Absatz 6 oder einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes jeweils für bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. (3) Bestehen die Voraussetzungen (4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet, a) bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich, b) bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung ... Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen ... die Zahlung eingestellt. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Versicherte Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß Absatz 16 festgestellt worden ist, haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf Beratung. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV in Höhe des Betrages für die Pflegestufen I und II erstattet. (5) Nimmt die versicherte Person ... daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PV. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person ... erhalten hat. (6) Ist eine Pflegeperson ... gepflegt hat. (7) Versicherte Personen ... zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 SGB V - (siehe Anhang) gilt entsprechend. ... (7a) Versicherte Personen der Pflegestufen I bis III haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PV, wenn 1. sie mit mindestens zwei ... leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind oder bei ihnen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt worden ist, 2. sie Leistungen nach Absatz 1 bis 7, 16 bis 16b beziehen, 3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person gemeinschaftlich beauftragt ist, ... und 4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem jeweiligen Rahmenvertrag ... entsprechen.	Gefährdungen, 2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie 3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung. Die häusliche Pflegehilfe muss ... anerkannt. Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen. (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 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. (3) Bestehen die Voraussetzungen (4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet, a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich, b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung ... Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen ... die Zahlung eingestellt. Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. (5) Nimmt die versicherte Person ... daneben ein anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die versicherte Person ... erhalten hat. (6) Ist eine Pflegeperson ... gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung bei der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. (7) Versicherte Personen ...zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) gilt entsprechend. ... (7a) Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PV, wenn 1. sie mit mindestens zwei ... leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind, 2. sie Leistungen nach Absatz 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen; pflegebedürftige Personen in Pflegegrad 1 müssen diese Voraussetzungen nicht erfüllen, 3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, ... und 4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag ... entsprechen. Leistungen nach Absatz 8 können zusätzlich zu diesem

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	(7b) Versicherte Personen der Pflegestufen I bis III sowie versicherte Personen, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 4 Abs. 16 erfüllen, haben ab 1. Januar 2013 einen Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für häusliche Betreuung nach Nr. 1 und / oder Nr. 15 des Tarifs PV. Erstattungsfähig sind pflegerische Betreuungsmaßnahmen zur Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld der versicherten Person oder ihrer Familie, insbesondere die Unterstützung a) von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen sowie b) bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag- /Nacht-Rhythmus. Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder versicherten Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie in Anspruch genommen werden. Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. B. Teilstationäre Pflege (8) Versicherte Personen haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, ... Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ... (9) Versicherte Personen können Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen ... C. Kurzzeitpflege (10) Kann häusliche Pflege ..., besteht gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen erbracht. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr und zusammen mit dem Anspruch auf erweiterte Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 6 des Tarifs PV auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (11) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige ..., wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Die vorübergehende ... dieser Aufenthalte. (12) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege gemäß Nr. 7.1 des Tarifs PV, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif PV nach den Tarifstufen PVN und PVB für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages. E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder ab 1. Januar 2013 mehrere pflegebedürftige Personen ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen,	Zuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn sich aus den Feststellungen nach § 6 ergibt, dass die Pflege in einer ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) (8) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, ... Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ... (9) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen ... C. Kurzzeitpflege (10) Kann häusliche Pflege ..., besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen erbracht. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (11) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie sonstige ..., wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Die vorübergehende ... dieser Aufenthalte. Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen gemäß Nr. 7.5 des Tarifs PV. (12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4 des Tarifs PV. 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

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die versicherte Person oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen des Versicherers glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in dem durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder dem vom medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellten und erforderlichen zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Erholungsurlaub der ... Pflgetätigkeit insgesamt. Ferner meldet ... zuständigen Unfallversicherungsträger. F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (14) Für Pflegepersonen, die ..., zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9.1 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Erfolgt die Freistellung wegen der Betreuung eines minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (§ 3 Abs. 5 Pflegezeitgesetz – siehe Anhang) oder zur Begleitung eines im Sinne von § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) erkrankten nahen Angehörigen, so werden ausschließlich Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt. (14a) Für ... § 45 Abs. 4 SGB VII (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz der versicherten Person ... des Tarifs PV. ... G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflgetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung ... des Tarifs PV. H. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allg. Betreuungsbedarf, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, also 1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der das Ausmaß der Pflegestufe I nicht erreicht und die zusätzlich mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen belastet sind, haben neben den Leistungen der häuslichen Pflege (Abs. 1), teilstationärer Pflege (Abs. 8) und Kurzzeitpflege (Abs. 10) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen gemäß Nr. 11.1 des Tarifs PV, sofern der vom Versicherer beauftragte Arzt oder der medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben. Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für Leistungen nach der Nr. 11.1 a) bis d) des Tarifs PV Mittel der Ersatzpflege (Abs. 6) eingesetzt werden. Versicherte Personen, die pflegebedürftig sind, bei denen aber	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 Pflgetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflgetätigkeit 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... Pflgetätigkeit insgesamt. Ferner meldet ... zuständigen Unfallversicherungsträger. Für Pflegepersonen, die 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 die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (14) Für Pflegepersonen, die ..., zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9.1 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung. (14a) Für ... § 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 ... des Tarifs PV. ... G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflgetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese dienen dem Ziel, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person auch in der häuslichen Umgebung ... des Tarifs PV. H. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag (16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags gemäß Nr. 11 des Tarifs PV. Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für Leistungen nach der Nr. 11 a) bis d) des Tarifs PV Mittel der Ersatzpflege (Absatz 6) eingesetzt werden.

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	kein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben ebenfalls einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, allerdings nur in Höhe des Grundbetrages nach Nr. 11.1 des Tarifs PV. (16a) Versicherte Personen, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des Absatz 16 erfüllen, haben neben den Leistungen nach Absatz 16 ab dem 1. Januar 2013 Anspruch auf Leistungen nach Nr. 15 des Tarifs PV. (16b) Soweit anspruchsberechtigte Versicherte in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach Nr. 1 und 15 des Tarifs PV bezogen haben, können sie die Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 16 Satz 1 zusätzlich zu den in Nr. 11.1 des Tarifs PV genannten Beträgen in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch des Versicherten auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der nach Absatz 16 Satz 1 für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 vom Hundert des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstleistungsbetrages für Leistungen der häuslichen Pflege betragen. Die versicherte Person muss die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen. Die Aufwendungen, die der versicherten Person im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 16 Satz 1 entstehen, werden erstattet. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und häuslichen Betreuung sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 5 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der der versicherten Person nach Nr. 1, Nr. 15.1 b), 15.2 b) und 15.3 b) des Tarifs PV zustehenden Leistungen. Bezieht die versicherte Person die Leistung nach Satz 1, hat sie die Pflicht, die Beratungsleistungen des Absatz 4 in Anspruch zu nehmen. Absatz 4 Satz 4 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung auch in Bezug auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt. (16c) Versicherte Personen in stationärer Pflege (Absätze 8, 10 und 11) haben neben den dortigen Leistungen Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PV. (17) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend: a) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglaufen-denz); b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen; c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen d) tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verknennung der Situation; e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten; f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen; g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung; h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben; i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus; j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren; k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen; l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten; m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression. Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der vom Versicherer beauftragte Arzt oder der Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung bei dem	(17) Soweit Versicherte mit mindestens Pflegegrad 2 in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach Nr. 1 des Tarifs PV bezogen haben, können sie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch des Versicherten auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrages für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe betragen. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 5 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme derjenigen Leistungen, die der versicherten Person bei häuslicher Pflege nach Nr. 1 des Tarifs PV zustehen. Bezieht die versicherte Person die Leistung nach Satz 1, so gilt die Beratungspflicht nach Absatz 4 entsprechend. Wenn die versicherte Person die Beratung nicht abrufen, gilt Absatz 4 Satz 4 mit der Maßgabe, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt.

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. I. Pflegeberatung (18) Versicherte Personen ... ausgerichtet sind. Der Anspruch umfasst insbesondere a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen nach § 6 Abs. 2, ... d) die Überwachung der ... veränderte Bedarfslage sowie e) bei besonders komplexen ... des Hilfeprozesses. ... Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder ... Die Pflegeberatung kann ... dort, wo die Pflege durchgeführt wird oder telefonisch ... Frist. ... § 5 Einschränkung der Leistungspflicht ... (2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner: a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld ... § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB (XII) – siehe Anhang) anzuwenden ist ... weiter gezahlt; b) während der Durchführung ... Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V - siehe Anhang) ... § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB (XII) - siehe Anhang) anzuwenden ist, ... weiter gezahlt; ... § 6 Auszahlung der Versicherungsleistung ... (2) Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung ... bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei ... anerkennt. Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 4, der gesonderten Rehabilitationsempfehlung nach Satz 2 und einer auf die Rehabilitationsempfehlung bezogenen ... Versicherers. (2a) Erfolgt die Leistungsmittelung durch den Versicherer nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der in Satz 4 genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, ... oder wenn sich die versicherte Person in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Der Antrag gilt ... eingegangen sind. Befindet sich die versicherte Person ... nach Eingang des Antrags	I. Pflegeberatung (18) Versicherte Personen ... ausgerichtet sind. Der Anspruch umfasst insbesondere a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 Abs. 2 sowie, wenn die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4, ... d) die Überwachung der ... eine veränderte Bedarfslage, e) bei besonders komplexen ... des Hilfeprozesses sowie f) die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen. ... Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder ... Die Pflegeberatung kann ... dort, wo die Pflege durchgeführt wird, oder telefonisch ... Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. ... § 5 Einschränkung der Leistungspflicht ... (2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner: a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 haben. Pflegegeld ... § 63b Abs. 6 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zehntes Buch (XII) – (siehe Anhang) anzuwenden ist, ... weiter gezahlt; b) während der Durchführung ... Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) ... § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, ... weiter gezahlt; ... § 6 Auszahlung der Versicherungsleistung ... (2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt 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 Antrag auf Leistungsgewährung, 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 ... bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchungen, Feststellungen und Ermittlungen trägt der Versicherer, es sei ...anerkennt. Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Ergebnisse nach den Sätzen 1 und 24, der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach Satz 5 und einer auf die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung bezogenen ... Versicherers. (2a) Erfolgt die Leistungsmittelung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Satz 4-5 genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, ... 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 ...eingegangen sind Befindet sich die versicherte Person ... nach Eingang des Antrags

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	(§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI); befindet sich die versicherte Person ... angekündigt (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI), so beträgt die Begutachtungsfrist ... Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI); wird die versicherte Person häuslich ohne Palliativversorgung, gepflegt ... nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI). Bei versicherten Personen nach Satz 4 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherte innerhalb einer Woche (Satz 4 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 4 Halbsatz 3) nach Antragseingang ... getroffen hat. (3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet ... der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre. ... Pflichten des Versicherungsnehmers § 8 Beitragszahlung ... (3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern ... c) bis zur Vollendung ... nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst ... im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes, ... (5) Für versicherte Personen, ... auf 50 v.H. des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt. ... § 8b Beitragsänderungen (1) Im Rahmen der vertraglichen ... als 5 v.H., so werden die Beiträge überprüft ... angepasst. Ändert sich ... Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 10), ist der Versicherte berechtigt, ... verpflichtet. ... § 9 Obliegenheiten (1) Eintritt, Wegfall ... unverzüglich schriftlich anzuzeigen. (4) Der Versicherungsnehmer ... unverzüglich schriftlich anzuzeigen. (5) Der Abschluss ..., ist der Versicherer unverzüglich schriftlich zu unterrichten. ... Ende der Versicherung § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer (1) Endet die ... Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – Anhang) ... genügenden (3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses ... nach Maßgabe von § 13a Abs. 6 Kalkulationsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt. ... § 14 Kündigung durch den Versicherer ... (2) In den Fällen ... (§ 13 Absatz 6) kündigen. ... Sonstige Bestimmungen § 16 Willenserklärungen und Anzeigen Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist. ...	(§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI – siehe Anhang); befindet sich die versicherte Person ... 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 ... Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI – siehe Anhang); wird die versicherte Person häuslich ohne Palliativversorgung, gepflegt ... nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI – siehe Anhang). Bei versicherten Personen nach Satz 4-5 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherte innerhalb einer Woche (Satz 4-5 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 4-5 Halbsatz 3) nach Antragseingang ... getroffen hat. (3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen befristet ... der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bewilligter Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre. ... Pflichten des Versicherungsnehmers § 8 Beitragszahlung ... (3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern ... c) bis zur Vollendung ... nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst ... im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang). ... (5) Für versicherte Personen, ... auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt. ... § 8b Beitragsänderungen (1) Im Rahmen der vertraglichen ... als 5 Prozent, so werden die Beiträge überprüft ... angepasst Ändert sich ... Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 12), ist der Versicherte berechtigt, ... verpflichtet. ... § 9 Obliegenheiten (1) Eintritt, Wegfall ... unverzüglich in Textform anzuzeigen. (4) Der Versicherungsnehmer ... unverzüglich in Textform anzuzeigen. (5) Der Abschluss ..., ist der Versicherer unverzüglich in Textform zu unterrichten. ... Ende der Versicherung § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer (1) Endet die ... Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) ... genügenden (3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses ... nach Maßgabe von § 14 Abs. 6 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (siehe Anhang). ... § 14 Kündigung durch den Versicherer ... (2) In den Fällen ... (§ 13 Abs. 6) kündigen. ... Sonstige Bestimmungen § 16 Willenserklärungen und Anzeigen Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform. ...
II. Zusatzvereinbarungen	Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) ... Für Versicherungsverträge, ..., gilt folgendes: In Abweichung von 1. § 3 MB/PPV 2015 entfällt die Wartezeit;	Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) ... Für Versicherungsverträge, ..., gilt Folgendes: In Abweichung von 1. § 3 MB/PPV 2017 entfällt die Wartezeit;

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2015 besteht Anspruch ... 3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2015 a) wird ... auf 150 v.H., bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 v.H. des jeweiligen ... 4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2015 erfolgt keine Erhöhung Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang) Für Versicherungsverträge, ..., gilt folgendes: In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2015 ... b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, ... des Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) – (SGB II) oder ... vermindert ist. c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt,	2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2017 besteht Anspruch ... 3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2017 a) wird ... auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen ... 4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2017 erfolgt keine Erhöhung Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang) Für Versicherungsverträge, ..., gilt Folgendes: In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2017 ... b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, ... des Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) oder ... vermindert ist. c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt,
III. Tarifbedingungen Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB	Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2015) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung. ... Leistungen der Versicherer Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch ... Die Tarifleistungen betragen 100 v.H. der nach den Nummern 1-15 vorgesehenen Beträge. Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch Die Tarifleistungen betragen gem. § 23 Abs.3 Satz 2 SGB iVm§ 46 Abs. 2 und 3 BBhV (siehe Anhang) für 1. Beihilfeberechtigte 50 v.H. 2. Personen ... Kindern 30 v.H. 3. Empfängerinnen ... denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV ein Beihilfebemessungssatz von 70 v.H. zusteht, 30 v.H. 4. bei der Beihilfe ... Witwer 30 v.H. 5. bei der Beihilfe ... Waisen 20 v.H. der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-15 vorgesehenen Beträge. ... 1. Häusliche Pflege Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung werden je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 468 Euro b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro erstattet. In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendungssatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.995 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Erstattungsfähig sind ... höchstens 80 v.H. der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet. ... 2. Pflegegeld 2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 244 Euro, b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 458 Euro,	Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2017) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung. ... Leistungen der Versicherer Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch ... Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1-14 vorgesehenen Beträge. Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch 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 ... Kindern 30 Prozent, 3. Empfängerinnen ... denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, 30 Prozent, 4. bei der Beihilfe ... Witwer 30 Prozent, 5. bei der Beihilfe ... Waisen 20 Prozent, der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-14 vorgesehenen Beträge. ... 1. Häusliche Pflege Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 689 Euro, b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 Euro, c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 Euro, d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 Euro erstattet. Erstattungsfähig sind ... höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge 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,

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 728 Euro. ... 2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 22 Euro, in Pflegestufe III bis zu 32 Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 22 Euro erstattet. ... 3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bei einer Ersatzpflege ... des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß 2.1 des Tarifs PV begrenzt. ... Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 bereits der Erhöhungsbeitrag in Anspruch genommen, 4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen Der Versicherer ... wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig ... wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 2. Halbsatz erfüllt sind 4.1 Technische Pflegehilfsmittel Soweit Leihe nicht möglich ist, ... zu 100 v.H. erstattet. Dabei ..., eine Selbstbeteiligung von 10 v.H. der Aufwendungen, 5. Teilstationäre Pflege ... 5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 468 Euro, 5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro, 5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.612 erstattet. Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages ... versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen ... erstattungsfähig. ... Erstattungsfähig sind ... höchstens 80 v.H. ... erstattet. ... 6. Kurzzeitpflege Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im ... werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ... ersetzt. ... Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt ... Entgelt auf 60 v.H. gekürzt. Der Leistungsbetrag ... wurde. In diesem Fall wird der Anspruch abweichend von Satz 2 auf längstens 8 Wochen pro Kalenderjahr ausgedehnt. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages ... Leistungen nach Nr. 3 bereits der Erhöhungsbeitrag in Anspruch genommen, ... 7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen 7.1 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.064 Euro je Kalendermonat, b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.330 Euro je Kalendermonat, c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.612 Euro je Kalendermonat d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 2 anerkannt sind, in Höhe von 2.005 Euro je Kalendermonat	c) 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4, d) 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5. ... 2.2 Für die Beratung werden in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet. ... 3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege) Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet. Bei einer Ersatzpflege ... des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. ... Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, 4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen Der Versicherer ... wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig ... wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind 4.1 Technische Pflegehilfsmittel Soweit Leihe nicht möglich ist, ... zu 100 Prozent erstattet. Dabei ..., eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent der Aufwendungen, 5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) ... 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. Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages ... versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege sowie die Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen ... erstattungsfähig. ... Erstattungsfähig sind ... höchstens 80 Prozent ... erstattet. ... 6. Kurzzeitpflege Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im ... werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ... ersetzt. ... Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt ... Entgelt auf 60 Prozent gekürzt. Der Leistungsbetrag ... wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages ... Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, 7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen 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

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v.H. des Gesamtbetrages aus Pflegegesetz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang). Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. ... 7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen ... (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v.H. des nach § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, ... häuslichen Pflege. ... 7.3 Erstattungsfähig ... ein Betrag von 1.597 Euro. ... 8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen Die Zahlung... Bezugsgröße, der Pflegestufe und dem ... Pflegefähigkeit. ... 9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung 9.1 Die Zahlung der Zuschüsse ... nicht übersteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 150, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt. In Tarfstufe PVB 9.2 Die Höhe ... gezahlt ... 9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer ... 1989 (siehe Anlage). 11. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen 11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen der Betreuung und Entlastung im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen ... c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung und nicht um Leistungen der Grundpflege handelt, oder d) der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach § 45c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind, werden bis zu 104 Euro (Grundbetrag) oder 125 Euro (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des vom Versicherer beauftragten Arztes oder des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 4) festgelegt. Werden die Beträge ... übertragen werden. ... 11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Abs. 16c richten sich nach § 87b SGB XI (siehe Anhang). In Tarfstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. ... 13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten	erstattet. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. ... 7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in vollstationären Einrichtungen ... (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2) die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, ... häuslichen Pflege. ... 7.3 Erstattungsfähig ... ein Betrag von 2.952 Euro. ... 7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge. In Tarfstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 7.5 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125 Euro je Kalendermonat erstattet. In Tarfstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt 8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen Die Zahlung... Bezugsgröße, dem Pflegegrad und dem ... Pflegefähigkeit. Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) – Drittes Buch (III) – (siehe Anhang). ... 9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung 9.1 Die Zahlung der Zuschüsse ... nicht übersteigen. In Tarfstufe PVB 9.2 Die Höhe ... gezahlt. ... 9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer ... 1989 (siehe Anhang). 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 ... 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) werden bis zu 125 Euro monatlich erstattet. Werden die Beträge ... übertragen werden. ... 13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
	Wohngruppen Der monatliche pauschale Zuschlag ... beträgt 205 Euro. ... 14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen ... 15. Weitere Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz 15.1 Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe besteht Anspruch auf a) Pflegegeld nach Nr. 2.1 Tarif PV in Höhe von 123 Euro oder b) Häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PV in Höhe von bis zu 231 Euro oder c) Kombinationsleistungen aus den Nr. 2.1 und Nr. 1 Tarif PV (§4 Abs. 5) oder d) Teilstationäre Pflege nach Nr. 5 des Tarifs PV in Höhe von bis zu 231 Euro je Kalendermonat, sowie Anspruch auf Leistungen nach Nr. 3, 4, 5, 6, 13 und 14 Tarif PV (§4 Abs. 6, 7, 7a, 8, 10 und 19). In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 15.2 Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe I erhöht sich je Kalendermonat a) das Pflegegeld nach Nr. 2.1 um 72 Euro auf 316 Euro b) die häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PV und die teilstationäre Pflege nach Nr. 5 Tarif PV um 221 Euro auf bis zu 689 Euro. In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 15.3 Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe II erhöht sich je Kalendermonat a) das Pflegegeld nach Nr. 2.1 um 87 Euro auf 545 Euro b) die häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PV und die teilstationäre Pflege nach Nr. 5 Tarif PV um 154 Euro auf bis zu 1.298 Euro. In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.	Wohngruppen Der monatliche pauschale Zuschlag ... beträgt 214 Euro. ... 14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen ...
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)		§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade (1) Die Feststellung des Versicherungsfalles und die weiteren Leistungsvoraussetzungen richten sich nach den Versicherungsbedingungen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung gelten. (2) Versicherte Personen bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe (Pflegebedürftigkeit) oder eine erhebliche eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 festgestellt wurde und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung vorliegen, werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Absatz 3 und 4 einem Pflegegrad zugeordnet. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2017) die Zuordnung schriftlich mit. (3) Versicherte Personen, bei denen eine Pflegestufe nach § 1 Abs. 6 MB/PPV 2015, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 1 MB/PPV 2015 festgestellt wurde, werden übergeleitet a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2, b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3, c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen als Härtefall (Tarif 7.1 Satz 2 MB/PPV 2015) festgestellt wurden. (4) Versicherte Personen, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 1 MB/PPV 2015 festgestellt wurde, werden übergeleitet

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
		a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe in den Pflegegrad 2, b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I in den Pflegegrad 3, c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II in den Pflegegrad 4, d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III, auch soweit die Voraussetzungen für Leistungen als Härtefall (Tarif 7.1 Satz 2 MB/PPV 2015) festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5. (5) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 3 oder 4 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach § 1 Abs. 4 MB/PPV 2017 erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit nach den MB/PPV 2017 mehr vorliegt. Dies gilt auch bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer oder zu einer Pflegekasse, wenn das neue Versicherungsverhältnis bzw. die Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. (6) Stellt eine versicherte Person, bei der das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach den MB/PPV 2015 festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen Höherstufungsantrag und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November bis 31. Dezember 2016 bereits nach den MB/PPV 2017. § 2 Besitzstandsschutz (1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zu-stehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Abs. 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Abs. 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchshilfsmittel (§ 4 Abs. 7 MB/PPV 2015), für teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16, 16a MB/PPV 2015). Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 i.V.m. Nr. 11.1 Tarif PV 2015 richtet sich der Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der vollstationären Pflege (§ 4 Abs. 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt. (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 2017 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 2017. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2017 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 2017) schriftlich mitteilen und erläutern. § 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege (1) Ist bei versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, so zahlt der Versicherer einen Zuschlag in Höhe der Differenz. In der Vergleichsberechnung

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
		nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend gekürzt. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. <u>(2) Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 MB/PPV 2015 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Leistungen der vollstationären Pflege nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2017 in derselben Einrichtung in Anspruch nehmen, ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege zu zahlende Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherte Person im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätte.</u> <u>(3) Wechseln versicherte Personen zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 das Pflegeheim, so ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Absatz 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.</u> § 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung (1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege renten-versicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang), wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben. (2) In den Fällen des § 1 Abs. 6 richtet sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 SGB VI in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang). Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad. (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 2017 vorliegt oder 2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2017 ist. Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang) eintritt. § 5 Begutachtungsverfahren Bei versicherten Personen, welche von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 Wiederholungsbegutachtungen nur durchgeführt, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist. Die Frist nach § 6 Abs. 2a Satz 1, Halbsatz 1 MB/PPV 2017 ist vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 nur dann zu beachten, wenn ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt. <u>§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV</u> Soweit versicherte Personen im Zeitraum vom 1. Januar 2015

PPV Tarife PVN, PVB	Bisherige Fassung	Neue Fassung (Die Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben)
		<u>bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 erfüllen, können sie die Leistungsbeträge, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2017 zum Bezug von Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017 einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für solche Leistungen nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 genutzt werden, die von den versicherten Personen in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 in Anspruch genommen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2017 zu beantragen.</u>
Zusatzbedingungen für Beamtenanwärter zur Privaten Pflegepflichtversicherung – Tarifstufe PVB für Beamtenanwärter	... Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV ...) werden wie folgt ergänzt: ... 2. Die Zusatzbedingungen entfallen mit Ablauf des Monats, ... c) in dem das 34. Lebensjahr vollendet wird. ...	... Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV ...) werden wie folgt ergänzt: ... 2. Die Zusatzbedingungen entfallen mit Ablauf des Monats, ... c) in dem das 39. Lebensjahr vollendet wird. ...