

Leistungsübersicht ab 01.01.2026 für die Pflegepflichtversicherung (PPV)

Diese Übersicht gibt Hinweise zu Leistungsfragen der PPV. Die allein verbindlichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/PPV und Tarif PV) werden hierdurch aber nicht ersetzt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf die Verwendung der weiblichen Schreibform verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

Begriff der Pflegebedürftigkeit

Personen sind pflegebedürftig, wenn sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in den MB/PPV festgelegten Schwere bestehen. Die Pflegebedürftigkeit wird durch ein ärztliches Gutachten festgestellt, das von einem von der MEDICPROOF GmbH - dem Medizinischen Dienst der Privaten - beauftragten Gutachter erstellt wird. Die dazu erforderliche Untersuchung wird im Wohnbereich des Pflegebedürftigen durchgeführt.

Für die Leistungen sind fünf Pflegegrade zu unterscheiden:

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Geleistet wird für die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Leistungen

Die Leistungen für eingetretene Pflegefälle werden ab Antragstellung gewährt, unter Umständen auch vom Beginn des Monats der Antragstellung an, wenn der Pflegefall bereits in einem Vormonat eingetreten war. Beihilfeberechtigte Personen erhalten die Leistungen anteilig in Ergänzung ihres Beihilfeanspruchs.

1. Häusliche Pflege (Erstattung der Kosten einer geeigneten Pflegekraft)

Die Kosten der Pflegeeinsätze durch zugelassene Pflegekräfte werden pro Kalendermonat wie folgt erstattet:

Pflegegrad 1	keine Leistungen	Pflegegrad 4	bis zu 1859 EUR
Pflegegrad 2	bis zu 796 EUR	Pflegegrad 5	bis zu 2299 EUR
Pflegegrad 3	bis zu 1497 EUR		

2. Pflegegeld für sonstige Pflegepersonen

Anstelle der Kostenerstattung kann ein Pflegegeld gezahlt werden, wenn die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt (z.B. durch Angehörige, Freunde, Nachbarn oder eine Pflegekraft aus dem Ausland). Das Pflegegeld beträgt je nach Pflegegrad monatlich:

Pflegegrad 1	keine Leistungen	Pflegegrad 4	800 EUR
Pflegegrad 2	347 EUR	Pflegegrad 5	990 EUR
Pflegegrad 3	599 EUR		

Damit das Pflegegeld lückenlos gezahlt wird, muss mindestens einmal halbjährlich ein Beratungseinsatz durch die compass private pflegeberatung, eine sonstige anerkannte Beratungsstelle oder einen Pflegedienst abgerufen werden. Wir empfehlen Ihnen, dass Sie hierfür die compass private pflegeberatung in Anspruch nehmen.

Kombinationsleistung aus Kostenerstattung und Pflegegeld

Entsprechend dem persönlichen Pflegebedarf kann die Kostenerstattung im jeweiligen Pflegegrad ganz oder teilweise in Anspruch genommen werden; bei nur teilweiser Inanspruchnahme können Sie zusätzlich einen entsprechenden Anteil vom Pflegegeld erhalten.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegepersonen

Ist eine Pflegeperson, die eine versicherte Person mit mindestens Pflegegrad 2 in ihrer häuslichen Umgebung pflegt, an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr aus dem Gemeinsamen Jahresbetrag für Kurzzeit- und Verhinderungspflege bis maximal 3.539,00 EUR je Kalenderjahr erstattet. Die Beantragung ist im Vorfeld nicht notwendig. Aus der Rechnung sollte hervorgehen, ob es sich um stunden- oder tageweise Verhinderungspflege handelt. Bei privaten Ersatzpflegekräften benötigen wir zudem die Angabe über deren Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen

Person und deren Wohnort. Der Antrag auf Kostenerstattung unter Nachweis der Kosten muss bis zum Ablauf des Kalenderjahres, das auf die Durchführung der Ersatzpflege folgt, gestellt werden. Bei Einreichung nach Ablauf der Frist entfällt der Anspruch auf Kostenerstattung.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Wir erstatten bei häuslicher Pflege Leistungen für notwendige Pflegehilfsmittel und technische Hilfen gemäß Pflegehilfsmittelverzeichnis. Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden je Kalendermonat bis zu 42 EUR gezahlt. Bei entsprechendem Bedarf reichen Sie bitte einen Kostenvoranschlag eines Sanitätshauses Ihrer Wahl ein. Die Versorgung über einen unserer Kooperationspartner (z.B. rehaVital oder Sanitätshaus Aktuell) ist ebenfalls möglich. Hilfsmittel werden vorrangig leihweise überlassen. Bei einer Befürwortung durch den medizinischen Dienst erhalten Sie nach Vorlage der Rechnung die tarifliche Erstattung. Außerdem können für eine pflegegerechte Umgestaltung der Wohnung Zuschüsse bis zu 4.180 EUR gezahlt werden. Auch hier sind die vorherige Beantragung und Prüfung durch den medizinischen Dienst unerlässliche Voraussetzung. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient die Wohnumfeldverbesserung mehreren Pflegebedürftigen, kann der o.g. Zuschuss jedem Anspruchsberechtigten gewährt werden. Die Addition der Zuschüsse ist auf einen Gesamtbetrag von 16.720 EUR begrenzt. Bei Bedarf schicken Sie bitte ebenfalls einen Kostenvoranschlag per Mail.

5. Teilstationäre Pflege

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist, können die Kosten für die Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (Unterbringung nur tagsüber oder nur nachts) erstattet werden. Zudem können zusätzlich die Kostenerstattung, das Pflegegeld oder die Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden. Die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen sowie die von der Einrichtung berechneten Fahrtkosten werden pro Kalendermonat wie folgt erstattet:

Pflegegrad 1	keine Leistungen	Pflegegrad 4	bis zu 1.685 EUR
Pflegegrad 2	bis zu 721 EUR	Pflegegrad 5	bis zu 2.085 EUR
Pflegegrad 3	bis zu 1.357 EUR		

Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten können nicht erstattet werden. Hierfür ist eine Erstattung über den Entlastungsbetrag (s. Punkt 11.) möglich.

6. Kurzzeitpflege

Wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden kann, besteht die Möglichkeit, Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung für längstens acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch zu nehmen. Die pflegebedingten Kosten hierfür werden in den Pflegegraden 2 - 5 bis zu 3.539,00 EUR je Kalenderjahr aus dem Gemeinsamen Jahresbetrag für Kurzzeit- und Verhinderungspflege erstattet. Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten können nicht erstattet werden. Hierfür ist eine Erstattung über den Entlastungsbetrag (s. Punkt 11.) möglich.

7. Vollstationäre Pflege und Pflege von Menschen mit Behinderungen

Kosten für dauernde Pflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen werden pro Kalendermonat erstattet:

Pflegegrad 1	bis zu 131 EUR	Pflegegrad 4	bis zu 1855 EUR
Pflegegrad 2	bis zu 805 EUR	Pflegegrad 5	bis zu 2096 EUR
Pflegegrad 3	bis zu 1319 EUR		

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben seit dem 1. Januar 2022 einen Anspruch auf einen Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Der pflegebedingte Eigenanteil (einschließlich Ausbildungskosten) wird gem. § 43c SGB XI bei vollstationärer Pflege ab 01.01.2024 wie folgt begrenzt: Im ersten Jahr erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 – 5 einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr in Höhe von 30 Prozent, im dritten Jahr in Höhe von 50 Prozent und ab dem vierten Jahr in Höhe von 75 Prozent.

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, erstatten wir 10 Prozent des vereinbarten Heimentgelts, jedoch maximal 278 EUR pro Monat (für Pflegegrad 1 sind hier keine Leistungen vorgesehen).

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Sofern die Pflege durch eine ehrenamtliche Pflegeperson mindestens 10 Stunden wöchentlich erfolgt (werden von einer Pflegeperson mehrere Personen gepflegt ist die Summe der Pflegetätigkeiten zu berücksichtigen), zahlen wir für diese Pflegeperson bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und unter gewissen Voraussetzungen auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Dazu haben wir einen gesonderten Antrag vorbereitet. Pflegepersonen sind bei ihrer Pflegetätigkeit außerdem kostenlos in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzfristiger Arbeitsverhinderung

Bei Freistellungen nach Pflegezeitgesetz zahlen wir Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind.

Bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung zahlen wir unter bestimmten Voraussetzungen ein Pflegeunterstützungsgeld. Dieses richtet sich nach den Regelungen des § 45 SGB V (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes).

10. Pflegekurse

Für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen werden Schulungskurse angeboten, die die notwendigen Fähigkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege vermitteln und helfen sollen, mit den seelischen und körperlichen Belastungen der Pflege besser fertig zu werden.

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

Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags. Wir erstatten zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege, der zugelassenen Pflegedienste oder der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bis zu 131 EUR monatlich. Werden die Beträge in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei einer von uns verursachten Verzögerung der Leistungsmitteilung besteht Anspruch auf eine Zusatzzahlung je begonnener Woche der Fristüberschreitung in Höhe von 70 EUR. Die Bearbeitungsfristen entnehmen Sie bitte den Regelungen unter § 6 der MB/PPV.

13. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Unter gewissen Voraussetzungen erhalten Pflegebedürftige in einer solchen Wohngruppe einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 224 EUR pro Monat, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können. Darüber hinaus wird die Gründung ambulanter Wohngruppen unter gewissen Voraussetzungen mit 2.613 EUR pro Person (maximal 10.452 EUR je Wohngruppe) für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung gefördert.

14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Die Gründung ambulanter Wohngruppen wird unter gewissen Voraussetzungen mit 2.613 EUR pro Person (maximal 10.452 EUR je Wohngruppe) für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung gefördert.

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Der Anspruch beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen bis zu insgesamt 40,00 EUR pro Monat und für ergänzende Unterstützungsleistungen bis zu insgesamt 30,00 EUR im Monat. Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Pflegeanwendungen, die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Eventuelle Mehrkosten sind von den versicherten Personen selbst zu tragen.

16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder RehaMaßnahmen durch Pflegepersonen

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

17. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung

Die monatliche Pauschale beträgt 450,00 EUR.