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

Der Gesetzgeber hat das „Dritte Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“ (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) beschlossen. Mit diesem sollen die pflegerischen Strukturen auf kommunaler Ebene gestärkt und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Recht der Hilfe zur Pflege übertragen werden. Durch das neue Gesetz ergeben sich für Ihren Versicherungsschutz Änderungen, über die wir Sie gerne informieren.

Die Änderungen betreffen im Wesentlichen:

- Änderungen bei vollstationärer Pflege,
- Redaktionelle Änderungen (Streichung des Vorbehaltes zum Inkrafttreten des Dritten Pflegestärkungsgesetzes in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Aktualisierung der Gesetzesverweise) sowie Klarstellungen.

Die AVB-Änderungen werden zum 01.01.2018 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 2017)	**I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2017)**
…	…
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	**§ 4 Umfang der Leistungspflicht**
A. Leistungen bei häuslicher Pflege	A. Leistungen bei häuslicher Pflege
…	…
(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,	(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,
…	…
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[1], sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen … die Zahlung eingestellt.	eine Beratung … Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen … die Zahlung eingestellt.
…	…
(7a) Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PV, wenn	(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,	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[2],	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	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.	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.
…	…

Bisherige Fassung	Neue Fassung
D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	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 Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Erstattungsfähig ist …	(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 Auf-wendungen für Betreuung sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Erstattungsfähig ist …
…	…
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	**§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht**
…	…
(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:	(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[3] Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang) anzuwenden ist, … weiter gezahlt;	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) - Zwölftes Buch (XII) – (siehe Anhang) anzuwenden ist, … weiter gezahlt;
b) während der Durchführung … Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V …und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, … weiter gezahlt;	b) während der Durchführung … Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V … und bei denen § 63b Abs. 4 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, … weiter gezahlt;
…	…
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung	**§ 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 … Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.	(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 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 … 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.
…	…
Ende der Versicherung	**Ende der Versicherung**
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	**§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer**
(1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.	(1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.
…	…
§ 19 Beitragsrückerstattung	**§ 19 Beitragsrückerstattung**
Die aus dem Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.	Die aus dem „Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung“ der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.

[1] [2] [3] Die Änderungen (unterstrichen) erfolgen unter dem Vorbehalt, dass die

Bisherige Fassung	Neue Fassung
entsprechenden Vorschriften des Dritten Pflegestärkungsgesetzes in der Fassung des Gesetzesentwurfes vom 12.08.2016 in Kraft treten.	
III. Tarifbedingungen - Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB …	**III. Tarifbedingungen - Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB** …
7.Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	**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 …	7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal …
erstattet.	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. …	Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. …
7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 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. …	7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz **3** Halbsatz 2) die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, … häuslichen Pflege. …
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.	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. Nr. 5 Satz 4 gilt entsprechend.
In Tarifstufe PVB wird … gekürzt. …	In Tarifstufe PVB wird … 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 …	Zweckgebundene Aufwendungen für …
werden bis zu 125 Euro monatlich erstattet. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.	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.
In Tarifstufe PVB wird … gekürzt. …	In Tarifstufe PVB wird … gekürzt. …
IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen) …	**IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)** …
§ 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 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.	**§ 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 monatlichen Zuschlag in Höhe der Differenz. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2017 i.V.m. Nr. 7 des Tarifs PV 2017 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend gekürzt. Der monatliche Zuschlagsbetrag sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe wird dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2017) schriftlich mitgeteilt. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
(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 ein-richtungseinheitlichen Eigenanteil und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherte Person im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätte[4].	(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 monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherte Person im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätte. Absatz 1 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.
(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	(3) Wechseln versicherte Personen im Sinne der Absätze 1 und 2 zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat

Bisherige Fassung	Neue Fassung
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[5].	Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten versicherte Personen mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 1 ermittelten monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 1 Satz 2 bis **6** gilt entsprechend**.**
	(4) Erhöht sich für versicherte Personen im Sinne der Absätze 1 bis 3 der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 1 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für versicherte Personen, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 2 gewesen wäre.
	(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Tarif Nr. 7.1 Satz 3 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
…	…
§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV	**§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV** 2017
Soweit versicherte Personen im Zeitraum vom 1. Januar 2015 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[6].	Soweit versicherte Personen im Zeitraum vom 1. Januar 2015 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 2018 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 2018 zu beantragen**.**
[4] [5] [6] Die Änderungen (unterstrichen) erfolgen unter dem Vorbehalt, dass die entsprechenden Vorschriften des Dritten Pflegestärkungsgesetzes in der Fassung des Gesetzesentwurfes vom 12.08.2016 in Kraft treten.	