

## **Kundeninformation**

**Wichtige Unterlagen zu Ihrer  
Gothaer Krankenversicherung**

## Aktualisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

Nachfolgend informieren wir Sie über die **Aktualisierung** der

- **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung,**
- **Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten,**
- **Besonderen Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung,**
- **Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung**

zum **1. Januar 2024**.

Grundlagen für die Änderungen sind das

- Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG),
- Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts,
- Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts.

Darüber hinaus ist das **Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung** zum **1. Januar 2024** aktualisiert worden.

Außerdem waren redaktionelle Änderungen erforderlich.

**Bitte beachten Sie**, dass nur die Textabschnitte aufgeführt sind, bei denen sich Änderungen ergeben haben. Texte, die entfallen, sind durchgestrichen. Neue Texte sind unterstrichen.

## Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Gilt für Tarif **PVN, PVB**.

### **I. Bedingungsteil MB/PPV ~~2023~~ 2024**

#### **Der Versicherungsschutz**

##### **§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**

12. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV ~~2023~~, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.

##### **§ 4 Umfang der Leistungspflicht**

###### **A. Leistungen bei häuslicher Pflege**

6. Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung bei der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

6a. Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege einer versicherten Person der Pflegegrade 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gehindert, erstattet der Versicherer abweichend von Absatz 6 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV. Abweichend von Absatz 6 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von Absatz 2 Satz 3 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt. Dies gilt entsprechend für ein vor Beginn der Ersatzpflege bezogenes anteiliges Pflegegeld nach Absatz 5.

Dieser Absatz gilt bis zum 30. Juni 2025.

7. Versicherte Personen haben gemäß (...)

### C. Kurzzeitpflege

10. Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. ~~Der Anspruch besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich ist.~~ Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

- a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder
- b) in sonstigen Krisensituationen oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

### F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

14a. Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz, die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletzengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) - Siebtes Buch (VII) - beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu ~~insgesamt~~ zehn Arbeitstage je Kalenderjahr nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.

14b. Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.

#### J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

19. (...) Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das ~~Bundesversicherungsamt~~ Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.

#### K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

(...)

#### L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

23. Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V, nach § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung der versicherten Person nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V besteht.
24. Der Anspruch nach Absatz 23 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.
25. Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach den Absätzen 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PV.

#### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht:
- a) (...)
- b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegedürftigkeit ~~unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,~~ aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.
2. Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:
- (...)
- 2a. Abweichend von Absatz 2 Satz 2 1. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 4 Abs. 23 S. 1 versorgt wird; Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 2. Halbsatz bleibt unberührt und Absatz 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.
3. Übersteigt eine Pflegemaßnahme (...)

**§ 6  
Auszahlung der  
Versicherungsleistung**

2. Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur ~~Beseitigung~~ Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhütung ~~Verhinderung~~ einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. (...) Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort der versicherten Person, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt. Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzt oder ersetzt werden.

Die Kosten der genannten Untersuchungen, Feststellungen und Ermittlungen (...)

- 2a. Erfolgt die Leistungsmittelteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Satz 5 Absatz 2b oder 2c genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den der Versicherer nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Sätze 1 und 2 finden vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 Abs. 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung des Versicherers nach Absatz 2b oder Absatz 2c unberührt. Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder des Gutachters des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind. Wird die versicherte Person von dem Versicherer aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, so sind die Fristen nach Satz 1 und Absatz 2b und 2c so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei dem Versicherer eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem die versicherte Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

Befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI); befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI), so beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags, dieselbe Frist gilt bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI); wird die versicherte Person häuslich ohne Palliativversorgung gepflegt und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt oder wurde mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson Familienpflegezeit vereinbart, so beträgt die Begutachtungsfrist zwei Wochen nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI). Bei versicherten Personen nach Satz 5 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche (Satz 5 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 5 Halbsatz 3) nach Antragsingang aufgrund einer Vorabstufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.

- 2b. Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen, wenn sich die versicherte Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und
1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
  2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
  3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart wurde.
- Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 gilt auch dann, wenn die versicherte Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.
- 2c. Befindet sich die versicherte Person in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart, so ist eine Begutachtung der versicherten Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen.
- 2d. In den Fällen der Absätze 2b und 2c muss die Feststellung nach Absatz 2 nur beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 2 ff. vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung der versicherten Person ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt die versicherte Person unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.
3. Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach (...)

## II. Zusatzvereinbarungen

### Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI

Für Versicherungsverträge (...)

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV ~~2023~~ 2024 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Abs. 3 MB/PPV ~~2023~~ 2024 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von (...)
3. § 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2023~~ 2024
  - a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung auf (...)
  - b) (...)
4. § 8a Abs. 2 MB/PPV ~~2023~~ 2024 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten (...)

## Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG

Für Versicherungsverträge (...)

In Abweichung von

§ 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2023~~ 2024

(...)

## Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Abs. 1 SGB V genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Abs. 4a SGB XI bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI Folgendes:

Der zu zahlende Beitrag wird auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V vermindert.

### III. Tarifbedingungen

#### Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV ~~2023~~ 2024) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

#### Leistungen des Versicherers

##### 1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu ~~724~~ 761 Euro,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu ~~1.363~~ 1.432 Euro,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu ~~1.693~~ 1.778 Euro,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu ~~2.095~~ 2.200 Euro

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 90 SGB XI erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

## 2. Pflegegeld

- 2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat
- a) ~~316~~ 332 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
  - b) ~~545~~ 573 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
  - c) ~~728~~ 765 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
  - d) ~~904~~ 947 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

## 3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr erstattet.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen des Versicherers den Betrag des Pflegegeldes nach Nr. 2.1 des Tarifs PV für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Satz 1 abweichend von Satz 9, 10 sowie Satz 8 und Satz 4 in Verbindung mit Satz 9, 10 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 i. V. m. Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV angerechnet.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806 Euro auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d. h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

**7.  
Vollstationäre Pflege und  
Pauschalleistungen für die  
Pflege von Menschen mit  
Behinderungen**

- 7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,
- a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~6~~ 15 Prozent,
  - b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~25~~ 30 Prozent,
  - c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~45~~ 50 Prozent,
  - d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~70~~ 75 Prozent,

ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.

In Tarfstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

**15.  
Digitale Pflegeanwendungen  
und ergänzende  
Unterstützungsleistungen  
ambulanter Pflegeeinrichtungen**

Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen zusammen bis zu insgesamt 50 Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI und § 89 Abs. 1 SGB XI vereinbarten Betrages.

Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen ~~oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Abs. 1 Satz 1 SGB XI übersteigen~~, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.

In Tarfstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

**16.  
Pflegerische Versorgung bei  
Inanspruchnahme von  
Vorsorge- oder  
Rehabilitationsmaßnahmen  
durch die Pflegeperson**

Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimtentgelts nach § 42a Abs. 5 Satz 2, 3, 4 SGB XI und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimtentgelts.

Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Abs. 23 und 24 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

In Tarfstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

#### IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)

##### § 2 Besitzstandsschutz

2. Versicherte Personen,
  1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i. V. m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und
  2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV ~~2023~~ 2024 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV ~~2023~~ 2024. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV ~~2023~~ 2024 i. V. m. Nr. 11 des Tarifs PV ~~2023~~ 2024 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV ~~2023~~ 2024) schriftlich mitteilen und erläutern.

##### § 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

5. Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Tarif Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PV in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

##### § 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

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 ~~2023~~ 2024 vorliegt oder
  2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV ~~2023~~ 2024 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 führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI eintritt.

**Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung**  
 Stand: 1. Januar ~~2023~~ 2024

|  |   | HMV-Nummer                |
|--|---|---------------------------|
| <b>1.</b>  | (...)   |                           |
| <b>Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege</b>                |   |                           |
|  | <b>Hilfsmittel*:</b>  |                           |
|  | (...)   |                           |
|  | <b>1.11 Umsetz- und Hebehilfen</b>  |                           |
|  | - Drehscheiben  | 22.29.01.0001-0999        |
|  | - Positionswechselhilfen  | 22.29.01.1000-1999        |
|  | - Umlager- / Wendehilfen  | 22.29.01.2000-2999        |
|  | - Rutschbretter   | 22.29.01.3000-3999        |
|  | - <u>Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett</u>                                    | <u>22.29.01.7000-7999</u> |
|  | (...)   |                           |
| <b>3.</b>  | (...)   |                           |
| <b>Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität</b> |   |                           |
|  | <b>Hilfsmittel*:</b>  |                           |
|  | (...)   |                           |
|  | <b>3.6 Gehhilfen</b>  |                           |
|  | - Gehgestelle   | 10.46.01.0001-0999        |
|  | - Reziproke Gehgestelle   | 10.46.01.1000-1999        |
|  | - Gehgestelle mit zwei Rollen   | 10.46.01.2000-2999        |
|  | - <u>Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)</u>   | <u>10.46.01.3000-3999</u> |
|  | - Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)  | 10.50.04.0001-0999        |
|  | - Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)  | 10.50.04.1000-1999        |
|  | - Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit                                   | 10.50.04.2000-2999        |
| <b>5.</b>  | (...)   |                           |
| <b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel</b>                     |   |                           |
|  | <b>5.2 Schutzbekleidung</b>   |                           |
|  | - Fingerlinge   | 54.99.01.0001-0999        |
|  | - Einmalhandschuhe  | 54.99.01.1000-1999        |
|  | - <del>Mundschutz</del> Medizinische Gesichtsmaske  | 54.99.01.2000-2999        |
|  | - Schutzschürzen  | 54.99.01.3000-3999        |
|  | - <del>Einmalätzchen</del> Schutzservietten zum Einmalgebrauch                                    | 54.99.01.4000-4999        |
|  | - <u>Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)</u>                         | <u>54.99.01.5000-5999</u> |
|  | (...)   |                           |
|  | <b>Hilfsmittel*:</b>  |                           |
|  | (...)   |                           |
|  | <b>5.5 <del>Netzhosen</del> Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen</b>                               |                           |
|  | - <del>Netzhose</del> <u>Fixierhosen</u> Größe 1 / <del>Netzhose</del> <u>Fixierhosen</u> Größe 2 | 15.25.02.0001-1999        |
|  | (...)   |                           |

**Hilfsmittel\*:** Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

Anmerkung: In den nachfolgend genannten Zusatzvereinbarungen bzw. Besonderen Bedingungen ändert sich jeweils die Bezeichnung der Musterbedingungen "MB/PPV 2023" in "MB/PPV 2024". Textabschnitte, in denen sich ausschließlich diese Bezeichnung ändert, werden nicht aufgeführt.

## Änderung der Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten (Private Pflegepflichtversicherung)

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV ~~2023~~ 2024 und Tarif PV) gilt Folgendes:

2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis ~~45~~ 16 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV ~~2023~~ 2024 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.
4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2023~~ 2024, Nr. 3 b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI", ~~oder~~ der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG" oder der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

## Änderung der Besonderen Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung

3. **Beiträge**
  - 3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2023~~ 2024 bzw. Nr. 3 b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI", ~~oder~~ nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG" oder nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

## Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung

3. **Beiträge**
  - 3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung richtet sich der Beitrag der versicherten Person nach dem ursprünglichen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zuzüglich der vor Beginn der großen Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2023~~ 2024 bzw. Nr. 3b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI", ~~oder~~ nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG" oder den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.