

**Bitte nehmen Sie dies zu Ihren Versicherungsunterlagen**

## Änderungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Nicht alle Änderungen betreffen Ihren persönlichen Versicherungsschutz. Für Sie sind nur Änderungen in den Tarifen relevant, in denen Sie versichert sind. Soweit weitere Personen in Ihrem Vertrag mitversichert sind, gilt dies gleichermaßen.

Zum 1. Januar 2024 werden wir Änderungen bezüglich der Regelung beim Heilmittelverzeichnis (siehe 1.) sowie in der Pflege-Pflichtversicherung (siehe 2.) vornehmen. Die Änderungen erfolgen auf Grundlage des § 203 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Der unabhängige Treuhänder hat ihnen zugestimmt. Bitte beachten Sie, dass diese Regelungen somit laut Gesetz Vertragsbestandteil werden und bindend sind.

### 1. Änderungen in der Krankenversicherung

#### Heilmittelverzeichnis

Im Bereich Heilmittel verbessern wir den Versicherungsschutz und passen die Bedingungen an die veränderten Verhältnisse in der Heilmittelversorgung an. Dabei werden einige Höchstbeträge des Heilmittelverzeichnisses an das gestiegene Preisniveau angepasst. Ebenso ergänzen und aktualisieren wir einzelne Positionen des Heilmittelverzeichnisses. Wir orientieren uns dazu an den Änderungen der Beihilfe. Wir erhalten so den Wert des hochwertigen Versicherungsschutzes.

### 2. Änderungen in der Pflege-Pflichtversicherung

Mehrere Gesetzesänderungen haben sich auf die Vorschriften des SGB XI (Sozialgesetzbuch – Elftes Buch) ausgewirkt, so dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einheitlich für die Branche daran angepasst werden. Die Änderungen betreffen im Wesentlichen Leistungsausweitungen und Dynamisierungen der Leistungen, wie z.B. die Anhebung der ambulanten Leistungsbeträge um 5% (Sachleistungsbeträge, Pflegegeld), die Erhöhung des Leistungszuschlags zu den Eigenanteilen bei vollstationärer Pflege für Pflegegrad 2 bis 5 und ab Juli 2024 die Einführung eines neuen Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson. Darüber hinaus haben künftig Mitglieder von Solidargemeinschaften, für die sich der Beitrag zur Solidargemeinschaft aufgrund von (drohender) Hilfebedürftigkeit vermindert, den auf den hälftigen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzten Pflege-Pflichtversicherung-Beitrag zu zahlen. Außerdem haben wir redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Die Änderung des Pflege-/Hilfsmittelverzeichnisses der privaten Pflege-Pflichtversicherung erfolgt ebenso branchenweit einheitlich aufgrund Änderungen in der GKV.

**Bitte lesen Sie auch das auf der letzten Seite beigefügte Merkblatt aufmerksam und teilen uns Änderungen, die für die Beitragseinstufung maßgeblich sein könnten, unverzüglich mit.**

### 3. Redaktionelle Änderung

Da der Bundesgerichtshof einen Absatz in den Versicherungsbedingungen für unwirksam erklärt hat, wird dieser gestrichen.

### 4. Änderung der Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung Inland

Aufgrund gesetzlicher Änderungen sowie Empfehlungen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht ergeben sich Änderungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

**Nachtrag zum Versicherungsvertrag**

(Änderungen sind grau hinterlegt hervorgehoben)

**1. Änderungen in der Krankenversicherung**

**Heilmittelverzeichnis – Tarife AV, BT, CA, CAG(S) 1/4, CAN, CAZ, KS, MA, MAN, MAS, NK, NK.select S, NK.select L, NK.select XL, SV, ZV**

	<b>erstattungs- fähig bis zu €</b>
<b>Krankengymnastik/Bewegungsübungen</b>	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	19,00
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordneten Person	<del>63,30</del> 70,30
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minuten	<del>29,60</del> 30,90
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	44,10 48,90
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 45 Minuten	<del>55,00</del> 61,10
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer	<del>12,50</del> 13,80
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	<del>16,50</del> 17,30
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	<del>83,20</del> 92,40
Bewegungsübungen	
- als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	<del>12,90</del> 14,30
- in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	<del>8,00</del> 8,90
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	35,90
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	18,00
Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	<del>22,60</del> 25,10

Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	<del>22,70</del> 25,10
Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	<del>34,20</del> 37,10
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	21,90
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	124,40
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	<del>53,20</del> 58,00
Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
<b>Massagen</b>	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
- Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perio-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	<del>21,00</del> 22,60
- Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	<del>24,40</del> 27,10
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
- Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	<del>33,70</del> 37,40
- Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	<del>50,50</del> 56,10
- Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	<del>67,30</del> 74,80
- Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	<del>21,60</del> 23,90
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	35,10
<b>Palliativversorgung - unverändert</b>	
<b>Packungen, Hydrotherapie, Bäder - unverändert</b>	
<b>Inhalationen</b>	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
- als Einzelinhalation	<del>11,70</del> 12,90
- als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,60
- als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	8,70
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.	
Radon-Inhalation im Stollen	17,20
Radon-Inhalation mittels Hauben	21,00

## **Kälte- und Wärmebehandlung**

Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen 14,90

Wärmetherapie mittels Heißluft (auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten 8,70

Ultraschall-Wärmetherapie ~~13,80~~  
15,30

## **Elektrotherapie**

Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen 9,50

Elektrostimulation bei Lähmungen ~~18,00~~  
19,50

Iontophorese, Phonophorese 9,50

Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad) 17,20

Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe 33,40

## **Lichttherapie - unverändert**

### **Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)**

Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten ~~124,20~~  
127,90

Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt) 18,00

Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten ~~59,50~~  
64,00

je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig

Bericht an die verordnete Person ~~6,70~~  
7,20

Bericht auf besondere Anforderung der verordneten Person ~~119,00~~  
127,90

Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen

- Richtwert: 30 Minuten ~~52,90~~  
56,90

- Richtwert: 45 Minuten ~~72,70~~  
78,20

- Richtwert: 60 Minuten ~~92,60~~  
99,50

- Richtwert: 90 Minuten 119,00

Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.

Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer

- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten ~~65,50~~  
70,40

- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten 39,80

- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten ~~119,00~~  
127,90

- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten 64,60

Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.

### **Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)**

Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall 48,10

Einzelbehandlung

- bei motorischen Störungen, Richtwert: 30 Minuten ~~48,10~~  
52,00

- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten ~~63,10~~  
70,10

- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten ~~83,20~~  
87,70

Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall

- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten ~~142,50~~  
156,00

- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten ~~191,90~~  
210,00

- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten ~~160,10~~  
175,20

Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)

- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer ~~37,80~~  
41,30

- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer ~~51,20~~  
56,10

- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer ~~63,40~~  
69,40

Gruppenbehandlung

- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer ~~18,40~~  
19,00

- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer ~~23,70~~  
24,70

- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer ~~43,60~~  
45,20

- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer 80,80

Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten ~~53,20~~  
57,70

Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall ~~160,10~~  
175,30

Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	41,40 45,40
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	23,70 24,70
<b>Podologie</b>	
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	35,40
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	50,60
Podologischer Befund, je nach Behandlung	3,50
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	223,80
Erstbefundung	56,20
Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	99,60
Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	54,60
Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	50,00
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	100,00
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	54,90
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	17,50
Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	26,30
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	74,60
Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	86,10
Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
<b>Ernährungstherapie</b>	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	78,10 78,20

Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – erstattungsfähig	63,90
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig	63,90
Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall	39,10
Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	39,10
Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	78,20
Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,40
<b>Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik - unverändert</b>	
<b>Rehabilitationssport / Funktionstraining - unverändert</b>	
<b>Sonstiges</b>	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal	25,80
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	16,90
Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg ist die Abrechnung von ärztlich verordnetem Hausbesuch und Fahrtkosten nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	
Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,50

## 2. Änderungen in der Pflege-Pflichtversicherung

### Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung

#### I. Bedingungsteil – MB/PPV 2024

#### § 4 Umfang der Leistungspflicht

#### A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(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 Abs. 6 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV. Abweichend von Abs. 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 Abs. 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 Abs. 5.

Dieser Absatz gilt bis zum 30. Juni 2025.

### 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. Abs. 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.~~ [...]

Die Leistungen werden [...]

b) in sonstigen Krisensituationen oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, erbracht. [...]

### 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 SGB 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 € erreicht worden ist.

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

(23) Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V, 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 Abs. 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 Abs. 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PV.

### § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:  
b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit ~~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. [...]

(2a) Abweichend von Abs. 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 Rehabilitati-

onseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 4 Abs. 23 Satz 1 versorgt wird; Abs. 2 Buchstabe b) Satz 2 2. Halbsatz bleibt unberührt und Abs. 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(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 Pflege-Pflichtversicherung festzustellen. [...] 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. [...]

(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 5 Abs. 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 Selbstständigkeit 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 Abs. 2b oder Abs. 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 Pflege-Pflichtversicherung 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 Abs. 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 Antragseingang aufgrund einer Vorabestufung 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 Abs. 2b und 2c muss die Feststellung nach Abs. 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.

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

In Abweichung von [...] 3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024

- a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22. Dezember 2018 geltenden Fassung auf 150%, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75% des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, [...]

## 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% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V vermindert.

## III. Tarifbedingungen

### 1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

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

### 2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) ~~316~~ 332 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
  - b) ~~545~~ 573 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
  - c) ~~728~~ 765 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
  - d) ~~901~~ 947 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.
- [...]

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

[...] 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% 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 Verhin-

derungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV angerechnet.

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

7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,

- die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~5~~ 15%,
- die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~25~~ 30%,
- die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~45~~ 50%,
- die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~70~~ 75%, ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. [...]

## 15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

[...] Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsgebiete 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. [...]

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

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

Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Abs. 23 und 24 entstehen. Erstattungsfähig sind

nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

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

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

### § 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. [...]

## Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung

### 1.11 Umsetz- und Hebehilfen

- Drehscheiben
- Positionswechselhilfen
- Umlager-/Wendehilfen
- Rutschbretter
- Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett

### 3.6 Gehhilfen

- Gehgestelle
- Reziproke Gehgestelle
- Gehgestelle mit zwei Rollen
- Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)
- Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit

### 5.2 Schutzbekleidung

- Fingerlinge
- Einmalhandschuhe
- ~~Mundschutz~~ Medizinische Gesichtsmaske
- Schutzhürzen
- ~~Einmallaetzchen~~ Schutzservietten zum Einmalgebrauch
- Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)

### 5.5 ~~Netzhosen~~ Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen

- ~~Netzhose~~ Fixierhosen Größe 1/~~Netzhose~~ Fixierhosen Größe 2



### 3. Redaktionelle Änderung

Die Beiträge dürfen in der privaten Krankenversicherung (PKV) nur dann angepasst werden, wenn bei einer maßgeblichen Rechnungsgrundlage die Abweichung der tatsächlichen von den kalkulierten Werten einen gesetzlich oder vertraglich festgelegten Schwellenwert nicht nur vorübergehend überschreitet. In § 203 Abs. 2 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz ist zusätzlich geregelt, dass bei einer nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung eine Neufestsetzung der Prämie ausgeschlossen ist. Wir haben in der Vergangenheit stets nur dann die Beiträge angepasst, wenn die Abweichung der Rechnungsgrundlage dauerhaft war. Ein unabhängiger Treuhänder hat bei jeder Beitragsanpassung geprüft, ob eine dauerhafte Veränderung vorliegt und dies bestätigt.

In den Versicherungsbedingungen, die für die gesamte PKV-Branche galten, war der Sachverhalt jedoch nicht so eindeutig geregelt. Daher hat der Bundesgerichtshof die entsprechenden Passagen für unwirksam erklärt, die Wirksamkeit der übrigen Beitragsanpassungen jedoch bestätigt. In unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen haben wir diese unwirksame Passage daher ersatzlos gestrichen. Es gilt – wie bisher auch schon – die gesetzliche Vorgabe, die wir stets eingehalten haben.

An folgenden Stellen in den Versicherungsbedingungen wird zwecks besserer Übersichtlichkeit der beschriebene Absatz gestrichen:

Bedingungen	Stelle
MB/KK 2009	§ 8b (2)
MB/KT 2009	§ 8b (2)
MB/EPV 2017	§ 8b (3)
MB/PV 2009	§ 8b (3)
MB/GEPV 2017	§ 11 (1) Satz 3
MB/PPV 2024	§ 8b (2)
AVB/BT 2009	§ 8b (1) Satz 5
AVB/NLT 2013	§ 8b (1) Satz 4
AVB/KTAR	§ 8b (2)
AVB/LR	§ 7b (2)
AVB/plusZ	§ 10 (1) Satz 5
AVB/KG.plus	§ 10 (1) Satz 6
AVB/KKb	§ 10 (1) Satz 6

### 4. Änderung der Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung Inland

#### Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung–Inland

##### § 1 Versicherungsfähigkeit, Versicherungsnehmer, Versicherte Personen

(4) Mitversicherte Personen sind die Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, ~~Lebensgefäherte~~ Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Kinder und sonstige [...]

##### § 5 Weiterversicherung

(7) Wird ein Gruppenversicherungsvertrag durch den Versicherer gekündigt, ~~einvernehmlich aufgehoben~~ oder endet der Gruppenversicherungsvertrag [...]

Die versicherten Personen werden vom Versicherer über diese Kündigung, ~~Aufhebung~~ oder Beendigung und das Weiterversicherungsrecht in Textform informiert. [...]

## Allgemeines Merkblatt zur Pflege-Pflichtversicherung

Alle Veränderungen, die für die Beitragseinstufung maßgeblich sein könnten, sind unverzüglich der Hallesche Krankenversicherung, 70166 Stuttgart mitzuteilen.

Dies gilt insbesondere für folgende Änderungen:

- **Wenn der Beitrag für die private Pflege-Pflichtversicherung bisher auf den Höchstbeitrag für Ehepartner begrenzt ist:**

**Überschreitet das Einkommen des Ehepartners** bzw. eingetragenen Lebenspartners, der bisher kein bzw. nur ein geringfügiges Einkommen hatte, **die aktuelle Einkommensgrenze?** Die Einkommensgrenze liegt bei:

- 520 €/Monat\* bei geringfügiger Beschäftigung (Minijob)
- 485 €/Monat\* bei sonstigen Einkünften (z.B. Zinsen)
- 520 €/Monat\* bei sowohl geringfügiger Beschäftigung als auch sonstigen Einkünften.
- Bei Renten ist der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil maßgebend.

- **Wenn Kinder bisher beitragsfrei mitversichert sind: Überschreitet das Einkommen Ihres Kindes die aktuelle Einkommensgrenze?**

Die Einkommensgrenze liegt bei:

- 520 €/Monat\* bei geringfügiger Beschäftigung (Minijob)
- 485 €/Monat\* bei sonstigen Einkünften (z.B. Zinsen)
- 520 €/Monat\* bei sowohl geringfügiger Beschäftigung als auch sonstigen Einkünften
- Gut zu wissen: Einkommen als Mitunternehmer aus landwirtschaftlicher Tätigkeit oder wegen einer gesetzlichen Dienstpflicht werden nicht berücksichtigt.

- Haben bisher beitragsfrei versicherte Kinder eine hauptberuflich **selbstständige Erwerbstätigkeit** begonnen (mindestens 18 Wochenstunden)?
- Haben bisher beitragsfrei versicherte Kinder eine **Schul- oder Berufsausbildung, einen freiwilligen Wehrdienst, einen Bundesfreiwilligendienst oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr** beendet?
- Bei bisher im Studententarif versicherten Studenten: Wurde das **Studium beendet** oder **aufgegeben**?
- Bei Beihilfeberechtigten: Gab es **Änderungen bei Beihilfeansprüchen?** (Auch hinsichtlich der Berücksichtigungsfähigkeit einer versicherten Person)
- Ist **Versicherungspflicht** oder ein Anspruch auf **Familienversicherung** in der sozialen Pflegeversicherung **entstanden?** Oder wurde eine **andere private Pflege-Pflichtversicherung** abgeschlossen?

**Wichtig für Sie:** Unsere Leistungspflicht kann entfallen, wenn und solange Sie Ihrer Pflicht zur Meldung aller Veränderungen nicht nachkommen (§ 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung MB/PPV).

- \* Die genannten Einkommensgrenzen gelten für das Jahr 2023. Die endgültigen Werte für das Jahr 2024 standen bei Redaktionsschluss noch nicht fest. Voraussichtlich erhöht sich die Einkommensgrenze ab dem 01.01.2024 von 485 € auf 505 €. Die Grenze bei geringfügiger Beschäftigung bleibt dagegen voraussichtlich unverändert bei 520 €.

(Stand: 10/2023)