


LVM Versicherung, 48126 Münster

18 3007 3DF0 2E 9001 7AA7
DV 11.25 1,80 Deutsche Post 



*00745*0006058*~*

K4000

Herrn
Marco Meisen
Am Mattengraben 16
53913 Swisttal



Herr
Stefan-Guido Krifft
Ostpromenade 23
52525 Heinsberg
Telefon (02452) 86362
info@krifft.lvm.de

Ihre Ansprechpartner in Münster für
Vertragsänderungen
Herr Elfers
Telefon: (0251) 702-3529
kranken@lvm.de
Leistungsfragen
Herr Vogt
Telefon: (0251) 702-59494
kv-leistung@lvm.de

19. November 2025

Anpassung der Beiträge sowie Änderung der Versicherungsbedingungen zu Ihrer Versicherungs-Nr. 77.548.584.1

Sehr geehrter Herr Meisen,

zum 1. Januar 2026 wird Ihr monatlicher Beitrag angepasst. Die neue Beitragsrate beträgt 2.552,25 Euro (zuvor 2.246,73 Euro). Damit Sie die Hintergründe der Beitragsanpassung nachvollziehen können, erläutern wir diese in der beigefügten **Anlage "Maßgebliche Gründe für die Anpassung der Beiträge zum 1. Januar 2026"**. Dort finden Sie Informationen zu den gesetzlichen Grundlagen sowie zu den Faktoren, die die Beitragshöhe beeinflussen.

Wir begrenzen die Erhöhung des Beitrags mit Mitteln aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung. Hier profitieren Sie von der soliden Finanzkraft der LVM Krankenversicherungs-AG.

Auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) haben wir überprüft. Wir haben Aktualisierungen vorgenommen sowie mit den erforderlichen Zustimmungen, die vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mitgeteilten Änderungen, in den Musterbedingungen (MB/PPV und MB/ST) aufgenommen. An einigen Stellen haben wir den Bedingungstext redaktionell geändert. Alle Änderungen haben wir in der Anlage "Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen" im Detail dargestellt.

In der Pflegepflichtversicherung erfolgt eine Ausweitung des Leistungsumfangs zum 1. Januar 2026. Über diese Änderungen informieren wir Sie ebenfalls in der Anlage unter dem Punkt "Weitere Änderungen im Leistungsumfang der Privaten Pflegepflichtversicherung". Nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens erfolgt noch die Umsetzung der Änderungen in den MB/PPV. Wir werden Sie entsprechend informieren.

Weitere Informationen finden Sie sowohl in dem beigefügten **Flyer** als auch in unserem **Erklärfilm** und den **FAQs** zum Thema "Beitragsanpassung" unter www.lvm.de/beitragsanpassung oder über diesen QR-Code:



Wie wir Ihnen bereits im Mai 2025 angekündigt haben, erhalten Sie in diesem Jahr keine separate Bescheinigung über Ihre Vorsorgeaufwendungen und auch keine Arbeitgeberbescheinigung für den Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Aber keine Sorge: Wir schicken Ihnen eine Mitteilung mit den steuerlich berücksichtigungsfähigen Beiträgen, die wir für Sie an das Bundeszentralamt für Steuern übermittelt haben. Diese Informationen werden dort - soweit erforderlich - automatisch vom Arbeitgeber abgerufen und bei der Gehaltsabrechnung berücksichtigt - Sie müssen sich also um nichts weiter kümmern.

D



Kolde-Ring 21, 48126 Münster
www.lvm.de

Unsere Servicezeiten in Münster: Mo. bis Do. 8.00-18.00 Uhr, Fr. 8.00-17.00 Uhr

Kleuker

Wilmink

Dr. Kleuker

Dr. Wilmink

Anlagen

Informationen zur Zahlung Ihrer Beiträge

Wir buchen jeweils zum 1. des Monats von folgender Bankverbindung ab: IBAN DE79 5001 0517 xxxx xxx1 34, ING-DiBa Frankfurt am Main, Kontoinhaber Meisen Marco, Mandatsreferenznummer MRN189605779091D50, LVM-Gläubiger-Identifikationsnummer DE19LVM00000018930. Zum besseren Schutz Ihrer Daten haben wir bestimmte Ziffern der IBAN unkenntlich gemacht.
Fällt der Abbuchungstag auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag, verschiebt sich die Abbuchung auf den darauffolgenden Werktag.

Beitragsgutschriften und Versicherungsleistungen aus Ihrem Vertrag überweisen wir an die oben genannte Bankverbindung.

Weitere Informationen

Dynamisierung Ihres Vorsorge-Plus für die ergänzende Entlastung der Beiträge im Alter

Wir passen den mit Ihnen vereinbarten Nachlass zum 1. Januar 2026 an: Der Nachlass verändert sich entsprechend der Änderung der monatlichen Beitragsrate Ihrer Grundversicherung. Wünschen Sie die Dynamisierung nicht? Dann müssen Sie uns dies - gerne mit einer E-Mail - bis zum 31. Januar 2026 mitteilen.

Umstellungsrecht

Nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz haben Sie die Möglichkeit, Ihren Vertrag umzustellen:

"(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser (...) Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde; ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen; (...)"

Die geringeren Beiträge durch einen solchen Tarifwechsel sind in der Regel auch mit Nachteilen verbunden (z.B. geringere Leistungen). Wir beraten Sie gern!

Kündigungsrecht

Nach § 205 Versicherungsvertragsgesetz haben Sie das Recht, Ihren Vertrag unter den folgenden Voraussetzungen zu kündigen:

"(...) (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(...)

(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen

Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden."



Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Zum 01. Januar 2026 werden einige Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) wirksam. Die Änderungen betreffen Sie nur dann, wenn Sie die entsprechenden Tarife abgeschlossen haben. Die Änderungen werden im Folgenden dargestellt. Die aktuellen AVB stehen Ihnen auf der Homepage der LVM Versicherung unter www.lvm.de zur Verfügung.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB/V) für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife A wurde angepasst. Die Anpassung erfolgt aufgrund einer dauerhaften Änderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage nach § 203 Abs. 2 VVG. Die wählbaren Selbstbeteiligungen in den Tarifstufen wurden daher geändert. Die Anpassung wurde derart vorgenommen, dass die Selbstbeteiligungen im Tarif wieder einheitlich sind: von 1.200 € auf 1.350 € für Kinder und Jugendliche in den Tarifstufen A1350. Die Änderungen werden jeweils durch Durchstreichungen (bisheriger Text) und Unterstreichungen (neuer Text) kenntlich gemacht.

Ambulante Krankheitskostenversicherung

[...]

(2) Von dem sich nach Abs. 1 ergebenden Erstattungsbetrag wird die gewählte Selbstbeteiligung abgezogen. Es können folgende Selbstbeteiligungen gewählt werden:

Tarif:

A 0
A 300
A 650
A 1350
A 2500
A 20/P

Selbstbeteiligung:

ohne
300 Euro
650 Euro
1.350 Euro^{*)}
2.500 Euro
20%, höchstens
jedoch 2.500 Euro

~~*) Für Kinder und Jugendliche im Tarif A 1350 gilt abweichend eine Selbstbeteiligung in Höhe von 1.200 Euro.~~

[...]

LVM Krankenversicherungs-AG

Aufsichtsratsvorsitzender: Franz-Josef Holzenkamp, Vorstand: Dr. Mathias Kleuker (Vorsitzender), Peter Bochnia, Heinz Gressel, Marcus Loskant, Reimar Volkert, Dr. Rainer Wilmink
Kolde-Ring 21, 48151 Münster, Telefon: 0251 702-0, info@lvm.de, www.lvm.de

Aktiengesellschaft, Sitz: Münster, Registergericht: Amtsgericht Münster, HR B 1809
USt-ID-Nr.: DE 126118076, Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei im Sinne des UStG und der 6. EG-Richtlinie, IBAN: DE75 4005 0150 0000 0040 44, SWIFT-Code/BIC: WELADED1MST, Sparkasse Münsterland Ost

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB/V) für geschlechtsabhängig kalkulierte Tarife A (M/F) wurde angepasst. Die Anpassung erfolgt aufgrund einer dauerhaften Änderung einer für die Prämienkalkulation maßgeblichen Rechnungsgrundlage nach § 203 Abs. 2 VVG. Die wählbaren Selbstbeteiligungen in den Tarifstufen wurden daher geändert. Die Anpassungen wurden derart vorgenommen, dass die Selbstbeteiligungen im Tarif wieder einheitlich sind: von 560 € auf 650 € für Frauen in der Tarifstufe A650 (M/F) sowie von 1.200 € auf 1.350 € für Kinder und Jugendliche in den Tarifstufen A1350 (M/F). Die Änderungen werden jeweils durch Durchstreichungen (bisheriger Text) und Unterstreichungen (neuer Text) kenntlich gemacht.

**Ambulante
Krankheitskostenversicherung**

[...]

(2) Von dem sich nach Abs. 1 ergebenden Erstattungsbetrag wird die gewählte Selbstbeteiligung abgezogen. Es können folgende Selbstbeteiligungen gewählt werden:

Tarif:

A 0 (M/F)
A 300 (M/F)
A 650 (M/F)
A 1350 (M/F)
A 2500 (M/F)
A 20/P (M/F)

Selbstbeteiligung:

ohne
300 Euro
650 Euro²
1.350 Euro²
2.500 Euro
20%, höchstens
jedoch 2.500 Euro

²⁾ Für Frauen im Tarif A 650 (M/F) gilt abweichend eine Selbstbeteiligung in Höhe von 560 Euro.
Für Kinder und Jugendliche im Tarif A 1350 (M/F) gilt abweichend eine Selbstbeteiligung in Höhe von 1.200 Euro.

[...]



Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB/V) für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife Z wurde angepasst. Hintergrund ist die Einführung eines neuen Zahntarifs in die Krankheitskostenvollversicherung. Der neue Tarif erstattet die Leistungen, die der Tarif Z 100/80 zu 80 Prozent erstattet, zu 100 Prozent, also neben der Zahnbehandlung auch Zahnersatz und Kieferorthopädie zu 100 %. Ansonsten wird der Tarif entsprechend zum Tarif Z 100/80 gestaltet und eingeführt. Die Änderungen werden durch Unterstreichungen (neuer Text) kenntlich gemacht.

Teil III der AVB/V für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife Z

[...]

(2) Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden mit folgenden Prozentsätzen erstattet:

a) Zahnbehandlung

Tarif Z 100/100 100%ige Erstattung
Tarif Z 100/80 100%ige Erstattung
Tarif Z 100/50 100%ige Erstattung

Tarif Z 75/50 75%ige Erstattung

b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung

Tarif Z 100/100 100%ige Erstattung
Tarif Z 100/80 80%ige Erstattung
Tarif Z 100/50 50%ige Erstattung
Tarif Z 75/50 50%ige Erstattung

[...]

(3) Eine Versicherung nach einem geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarif

Z 100/100, Z 100/80, Z 100/50 oder Z 75/50 kann nur neben einem geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarif für ambulante Heilbehandlung der Serien A oder AP und einem geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarif für stationäre Heilbehandlung der Serie S bestehen, sie endet in jedem Fall bei Wegfall der Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.

[...]

Durch eine höchstrichterliche Entscheidung - Urteil des BGH vom 12.03.2025 (IV ZR 32/24) - wurde die Ersetzung einer auch von der LVM Krankenversicherungs-AG in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT) verwendete Klausel der Musterbedingungen (§ 4 Teil I Abs. 4 der AVB/KT) für unwirksam erklärt. Um dem Urteil des BGH Rechnung zu tragen, werden wir die oben genannte Klausel auf Ihren Vertrag nicht anwenden.



Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung (AVB/PV) wurden angepasst. Wir haben die uns vom Verband der Privaten Krankenversicherung mitgeteilten Änderungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2025) in unsere AVB aufgenommen. Insbesondere Änderungen der Dynamisierungsregelung in § 30 Abs. 1 SGB XI sowie das Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) führen zu Leistungsausweitungen. Außerdem mussten redaktionelle Anpassungen vorgenommen werden. Die Änderungen werden jeweils durch Durchstreichungen (bisheriger Text) und Unterstreichungen (neuer Text) kenntlich gemacht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (Stand 1. Januar Juli 2024 2025)

I. Bedingungsteil – (MB/PPV 2024 2025)

[...]

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

[...]

(2) [...] Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer ~~Verhinderungspflege~~ Ersatzpflege nach Absatz 6 für ~~bis zu sechs Wochen~~ und während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

[...]

(4)

[...] Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz.

[...]

(6) Ist eine Pflegeperson, die eine versicherte Person mit mindestens Pflegegrad 2 in ihrer häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens ~~sechs~~ acht 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 2026.

[...]

E. Leistungen zur sozialen Sicherung

der Pflegepersonen

(13)

[...]

Erholungsurlaub der Pflegeperson von ~~bis zu sechs Wochen~~ bis zu acht Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht.

[...]

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

[...]

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

[...]

(2a) Abweichend von Absatz 2 Buchstabe a) 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 Satz 1 oder nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V 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.

[...]

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistung

[...]

(2)

[...]

Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI (siehe Anhang) kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview, das auch per Videotelefonie durchgeführt werden kann, 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 den Absätzen 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.

[...]

§ 8 a

Beitragsberechnung

[...]

(5) Der Versicherer kann für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31.

~~Dezember 2022 für bestehende Verträgeverhältnisse über den Beitrag hinaus einen monatlichen Zuschlag zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben nach Maßgabe des § 140a SGB XI (siehe Anhang) erheben.~~

[...]

II. Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)

[...]

In Abweichung von

- § 3 MB/PPV 2024 2025 entfällt die Wartezeit;
- § 8 Abs. 3 MB/PPV 2024 2025 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;
- § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024 2025
a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22.42. ~~Dezember~~ 2018 geltenden Fassung (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet;

[...]

- § 8a Abs. 2 MB/PPV 2024 2025 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

[...]

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:

In Abweichung von

§ 8 Abs. 5 MB/PPV 2024 2025

[...]

III. Tarifbedingungen

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2024 2025) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung. [...]

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1-45 16 vorgesehenen Beträge.

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

[...]

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV – siehe Anhang) für

[...]

5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 Prozent, der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-45 16 vorgesehenen Beträge.

[...]

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 761 796 Euro,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.432 149 Euro,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.778 185 Euro,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.200 229 Euro

erstattet.

[...]

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) 332 347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- b) 573 599 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- c) 765 800 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- d) 947 990 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

[...]

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

[...]

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung

einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

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

Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die diese nicht erwerbsmäßig ausüben und die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung zum einen auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV und zum anderen auf zwei Monate begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen unter Anrechnung der der Leistungen für die Kurzzeitpflege (Nr. 6 des Tarifs PV) auf den gemeinsamen Jahresbetrag nach Satz 1 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 nach Satz 2 erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung bis zur 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).

[...]

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

[...]

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 40 42 Euro je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 4.000 180 Euro je Maßnahme begrenzt.

[...] Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000 16.720 Euro berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

[...]

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 689 721 Euro,
- b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 357 Euro,
- c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.641 685 Euro,
- d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 085 Euro

erstattet.

[...]

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege beläuft sich auf einen Gesamtleistungsbetrag von insgesamt bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

[...] Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr unter Anrechnung der Leistungen für die Ersatzpflege (Nr. 3 des Tarifs PV) höchstens in Höhe des gemeinsamen Jahresbetrags nach Satz 1 bis zu einem Gesamtbetrag von 1.774 Euro pro Kalenderjahr ersetzt.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 Euro auf insgesamt bis zu 3.386 Euro 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).

[...]

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

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 779 805 Euro je Kalendermonat,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 4.262 1319 Euro je Kalendermonat,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 4.775 1855 Euro je Kalendermonat,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.005 2096 Euro je Kalendermonat

erstattet.
[...]

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens 266 278 Euro je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (siehe Anhang), die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. [...]

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 3.0852.952-Euro.

[...]

7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 426 131 Euro je Kalendermonat erstattet.

[...]

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) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); 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 ~~den dürfen die tatsächlich gezahlten~~ die tatsächliche Höhe dieser Beiträge nicht übersteigen.

[...]

9.3 [...] Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 209 Euro täglich für bis zu zehn Arbeitslage Betriebshilfe gezahlt.

[...]

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

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung 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, 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)

werden bis zu 425 131 Euro monatlich erstattet. [...]

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 244 224 Euro.

[...]

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 40.000 10.452 Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500 2.613 Euro.

[...]

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 53 Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.

[...]

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

[...] 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 § 42b Abs. 5 Satz 2 bis 4 SGB XI (siehe Anhang) und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts.

[...]

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) und sonstige Übergangsregelungen

[...]

§ 2 Besitzstandsschutz

[...]

(2) Versicherte Personen,

[...]

- 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2024/2025 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 2024/2025. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2024/2025 i.V.m. Nr. 11 des Tarifs PV 2024/2025 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 2024/2025) schriftlich mitteilen und erläutern.

[...]

§ 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 2024/2025 vorliegt oder
- 2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2024/2025 ist.

[...]

[...]

§ 7 Übergangsregelung für Leistungsbezieher nach dem Soldatenversorgungsgesetz

Für versicherte Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der

Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 13 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), des § 23 Abs. 5 SGB XI (siehe Anhang) und des § 5 Abs. 1 b) MB/PPV

2023 weiter.

§ 8 Übergangsregelung zum Gemeinsamen Jahresbetrag im Jahr 2025

Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Ersatzpflege gemäß § 4 Abs. 6

MB/PPV 2025 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 4 Abs. 10 MB/PPV 2025 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach Nr. 3 und Nr. 6 des Tarifs PV für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.

Aktualisierung des Pflege-/Hilfsmittelverzeichnisses der privaten Pflegepflichtversicherung – PPV (Anlage zu Tarif PV)

Das Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) wurde geändert. Es erfolgte eine Anpassung an die entsprechenden Veränderungen im GKV-Hilfsmittelverzeichnis. Das Pflege- und Hilfsmittelverzeichnis wird demnach so fortgeschrieben, dass den Versicherten der PPV Vertragsleistungen zur Verfügung gestellt werden, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegepflichtversicherung gleichwertig sind. Die Änderungen werden durch Durchstreichungen (bisheriger Text) und Unterstreichungen (neuer Text) kenntlich gemacht.

Stand: 1. Januar ~~2025~~ 2026

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten	
[...]	
• Pflegebetten, motorisch höhenverstellbar (<u>Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 170 kg bis 210 kg</u>)	50 45 01 1000-1999
• Kinder- / Kleinkindpflegebetten Pflegebetten, motorisch verstellbar (<u>Liegeflächen-Länge 1,40 Meter bis 1,80 Meter, SAL ≤170 kg</u>)	50 45 01 2000-2999
[...]	
• Pflegebetten, <u>motorisch verstellbar</u> mit Sitz- und Aufrichtfunktion (<u>Liegeflächen-Länge >1,80 Meter</u>)	50 45 01 4000-4999
• Niedrigpflegebetten <u>Pflege-Niedrigbetten</u> , motorisch verstellbar (<u>Liegeflächen-Länge >1,80 Meter</u>)	50 45 01 5000-5999
• Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 251 bis 314 kg)	50 45 01 6000-6999
• Pflegebetten, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL >314 kg)	50 45 01 7000-7999
1.2 Pflegebettzubehör	
[...]	
• Bettaufrichter (Bettgallen)	50 45 02 2000-2999
[...]	
• Bettseitenteile (Seitengitter)	50 45 02 4000-4999
[...]	
• <u>Seitenpolster für Pflegebetten</u>	50 45 02 6000-6999
• <u>Bettzelte für den temporären Gebrauch</u>	50 45 02 7000-7999
1.3 Bettzunchriften zur Pflegeerleichterung	
[...]	
• Einlegerahmen, motorisch verstellbar mit Sitz-/Schwenkfunktion	50 45 03 3000-3999
[...]	
• Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL ≤ 250 kg)	50 45 03 5000-5999
• Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL 251 bis 314 kg)	50 45 03 6000-6999
• Einlegerahmen, motorisch verstellbar (Liegeflächen-Länge >1,80 Meter, SAL > 314 kg)	50 45 03 7000-7999
1.4 Spezielle Pflegebettische/-schränke	
• Pflegebettische	50 45 04 0001-0999
• Betttschränke <u>Pflegebetttschränke</u> mit verstellbarer Tischplatte	50 45 04 1000-1999
[...]	
1.7 Lagekorrekturhilfen für BettlakenPositionierungshilfen	
• Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen <u>Lagekorrekturhilfen</u>	50 45 09 0000-0999
• <u>Positionierungshilfen/Transferhilfen</u>	50 45 09 1000-1999
[...]	
1.9 Rampensysteme	
Mobile Rampen <u>zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen</u>	50 45 11 0000-0999
	22 50 01 0000-0999

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene

[...]

2.10 WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung	
• <u>WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung</u>	33 40 05 0001-0999

2.110 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen

[...]

2.124 Dusch-/Toilettenrollstühle

[...]



2.132 Toilettentrollstühle

[...]

2.143 Duschrollstühle

[...]

3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigen Lebensführung/ Mobilität

HMV-Nummer

3.1 Notrufsysteme

[...]

- Zubehör für Hausnotrufsysteme 52 40 01 2000-2899

[...]

3.3 Pflegehilfsmittel zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung

[...]

- Pflegehilfsmittel zur zeitlichen Orientierung 52 40 03 1000-1999
- Erinnerungshilfen für wesentliche Ereignisse 52 40 03 2000-2899
- Produkte zur Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme 52 40 03 2000-2999

[...]

3.4 Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

[...]

- Produkte zur Messung und Deutung von Körperzuständen 52 40 04 1000-1999

[...]

Hilfsmittel*:

3.6 Hilfen zum Verlassen / Aufsuchen der Wohnung

- Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen 22 50 01 0001-0999

3.67 Gehhilfen

[...]

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

HMV-Nummer

[...]

4.3 Sitzhilfen zur Vorbeugung

- Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterialien/Weichlagerungssitzkissen 11 39 01 1000-4999

4.4 Liegehilfen zur Vorbeugung

- Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien/Weichlagerungsaufgaben 11 29 01 0001-12999
- Schaummatratzen mit einseitiger Liegefläche/Weichlagerungsmatratzen mit unstrukturierter/ebener Liegefläche 11 29 05 0001-0999
- Schaummatratzen mit unteiler Liegefläche/Weichlagerungsmatratzen mit strukturierter/unebener Liegefläche 11 29 05 1000-1999
- Schaummatratzen/Weichlagerungsmatratzen mit austauschbaren Weichlagerungselementen 11 29 05 2000-2999
- Schaummatratzen/Weichlagerungsmatratzen mit integrierter Freilagerung 11 29 05 6000-6999

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

HMV-Nummer

[...]

Hilfsmittel*:

5.4 Saugende Aufsaugende Inkontinenzvorlagen

- Anatomisch geformte Vorlagen/Inkontinenzvorlagen, normale Saugleistung 15 25 30 0001-0999
- Anatomisch geformte Vorlagen/Inkontinenzvorlagen, erhöhte Saugleistung 15 25 30 1000-1999
- Anatomisch geformte Vorlagen/Inkontinenzvorlagen, hohe Saugleistung 15 25 30 2000-2999
- Rechteckvorlagen, normale Saugleistung 15 25 30 3000-3999
- Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung 15 25 30 4000-4999
- Vorlagen für Urininkontinenz/Anatomisch geformte Inkontinenzvorlagen, niedrige Saugleistung 15 25 30 5000-5999

[...]

5.6 Saugende Aufsaugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)

- Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen 15 25 34 0001-8999

[...]

Weitere Änderungen im Leistungsumfang der Privaten Pflegepflichtversicherung

Wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass sich ab dem 1. Januar 2026 die Leistungen Ihrer privaten Pflegepflichtversicherung ändern. Die Änderung erfolgt aufgrund des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in Verbindung mit § 1 Abs. 12 MB/PPV. Über die wichtigsten Änderungen wollen wir Sie nachfolgend informieren.

Für Pflegegeldbezieher ändern sich die Zeiträume, in denen ein Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen ist. Bei Pflegegrad 2 – 5 sind Sie verpflichtet, einmal im Halbjahr einen Beratungsbesuch, z.B. durch die Pflegeberatung von COMPASS oder einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen. Bei Pflegegrad 4 oder 5 können Sie vierteljährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung während einer Pflegezeit werden Beschäftigten bis zum Ende der Pflegezeit gewährt.

Erstattet werden bei Pflegegrad 1 - 5 Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen bis zu insgesamt 40 Euro im Kalendermonat und für ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen bis zu insgesamt 30 Euro im Kalendermonat.

Neu hinzugekommen sind Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung. In dieser Wohnform besteht für Pflegebedürftige ein Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege und auf bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung. Bei Pflegegrad 1 – 5 sind das Pflegeberatung, Pflegehilfsmittel, Verbrauchshilfsmittel, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen, zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung sowie Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 besteht darüber hinaus ein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe, anteiliges Pflegegeld, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie auf Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen.

Neu ist auch, dass Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr weitergewährt wird. Bislang waren es sechs Wochen im Kalenderjahr. Statt in den ersten vier Wochen wird nun in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 SGB XI entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld weitergezahlt. Auch die Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden nunmehr für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson oder in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation des Pflegebedürftigen weitergezahlt.



LVM Krankenversicherungs-AG

Aufsichtsratsvorsitzender: Franz-Josef Holzenkamp, Vorstand: Dr. Mathias Kleuker (Vorsitzender),
Peter Bochnia, Heinz Gressel, Marcus Loskant, Reimar Volkert, Dr. Rainer Wilmink
Kolde-Ring 21, 48151 Münster, Telefon: 0251 702-0, info@lvm.de, www.lvm.de

Aktiengesellschaft, Sitz: Münster, Registergericht: Amtsgericht Münster, HR B 1809
USt-ID-Nr.: DE 126118076, Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei im Sinne des UStG und der
6. EG-Richtlinie, IBAN: DE75 4005 0150 0000 0040 44, SWIFT-Code/BIC: WELADED1MST,
Sparkasse Münsterland Ost

Versicherungsschein

Seite 1

Versicherungs-Nr. 77.548.584.1-KV

Ausfertigung 19.11.2025
gültig ab: 01.01.2026

Versicherungsnehmer Marco Meisen, Am Mattengraben 16, 53913 Swisttal

Die LVM Krankenversicherungs-AG übernimmt Versicherungsschutz für nachstehend genannte Personen. Inhalt des Versicherungsvertrages und Umfang des Versicherungsschutzes richten sich nach den vereinbarten Tarifen und den Versicherungsbedingungen; maßgebend ist ferner der Versicherungsantrag. Besondere Vereinbarungen gelten als Vertragsinhalt nur dann, wenn auf sie im Versicherungsschein ausdrücklich hingewiesen ist.

Person Marco Meisen, geboren am 18.12.1978

Tarif(e)	Versicherungs- beginn	Änderungs- termin	Tarif- beitrag* €	Zuschlag €	Beitragsrate Anwartschaft	Beitrag €
A650 (M/F)	01.01.2011	01.01.2026	375,42			375,42
S2 (M/F)	01.01.2011	01.01.2026	227,42			227,42
Z100/80 (M/F)	01.01.2011	01.01.2026	72,63			72,63
KURT (M/F)	01.01.2011	01.01.2025	1,45			1,45
Vorsorge-Plus (M/F)	01.01.2011	01.01.2026	120,54			120,54
Vorsorge (M/F)	01.01.2011	01.01.2026	67,54			67,54
KT43 (M/F)	01.01.2021	01.01.2025	160,34			160,34
KHT (M/F)	01.01.2011	01.01.2026	2,52			2,52
PZT-Komfort (M/F)	01.01.2011	01.01.2026	67,53			67,53
PVN/H	01.01.2016	01.01.2026	79,24			79,24
monatliche Beitragsrate						1.174,63

* Hierin sind Nachlässe von insgesamt 6,63 € auf Grund von Begrenzungen von Beitragsanpassungen enthalten.

Person Lilli Maria Meisen, geboren am 04.05.2018

Tarif(e)	Versicherungs- beginn	Änderungs- termin	Tarif- beitrag €	Zuschlag €	Beitragsrate Anwartschaft	Beitrag €
A300	04.05.2018	01.01.2026	124,02			124,02
S2	04.05.2018	01.01.2026	69,36			69,36
Z100/80	04.05.2018	01.01.2026	60,43			60,43
KURT	04.05.2018	01.01.2025	0,75			0,75
Vorsorge	04.05.2018	01.01.2020				
KHT	04.05.2018	01.01.2026	0,62			0,62
PZT-Komfort	04.05.2018	01.01.2026	11,74			11,74
PVN/F	04.05.2018	01.01.2026				
monatliche Beitragsrate						266,92



Versicherungsschein

Seite 2

Versicherungs-Nr. 77.548.584.1-KV

Ausfertigung 19.11.2025
gültig ab: 01.01.2026

Person Lou Lore Meisen, geboren am 26.12.2019

Tarif(e)	Versicherungs- beginn	Änderungs- termin	Tarif- beitrag €	Zuschlag €	Beitragsrate Anwartschaft	Beitrag €
A300	26.12.2019	01.01.2026	124,02			124,02
S2	26.12.2019	01.01.2026	69,36			69,36
Z100/80	26.12.2019	01.01.2026	60,43			60,43
KURT	26.12.2019	01.01.2025	0,75			0,75
Vorsorge	26.12.2019	01.01.2020				
KHT	26.12.2019	01.01.2026	0,62			0,62
PZT-Komfort	26.12.2019	01.01.2026	11,74			11,74
PVN/F	26.12.2019	01.01.2026				
monatliche Beitragsrate						266,92

Person Kristina Meisen, geboren am 30.05.1987

Tarif(e)	Versicherungs- beginn	Änderungs- termin	Tarif- beitrag €	Zuschlag €	Beitragsrate Anwartschaft	Beitrag €
A650	01.04.2022	01.01.2026	372,62			372,62
S2	01.04.2022	01.01.2025	197,80			197,80
Z100/80	01.04.2022	01.01.2026	75,55			75,55
KURT	01.04.2022	01.01.2025	7,55			7,55
Vorsorge	01.04.2022	01.01.2026	64,60			64,60
KT29	01.04.2022	01.01.2026	45,04		5 %	2,25
KHT	01.04.2022	01.01.2026	3,17			3,17
PZT-Komfort	01.04.2022	01.01.2026	50,74			50,74
PVN	01.04.2022	01.01.2026	69,50			69,50
monatliche Beitragsrate						843,78

monatliche Beitragsrate gesamt 2.552,25

Person Marco Meisen

Geburtsdatum 18.12.1978

Versicherte Leistungen

ambulant Tarif A650 (M/F)
Erstattung der Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung mit einer Selbstbeteiligung von 650,00 € pro Kalenderjahr gemäß AVB/V.

Versicherungsschein

Seite 3

Versicherungs-Nr. 77.548.584.1-KV **Ausfertigung** 19.11.2025
gültig ab: 01.01.2026

stationär Tarif S2 (M/F)
Erstattung gemäß AVB/V der Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (Regel- und Wahlleistungen) im Zweibettzimmer mit einer Selbstbeteiligung von 15 € täglich für längstens 7 Tage pro Kalenderjahr.

Zahn Tarif Z100/80 (M/F)
Erstattung gemäß AVB/V der Aufwendungen für Zahnbehandlung zu 100 % und für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung zu 80 % zusammen jedoch höchstens bis zu dem im Tarif festgelegten jeweiligen absoluten Höchstsatz.

Kurtagegeld Tarif KURT (M/F)
Zahlung eines Kurtagegeldes gemäß AVB/KURT für vollstationäre Genesungskuren in Höhe von 50,00 €, für sonstige Kuren in Höhe von 25,00 €.

Vorsorge-Plus Tarif Vorsorge-Plus (M/F)
Der vereinbarte Nachlass beträgt 324,00 Euro. Der Tarif Vorsorge-Plus bietet eine zusätzliche Möglichkeit zur individuellen Beitragsbegrenzung im Alter.
Ab dem 1. Januar des Jahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, wird der Nachlass mit dem Beitrag zur Krankenversicherung verrechnet.
Der Beitrag für den Tarif Vorsorge-Plus ist über die gesamte Versicherungsdauer - auch bei Erhalt des Nachlasses - zu zahlen.
Der Tarif enthält eine Dynamik, es besteht die Möglichkeit des Widerspruchs. Eine Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich.
Der Beitrag für den Tarif Vorsorge-Plus ist arbeitgeberzuschussfähig und teilweise steuerlich absetzbar.

Vorsorge Tarif Vorsorge (M/F)
Summe der nach § 149 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) vorgeschriebenen Beitragszuschläge für die zuschlagspflichtigen Tarife. Die Zuschläge werden der Alterungsrückstellung zugeführt und ab dem Alter 65 zur Beitragsentlastung nach § 150 (3) VAG verwendet.

Krankentagegeld Tarif KT43 (M/F)
Zahlung eines Krankentagegeldes gemäß AVB/KT in Höhe von 336,00 € ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Krankenhaustagegeld Tarif KHT (M/F)
Zahlung eines Krankenhaustagegeldes gemäß AVB/KHT in Höhe von 15,00 €.

Pflegezusatz Komfort Tarif PZT-Komfort (M/F)
Zahlung eines Pflegetagegeldes gemäß AVB/PZT. Der vereinbarte Tagessatz beträgt 74,00 €.

Pflegepflicht Tarif PVN/H
Erstattung gemäß AVB/PV bei Pflegebedürftigkeit. Der Beitrag wird auf Grund § 8 Abs. 5 der AVB/PV auf den jeweiligen Höchstbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung (West) begrenzt.

Person Lilli Maria Meisen **Geburtsdatum** 04.05.2018

Versicherte Leistungen

ambulant Tarif A300
Erstattung der Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung mit einer Selbstbeteiligung von 300,00 € pro Kalenderjahr gemäß AVB/V.



Versicherungsschein

Seite 4

Versicherungs-Nr.	77.548.584.1-KV	Ausfertigung gültig ab:	19.11.2025 01.01.2026
stationär	Tarif S2 Erstattung gemäß AVB/V der Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (Regel- und Wahlleistungen) im Zweibettzimmer mit einer Selbstbeteiligung von 15 € täglich für längstens 7 Tage pro Kalenderjahr.		
Zahn	Tarif Z100/80 Erstattung gemäß AVB/V der Aufwendungen für Zahnbehandlung zu 100 % und für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung zu 80 % zusammen jedoch höchstens bis zu dem im Tarif festgelegten jeweiligen absoluten Höchstsatz.		
Kurtagegeld	Tarif KURT Zahlung eines Kurtagegeldes gemäß AVB/KURT für vollstationäre Genesungskuren in Höhe von 50,00 €, für sonstige Kuren in Höhe von 25,00 €.		
Vorsorge	Tarif Vorsorge Summe der nach § 149 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) vorgeschriebenen Beitragszuschläge für die zuschlagspflichtigen Tarife. Die Zuschläge werden der Alterungsrückstellung zugeführt und ab dem Alter 65 zur Beitragsentlastung nach § 150 (3) VAG verwendet.		
Krankenhaustagegeld	Tarif KHT Zahlung eines Krankenhaustagegeldes gemäß AVB/KHT in Höhe von 15,00 €.		
Pflegezusatz Komfort	Tarif PZT-Komfort Zahlung eines Pflegetagegeldes gemäß AVB/PZT. Der vereinbarte Tagessatz beträgt 56,00 €.		
Pflegepflicht	Tarif PVN/F Erstattung gemäß AVB/PV bei Pflegebedürftigkeit. Die Versicherung ist auf Grund von § 8 Abs. 3 a) bis c) der AVB/PV beitragsfrei.		
Person	Lou Lore Meisen	Geburtsdatum	26.12.2019

Versicherte Leistungen

ambulant	Tarif A300 Erstattung der Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung mit einer Selbstbeteiligung von 300,00 € pro Kalenderjahr gemäß AVB/V.		
stationär	Tarif S2 Erstattung gemäß AVB/V der Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (Regel- und Wahlleistungen) im Zweibettzimmer mit einer Selbstbeteiligung von 15 € täglich für längstens 7 Tage pro Kalenderjahr.		
Zahn	Tarif Z100/80 Erstattung gemäß AVB/V der Aufwendungen für Zahnbehandlung zu 100 % und für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung zu 80 % zusammen jedoch höchstens bis zu dem im Tarif festgelegten jeweiligen absoluten Höchstsatz.		
Kurtagegeld	Tarif KURT Zahlung eines Kurtagegeldes gemäß AVB/KURT für vollstationäre Genesungskuren in Höhe von 50,00 €, für sonstige Kuren in Höhe von 25,00 €.		
Vorsorge	Tarif Vorsorge Summe der nach § 149 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) vorgeschriebenen Beitragszuschläge für die zuschlagspflichtigen Tarife. Die Zuschläge werden der Alterungsrückstellung zugeführt und ab dem Alter 65 zur Beitragsentlastung nach § 150 (3) VAG verwendet.		

Versicherungsschein

Seite 5

Versicherungs-Nr. 77.548.584.1-KV

Ausfertigung 19.11.2025
gültig ab: 01.01.2026

Krankenhaustagegeld Tarif KHT
Zahlung eines Krankenhaustagegeldes gemäß AVB/KHT in Höhe von 15,00 €.

Pflegezusatz Komfort Tarif PZT-Komfort
Zahlung eines Pflegetagegeldes gemäß AVB/PZT. Der vereinbarte Tagessatz beträgt 56,00 €.

Pflegepflicht Tarif PVN/F
Erstattung gemäß AVB/PV bei Pflegebedürftigkeit. Die Versicherung ist auf Grund von § 8 Abs. 3 a) bis c) der AVB/PV beitragsfrei.

Person Kristina Meisen

Geburtsdatum 30.05.1987

Versicherte Leistungen

ambulant Tarif A650
Erstattung der Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung mit einer Selbstbeteiligung von 650,00 € pro Kalenderjahr gemäß AVB/V.

stationär Tarif S2
Erstattung gemäß AVB/V der Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (Regel- und Wahlleistungen) im Zweibettzimmer mit einer Selbstbeteiligung von 15 € täglich für längstens 7 Tage pro Kalenderjahr.

Zahn Tarif Z100/80
Erstattung gemäß AVB/V der Aufwendungen für Zahnbehandlung zu 100 % und für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung zu 80 % zusammen jedoch höchstens bis zu dem im Tarif festgelegten jeweiligen absoluten Höchstsatz.

Kurtagegeld Tarif KURT
Zahlung eines Kurtagegeldes gemäß AVB/KURT für vollstationäre Genesungskuren in Höhe von 160,00 €, für sonstige Kuren in Höhe von 80,00 €.

Vorsorge Tarif Vorsorge
Summe der nach § 149 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) vorgeschriebenen Beitragszuschläge für die zuschlagspflichtigen Tarife. Die Zuschläge werden der Alterungsrückstellung zugeführt und ab dem Alter 65 zur Beitragsentlastung nach § 150 (3) VAG verwendet.

Krankentagegeld Tarif KT29
Zahlung eines Krankentagegeldes gemäß AVB/KT in Höhe von 75,00 € ab dem 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit.
Ab dem 01.04.2022 gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung (AVB/KAW). Während der Dauer der Anwartschaft besteht kein Leistungsanspruch.

Krankenhaustagegeld Tarif KHT
Zahlung eines Krankenhaustagegeldes gemäß AVB/KHT in Höhe von 15,00 €.

Pflegezusatz Komfort Tarif PZT-Komfort
Zahlung eines Pflegetagegeldes gemäß AVB/PZT. Der vereinbarte Tagessatz beträgt 46,00 €.

Pflegepflicht Tarif PVN
Erstattung gemäß AVB/PV bei Pflegebedürftigkeit.

Auf Grund der in § 4 Nr. 5 VersStG geregelten Befreiung ist für diesen Beitrag keine Versicherungssteuer zu erheben / abzuführen.



Versicherungsschein

Seite 6

Versicherungs-Nr. 77.548.584.1-KV

Ausfertigung 19.11.2025
gültig ab: 01.01.2026

Sie können jederzeit auf Ihre Kosten Abschriften der Erklärungen verlangen, die Sie mit Bezug auf den Versicherungsvertrag abgegeben haben.

Mit freundlichem Gruß
LVM Krankenversicherungs-AG



Dr. Kleuker



Dr. Wilmink

Maßgebliche Gründe für die Anpassung der Beiträge zum 1. Januar 2026

Was war der Auslöser für die Anpassung der Beiträge?

Die *Versicherungsleistungen* und die *Sterbewahrscheinlichkeiten* sind maßgebliche Rechnungsgrundlagen für die Kalkulation des Beitrags (§ 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit § 155 Absatz 3 und 4 Versicherungsaufsichtsgesetz sowie § 8b der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen bzw. § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung). Für diese Rechnungsgrundlagen muss jährlich jeweils einzeln geprüft werden, ob die erforderlichen Werte für eine Versichertengemeinschaft von den kalkulierten Werten abweichen. Bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Abweichung der erforderlichen von den kalkulierten Versicherungsleistungen von mehr als 5 % oder einer Abweichung der erforderlichen von den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten von mehr als 5 % müssen sämtliche Rechnungsgrundlagen (u.a. auch die *Stornowahrscheinlichkeiten* und der *Rechnungszins*) aktualisiert und der Beitrag gegebenenfalls angepasst werden. Hierzu bedarf es der Zustimmung des unabhängigen Treuhänders. In den Tabellen im Anschluss haben wir für alle versicherten Personen dargestellt, bei welchen Tarifen eine Anpassung der Beiträge auf Grund einer nicht nur vorübergehenden Überschreitung des geltenden Schwellenwertes von 5 % erforderlich wurde und welche maßgebliche Rechnungsgrundlage der Auslöser dafür war (x).

Zusätzlich haben wir die Veränderung des Rechnungszinses angegeben.

Mit der erfolgten Anpassung der Beiträge nach den hier beschriebenen Voraussetzungen können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden (§ 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit § 8b Teil I Absatz 1 Satz 4 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen). Davon haben wir für Frauen im Tarif A650 (M/F) sowie für Kinder und Jugendliche im Tarif A1350 (M/F) und A1350 Gebrauch gemacht.

Der Abschluss eines Vorsorge-Plus bzw. Vorsorge-Plus (M/F) ist immer an eine Krankheitskostenvollversicherung gekoppelt, die wir als Grundversicherung bezeichnen. Werden die Beiträge für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs der Grundversicherung angepasst (siehe untenstehende Tabelle), so werden auch die Beiträge für den Vorsorge-Plus bzw. Vorsorge-Plus (M/F) überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst.

Marco Meisen, geboren am 18.12.1978

Tarif	Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen	Rechnungsgrundlage Sterblichkeit	Veränderung Rechnungszins
A650 (M/F)	X		unverändert
S2 (M/F)	X		unverändert
Z100/80 (M/F)	X		- 0,10 %-Punkte
KHT (M/F)	X		unverändert
PZT-Komfort (M/F)	X		unverändert
PVN/H	X		+ 0,40 %-Punkte*

*) Hierbei handelt es sich um die Veränderung des vom Verband der Privaten Krankenversicherung vorgegebenen Rechnungszinses.

Lilli Maria Meisen, geboren am 04.05.2018

Tarif	Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen	Rechnungsgrundlage Sterblichkeit	Veränderung Rechnungszins
A300	X		
S2	X		
Z100/80	X		
KHT	X		
PZT-Komfort	X		
PVN/F	X		+ 0,40 %-Punkte*

*) Hierbei handelt es sich um die Veränderung des vom Verband der Privaten Krankenversicherung vorgegebenen Rechnungszinses.



Lou Lore Meisen, geboren am 26.12.2019

Tarif	Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen	Rechnungsgrundlage Sterblichkeit	Veränderung Rechnungszins
A300	X		
S2	X		
Z100/80	X		
KHT	X		
PZT-Komfort	X		
PVN/F	X		+ 0,40 %-Punkte*

*) Hierbei handelt es sich um die Veränderung des vom Verband der Privaten Krankenversicherung vorgegebenen Rechnungszinses.

Kristina Meisen, geboren am 30.05.1987

Tarif	Rechnungsgrundlage Versicherungsleistungen	Rechnungsgrundlage Sterblichkeit	Veränderung Rechnungszins
A650	X		unverändert
Z100/80	X		- 0,10 %-Punkte
KT29	X		unverändert
KHT	X		unverändert
PZT-Komfort	X		unverändert
PVN	X		+ 0,40 %-Punkte*

*) Hierbei handelt es sich um die Veränderung des vom Verband der Privaten Krankenversicherung vorgegebenen Rechnungszinses.

Was sind die maßgeblichen und weiteren Gründe für die Höhe der Anpassung der Beiträge?

Im Folgenden beschreiben wir Ihnen die maßgeblichen Gründe für die Höhe der Anpassung der Beiträge. Die Höhe der aktuellen Anpassung resultiert dabei aus dem Zusammenspiel der gegebenenfalls erforderlichen Aktualisierung mehrerer Rechnungsgrundlagen.

Veränderte Ausgaben in den Tarifen der Krankenversicherung

- Im Bereich der ambulanten Leistungen sind sowohl die Anzahl der Arztbesuche als auch die Anzahl der verordneten Arzneimittel in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Arzneimittel zählen weiterhin zu den stärksten Kostentreibern. Besonders betroffen sind die ambulanten Tarife der Vollkostenversicherung sowie die Beihilfe- und Ausbildungstarife.
- Im stationären Bereich beobachten wir, dass insgesamt deutlich mehr Operationen durchgeführt werden - besonders im Bereich der Prothetik. Gleichzeitig nehmen die Fälle psychotherapeutischer, psychosomatischer und psychiatrischer Behandlungen im stationären Bereich zu.
- Auch die Kosten im zahnärztlichen Bereich steigen erheblich - vor allem durch neue Behandlungsmethoden, höhere Laborkosten und eine wachsende Nachfrage nach Zahnersatz.

Veränderte Ausgaben in den Tarifen der Krankentagegeldversicherung

Langwierige Erkrankungen - etwa psychische Leiden oder Beschwerden des Bewegungsapparats - nehmen zu. Wenn Versicherte länger nicht arbeiten können, steigen die Leistungen bei Verdienstausschlag. Das wirkt sich auf die Beitragshöhe aus.

Veränderte Ausgaben in den Tarifen der Pflegeversicherung

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren den Leistungsumfang der Pflegepflichtversicherung in mehreren Reformschritten deutlich ausgeweitet. Pflegebedürftigkeit wird heute früher erkannt und besser dokumentiert. Gleichzeitig sind viele Menschen besser informiert und beantragen gezielt Leistungen - was zu einem Anstieg der offiziell anerkannten Pflegefälle geführt hat. Dadurch ist die Zahl der Versicherten, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beanspruchen können, gestiegen. Dies führte sowohl in der Pflegepflichtversicherung als auch in der Pflegezusatzversicherung zu einer höheren Inanspruchnahme von Leistungen und damit zu höheren Beiträgen.

Steigende Lebenserwartung

Die Menschen werden zum Glück immer älter. Die steigende Lebenserwartung führt zu einem höheren Vorsorgebedarf für die Krankheitskosten im Alter. Wir berücksichtigen in den von der Anpassung betroffenen Tarifen Erkenntnisse auf Basis der neuesten Sterbetafel PKV-2026. Der Effekt auf den Beitrag ist bei dieser Anpassung sehr gering. Um sicherzustellen, dass die Absicherung unsere Kunden auch im hohen Alter zuverlässig bleibt, passen wir das sogenannte rechnungsmäßige Endalter an, also das Alter, bis zu dem wir kalkulatorisch mit Leistungsansprüchen rechnen. Das bedeutet: Wir planen mit einer längeren Lebenszeit - und damit auch mit einer längeren Absicherungsdauer. Diese vorsichtige Kalkulation dient Ihrer Sicherheit.

Veränderte Zinsen

Den sogenannten Rechnungszins - also den Zinssatz, mit dem wir langfristig kalkulieren - leiten wir aus einem festen Verfahren ab. Dabei berücksichtigen wir sowohl die Entwicklung unserer Kapitalanlagen als auch das aktuelle Zinsniveau am Markt. Die Zinsen sind zwar nicht mehr so hoch wie Mitte 2024, aber auch nicht so niedrig wie in der Zeit von 2015 bis 2021, als sie teilweise bei 0% oder sogar negativ lagen. Das bedeutet: Wir können die Rücklagen für Ihre Absicherung im Alter teilweise wieder zu etwas besseren Konditionen anlegen. In einigen Tarifen führt das zu einer Anhebung des Rechnungszinses und damit zu einem beitragsenkenden Effekt. In anderen Tarifen, die längere Zeit nicht angepasst wurden, mussten wir den Rechnungszins hingegen noch einmal senken. Das kann zu höheren Beiträgen führen.

Wichtig für Sie: Sollten die tatsächlichen Zinserträge später höher ausfallen als kalkuliert, schreiben wir Ihnen diese Überschüsse fast vollständig für Ihre Beitragsentlastung im Alter gut. In der rechten Spalte der obigen Tabelle sehen Sie, ob und wie sich der Rechnungszins für Ihre Tarife verändert hat.

Veränderung des Kündigungsverhaltens

Wenn Versicherte kündigen, fließt ein Teil ihrer Rückstellungen der Gemeinschaft zu - das senkt die Beiträge. Da jedoch immer weniger Kundinnen und Kunden die LVM verlassen, entfällt dieser Effekt zunehmend. Das zeigt zwar eine hohe Zufriedenheit, bedeutet aber auch: Die Rückstellungen müssen stärker als bislang einkalkuliert über die laufenden Beiträge finanziert werden. Bei dieser Anpassung sind die Auswirkungen jedoch gering.

Veränderung der weiteren Rechnungsgrundlagen

Die notwendigen Änderungen der weiteren Rechnungsgrundlagen haben einen geringen Einfluss auf die Höhe der Anpassung der Beiträge.

Wann hat der Treuhänder der Anpassung der Beiträge zugestimmt?

Unabhängige Treuhänder haben die festgelegten Rechnungsgrundlagen und die Höhe der neuen Beiträge geprüft. Sie haben uns am 27. Oktober 2025 bestätigt, dass sämtliche Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung nach den §§ 203 Abs. 2 VVG und 155 VAG erfüllt sind und dass sie der Beitragsanpassung zustimmen. Auch der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) haben wir soweit erforderlich die Berechnungen vorgelegt.



LVM Krankenversicherungs-AG

Aufsichtsratsvorsitzender: Franz-Josef Holzenkamp, Vorstand: Dr. Mathias Kleuker (Vorsitzender),
Peter Bochnia, Heinz Gressel, Marcus Loskant, Reimar Volkert, Dr. Rainer Wilmink
Kolde-Ring 21, 48151 Münster, Telefon: 0251 702-0, info@lvm.de, www.lvm.de

Aktiengesellschaft, Sitz: Münster, Registergericht: Amtsgericht Münster, HR B 1809
USt-ID-Nr.: DE 126118076, Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei im Sinne des UStG und der
6. EG-Richtlinie, IBAN: DE75 4005 0150 0000 0040 44, SWIFT-Code/BIC: WELADED1MST,
Sparkasse Münsterland Ost