

Tarif PV

mit Tarifstufen PVN und PVB

Stand 01.05.2019

Der Tarif PV ist als Teil III und die Überleitungsregelungen sind als Teil IV der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2019) und mit Teil II, Zusatzvereinbarungen.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Leistungen des Versicherers	3
Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe	3
Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit	3
1. Häusliche Pflege	3
2. Pflegegeld	4
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)	4
4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	4
5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)	5
6. Kurzzeitpflege	5
7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	6
8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	7
9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	7
10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	8
11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag	8
12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsermittlung	8
13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen	8
14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen	8

Leistungen des Versicherungsnehmers	9
Monatliche Beiträge in Euro	9
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)	9
§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade	9
§ 2 Besitzstandsschutz	9
§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege	10
§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung	11
§ 5 Begutachtungsverfahren	11
§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017	11

**Tarifstufe PVN
für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe**

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1-14 vorgesehenen Beträge.

**Tarifstufe PVB
für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit**

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang MB/PPV 2019) iVm. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang MB/PPV 2019) für

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 Prozent
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang MB/PPV 2019) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, 30 Prozent
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 Prozent
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Prozent

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 - 14 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41,00 EUR auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 - 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 689,00 EUR,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.298,00 EUR,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.612,00 EUR,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 1.995,00 EUR

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang MB/PPV 2019) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 90 SGB XI (siehe Anhang MB/PPV 2019) 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) 316,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- b) 545,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- c) 728,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- d) 901,00 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt. In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet.

Wurde für die beratende Stelle noch kein solcher Betrag vereinbart, werden für die Beratung in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23,00 EUR, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33,00 EUR erstattet.

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 1.612,00 EUR 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.

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

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806,00 EUR auf insgesamt bis zu 2.418,00 EUR 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.

4. Pflegehilfsmittel und wohnungsfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 MB/PPV 2019 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Vor der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu 100 Prozent erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25,00 EUR je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 40,00 EUR je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 4.000,00 EUR je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000,00 EUR berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

- a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu 689,00 EUR,
- b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.298,00 EUR
- c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.612,00 EUR,
- d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 1.995,00 EUR

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege sowie die Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen 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.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612,00 EUR pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 4 MB/PPV 2019 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 Prozent gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612,00 EUR auf insgesamt bis zu 3.224,00 EUR im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d. h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).

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

7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2
in Höhe von 770,00 EUR je Kalendermonat,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3
in Höhe von 1.262,00 EUR je Kalendermonat,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4
in Höhe von 1.775,00 EUR je Kalendermonat,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5
in Höhe von 2.005,00 EUR je Kalendermonat

erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

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 MB/PPV 2019) die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von 10 Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 266,00 EUR je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 MB/PPV 2019 ist ein Betrag von 2.952,00 EUR.

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

7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang MB/PPV 2019) und § 85 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang MB/PPV 2019) vereinbarten Vergütungsschläge.

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

- 7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125,00 EUR je Kalendermonat erstattet.

Nr. 5 Satz 4 gilt entsprechend.

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

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI) - (siehe Anhang MB/PPV 2019) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, dem Pflegegrad und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) - Drittes Buch (III) - (siehe Anhang MB/PPV 2019).

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

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

- 9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang MB/PPV 2019) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang MB/PPV 2019); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang MB/PPV 2019) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang MB/PPV 2019).

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang MB/PPV 2019) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang MB/PPV 2019) gezahlt.

Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang MB/PPV 2019). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang MB/PPV 2019) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang MB/PPV 2019) gezahlt.

Die Beiträge der Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191, SGB VI (siehe Anhang MB/PPV 2019) gezahlt.

Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang MB/PPV 2019) gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang MB/PPV 2019). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200,00 EUR täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

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

10. **Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

Soweit der Versicherer die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenkassen durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.

11. **Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag**

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung im Zusammenhang nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7 MB/PPV 2019 in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang MB/PPV 2019),

werden bis zu 125,00 EUR 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 der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

12. **Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung**

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Abs. 2a MB/PPV 2019 beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70,00 EUR.

13. **Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen**

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a MB/PPV 2019 beträgt 214,00 EUR.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

14. **Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen**

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000,00 EUR durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500,00 EUR.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Monatliche Beiträge in Euro

Die monatlichen Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

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

§ 1 Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 2 Besitzstandsschutz

- (1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Abs. 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Abs. 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchsmittel (§ 4 Abs. 7 MB/PPV 2015), für teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16, 16a MB/PPV 2015).

Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 i.V.m. Nr. 11.1 Tarif PV 2015 richtet sich der Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Abs. 2. Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der vollstationären Pflege (§ 4 Abs. 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

- (2) Versicherte Personen,
1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i.V.m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und
 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2019 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83,00 EUR 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 2019. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208,00 EUR und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2019 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2019 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 2019) schriftlich mitteilen und erläutern.

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

- (1) Ist bei versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, so zahlt der Versicherer einen 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 2019 i.V.m. Nr. 7 des Tarifs PV 2019 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 2019) 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 2019 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. Abs. 1 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.
- (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 Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. 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.

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

- (1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pfl egetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang), wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.
- (2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)
- (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 2019 vorliegt oder
 2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2019 ist.

Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang MB/PPV 2017) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang MB/PPV 2017) eintritt.

§ 5 Begutachtungsverfahren

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 6 Verlängerung des Anspruchs für noch nicht abgerufene Mittel nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2017

(Regelung ist gegenstandslos geworden.)