



Versicherungsservice

Versicherungsmakler Helge Kühl

Aschauer Weg 4

24214 Neudorf

Tel. +49 (0) 4346 – 2960200

Fax +49 (0) 4346 – 2960207

E-Mail info@helgekuehl.de

Basisinformation private Pflegezusatzversicherungen (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung)

Priorität des Abschlusses: Einzelfallentscheidung - hohe Versorgungslücken möglich!

I. Das Problem

Experten warnen: In wenigen Jahren wird jeder sechste Bundesbürger zum Pflegefall. Nicht nur alte Menschen sind auf Hilfe angewiesen, auch junge Leute werden nach einem Unfall, einer schweren Krankheit oder als Opfer eines Verbrechens pflegebedürftig. Schon heute sind 2 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Schätzungen sprechen von etwa 4 Millionen Pflegefällen bis 2030.

II. Der gesetzliche Versicherungsschutz

Seit 1995 gibt es die gesetzliche Pflegeversicherung. Die Versicherung ist Pflicht für alle gesetzlich und privat Krankenversicherten. Es gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Wer einer gesetzlichen Krankenversicherung angehört, wird Mitglied der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung. Wer durch Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wird, kann innerhalb von drei Monaten in die private Pflegepflichtversicherung wechseln, ohne seinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz aufzugeben. Zeitsoldaten sind Pflichtmitglieder in der sozialen Pflegeversicherung. Die private Pflegepflichtversicherung ist für die Mitglieder der privaten Krankenversicherung zuständig. Privatversicherte Beamte müssen nur die durch die Beihilfe nicht gedeckten Pflegekosten versichern.

Der Beitrag in der Pflegepflichtversicherung beträgt seit dem 1.7.2008 1,95% des monatlichen Bruttoeinkommens, allerdings maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diesen Beitrag zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte. Kinderlose, die nach dem 31.12.1939 geboren wurden, zahlen einen zusätzlichen Beitrag von 0,25 %-Punkte.

Was leistet die gesetzliche Pflegepflichtversicherung?

Der Versicherer leistet Ersatz von Aufwendungen für die Pflege, und zwar entweder für häusliche Pflege (§§ 36 – 40 SGB XI), teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege (§§ 41 – 42 SGB XI) und Vollstationäre Pflege (§§ 43 – 43 a SGB XI). Der Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit. Dies trifft für Personen zu, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Leistungen des täglichen Lebens voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Gemeint sind die Grundpflege wie Hilfe bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden, Aufstehen, Zu-Bett-Gehen und die hauswirtschaftliche Versorgung wie Kochen, Einkaufen oder Reinigung der Wohnung.

Wer stellt die Pflegebedürftigkeit fest?

Bevor die Pflegekasse Pflegeleistungen erbringt, muss der Versicherte einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen. Der Antrag ist an die Krankenkasse zu richten, bei der der Versicherte krankenversichert ist. Durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wird festgestellt, ob und in welcher Höhe Pflegeleistungen gezahlt werden. Die Pflegekasse stellt durch Bescheid die Pflegebedürftigkeit fest, dabei erfolgt die Einordnung in eine der drei Pflegestufen. Die Einstufung ist abhängig von der Zeit, die durchschnittlich für tägliche Pflege aufgewendet werden muss.

Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit): Erheblich Pflegebedürftig sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens einmal täglich auf Unterstützung angewiesen sind und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand, der wöchentlich im Tagesdurchschnitt notwendig ist, muss mindestens 90 Minuten betragen, davon müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen.

Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit): Schwerpflegebedürftig sind Personen, die mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Zeiten der Unterstützung bei der Grundpflege bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand, der wöchentlich im Tagesdurchschnitt notwendig ist, muss mindestens drei Stunden betragen, davon müssen mehr als zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit): Schwerstpflegebedürftig sind Personen, die rund um die Uhr, auch nachts, bei der Grundpflege unterstützt werden müssen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand, der wöchentlich im Tagesdurchschnitt notwendig ist, muss mindestens fünf Stunden betragen, davon müssen mehr als vier Stunden auf die Grundpflege entfallen.

Zusätzlich kommt es auch darauf an, wo und von wem die Pflege durchgeführt wird. Bei einer Pflege im Heim oder durch einen professionellen Pflegedienst zahlt die Pflegeversicherung direkt an das Heim oder den Pflegedienst. Wird der Pflegebedürftige zu Hause von Angehörigen betreut, zahlt die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen ein Pflegegeld.

Die gesetzliche Pflegeversicherung übernimmt nur einen Teil der Kosten. Den verbleibenden Rest müssen die Pflegebedürftigen aus eigener Tasche bezahlen. Reicht die Rente nicht und ist das Vermögen aufgebraucht, muss das Sozialamt zahlen. Allerdings müssen der Ehepartner und die Kinder als Unterhaltspflichtige unter Umständen damit rechnen, vom Sozialamt in Anspruch genommen zu werden.

ÖKO-TEST, Ratgeber Rente, Geld, Versicherungen, Nr. 5 / 2006) und FINANZtest, Heft 4 / 2006 haben Untersuchungen zur Pflegeversicherung durchgeführt. Deutlich wurde, dass der Ersatz der Aufwendungen für die Pflege durch die Pflegepflichtversicherung nicht ausreicht, um die Gesamtkosten zu decken. Ergänzender privater Versicherungsschutz ist zu prüfen.

Pflegestufe	Ersatz der Aufwendungen für Pflege durch die gesetzliche Pflegepflichtversicherung	Geschätzte Kosten ÖKO-TEST	Geschätzte Kosten FINANZtest 2)
Vollstationäre Pflege im Heim			
Stufe I	1.023 €	1.967 €	1.600 €
Stufe II	1.279 €	2.365 €	2.150 €
Stufe III	1.470 € 1)	2.821 €	2.690 €
ab 1.1.2010	1.510 €		
ab 1.1.2012	1.550 €		
Professionelle Pflege zu Hause			
Stufe I	420 €	840 €	810 €
ab 1.1.2010	440 €		
ab 1.1.2012	450 €		
Stufe II	980 €	1.840 €	1.950 €
ab 1.1.2010	1.040 €		
ab 1.1.2012	1.100 €		

Stufe III	1.470 €	3.070 €	3.360 €
ab 1.1.2010	1.510 €		
ab 1.1.2012	1.550 €		
Pflege durch Angehörige zu Hause			
Stufe I	215 €	Keine Angaben möglich	
ab 1.1.2010	225 €		
ab 1.1.2012	235 €		
Stufe II	420 €		
ab 1.1.2010	430 €		
ab 1.1.2012	440 €		
Stufe III	675 €		
ab 1.1.2010	685 €		
ab 1.1.2012	700 €		

Fußnoten:

- 1) In Härtefällen bis zu 1.750€, ab 1.1.2010 dann 1.825€ und ab 1.1.2012 1.918€),
- 2) Kosten der Unterbringung wurden nicht berücksichtigt!

Ob privater Schutz zusätzlich benötigt wird, hängt davon ab, ob die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zusammen mit anderen Einnahmen –beispielsweise gesetzliche und/oder private (Alters-/Berufsunfähigkeits-) renten und sonstige Einnahmen- ausreichen, um die entstehenden Kosten zu tragen. Hilfreich ist es ggf. auch, bei den in Frage kommenden Pflegeheimen anzufragen, wie hoch die Kosten in den einzelnen Pflegestufen derzeit ausfallen. Überlegen Sie, ob im Pflegefall auch andere Mittel zur Verfügung stehen. Ein schuldenfreies Haus könnte beispielsweise vermietet werden. Die zusätzlichen Einnahmen würden helfen, Kosten der stationären Unterbringung mit zu decken.

III. Die privaten Absicherungsmöglichkeiten

Angeboten werden die Pflegezeitgeldversicherung und die Pflegekostenversicherung.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen 1994 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB / EPV 94), Tarif mit Tarifbestimmungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Zu prüfen sind die Leistungen der Versicherer – jeweils in den Pflegestufen 1 – 3, und zwar bei

- häuslicher Pflege durch Angehörige,
- häuslicher Pflege durch professionelle Pflegedienste,
- Kurzzeitpflege,
- teilstationärer Pflege,
- stationärer Pflege.

Die Regelungen der Privatanbieter hinsichtlich der erstattungsfähigen Aufwendungen, beispielsweise für Pflegekosten, besonderen Komfortleistungen, Fahrkosten zu und von den Pflegeeinrichtungen und technischen Hilfsmitteln sind ebenfalls zu beachten.

Angesichts der prognostizierten drastischen Steigerungen der Pflegekosten sollte eine Anpassung des vereinbarten zusätzlichen Pflegezeitgeldes ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Begrenzung auf ein bestimmtes Endalter –vertraglich geregelt- vorgenommen werden können (Dynamisierung vor Eintritt des Versicherungsfalles). Nach Eintritt des Versicherungsfalles sollte der Versicherer eine Anpassung seiner Leistungen vornehmen (Dynamik nach Eintritt des Versicherungsfalles).

Auf generelle Wartezeiten („nach Ablauf welcher Frist tritt der Versicherungsschutz überhaupt in Kraft“) sollte geachtet werden. Ebenso, ob Wartezeiten nach einer Vertragsänderung erneut zu absolvieren sind. Unterschiedliche Karrenzeiten („nach Ablauf welcher Frist setzen die Zahlungen des

Versicherers ein“) finden sich in den Angeboten der Anbieter ebenfalls wieder. Wartezeiten und Karenzzeiten sollten vermieden werden.

Assistanceleistungen, wie beispielsweise die Vermittlung von Haushaltshilfen oder Pflegeheimen werden von einigen Privatanbietern zusätzlich ins Angebot gepackt.

III.1 Pfl egetagegeld

Von der Pfl egetagegeldversicherung erhält der Versicherte das vereinbarte Tagegeld. Den vollen Tagessatz zahlen die meisten Versicherer erst in der Pflegestufe III. In den beiden ersten Pflegestufen wird der Tagessatz nur anteilig gezahlt. In einigen Tarifen wird der Tagessatz bei Heimpflege aufgestockt. Ansonsten spielt es für die Pfl egetagegeldversicherung keine Rolle, wie die Pflege organisiert wird. Das Pfl egetagegeld steht zur freien Verfügung, egal, ob der Pflegebedürftige im Heim, von professionellen Pflegediensten oder von Angehörigen gepflegt wird. Auch ist es möglich, mit dem Pfl egetagegeld Hilfeleistungen zu bezahlen, die nicht zur Pflege gehören. Beispielsweise können das Vorlesen oder das Erledigen von Einkäufen durch den Nachbarn bezahlt werden.

III.2 Pflegekostenversicherung

Der Versicherer zahlt nur nachgewiesene Pflegekosten. Es werden also nur Pflegekosten für Leistungen übernommen, die im Katalog der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgeführt sind. Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Heim oder pflegerische Hilfe wie Vorlesen werden nicht bezahlt. Nach den Versicherungsbedingungen ist der Versicherungsfall die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Versichert sind Aufwendungen, die verbleiben, wenn die Pflegepflichtversicherung in Anspruch genommen wurde und geleistet hat.

Zu unterscheiden sind zwei Tarife: Es wird einen bestimmter – bei Vertragsabschluss vereinbarten – Prozentsatz der Restkosten übernommen. Von den verbleibenden Aufwendungen werden nach Vorleistung der Pflegekasse z.B. 80 % gezahlt. Andere Tarife übernehmen die Restkosten bis zu einer festgelegten Höchstgrenze.

IV. Versicherungsantrag und Gesundheitsfragen

Es gibt einige wenige Angebote von Versicherern, die auf eine Gesundheitsprüfung bei Antragstellung verzichten. Die Versicherungsleistungen sind dann aber meist sehr eingeschränkt. Leistungen erhält der Versicherte z.B. nur in der Pflegestufe III. Auf solche Angebote sollte nur in äußersten Notfällen zurückgegriffen werden.

Wird ein Antrag auf Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung gestellt, ist auf Folgendes zu achten:

Die vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung der gestellten Gesundheitsfragen sind für jeden Versicherungsnehmer Grundvoraussetzung für die dauerhafte Gewähr des Versicherungsschutzes, da ansonsten der Versicherer möglicherweise wegen „Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ vom Vertrag zurücktreten kann. Kundenfreundliche Versicherer begrenzen dieses Rücktrittsrecht auf drei Jahre. Auch noch so unwichtig erscheinende Vorerkrankungen oder Arztbesuche sind anzeigepflichtig. Damit ist das Risiko fehlerhafter oder falscher Angaben für den Kunden noch nicht beseitigt. Kann der Versicherer nachweisen, dass der Antragssteller bewusst falsche Angaben gemacht hat mit der Absicht, die Entscheidung des Versicherers für sich in günstiger Weise zu beeinflussen, kann der Versicherer den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten. Dieses Recht hat der Versicherer maximal 10 Jahre nach Antragsstellung.

Vom Gesundheitszustand hängt es ab, ob und zu welchem Preis der Verbraucher Versicherungsschutz erhält. Verbraucher mit Vorerkrankungen werden entweder mit einem Risikozuschlag belegt, oder die Folgen dieser Vorerkrankungen werden vom Versicherungsschutz ausgeklammert. Denkbar ist auch, dass der Versicherungsantrag abgelehnt wird.

Mit der Unterschrift unter den Versicherungsantrag ermächtigt der Kunde den Versicherer zur Weitergabe seiner Daten. Vorerkrankungen, Ausschlüsse und Ablehnungen werden festgehalten und beeinflussen das Aufnahmeverhalten der Versicherer. Wenn der Versicherer keine Chance haben soll, Kundendaten zu sammeln, sollten Sie über uns eine **Risikovorfrage** starten. Wir senden den Versicherungsantrag –mit geschwärzten Adressdaten und geschwärzter Unterschrift- unter Angabe zum Umfang des gewünschten Versicherungsschutzes und mit den Angaben zu den Vorerkrankungen an ausgewählte Versicherer. Erst wenn verbindliche Angebote aufgrund der gemachten Gesundheitsangaben der Versicherer vorliegen, werden die fehlenden Angaben im Antrag ergänzt und dann- Ihre erneute Zustimmung vorausgesetzt- im Original an den ausgewählten Anbieter weitergeleitet.

Risikovorfragen binden den Antragssteller nicht. Tests haben gezeigt, dass die Versicherer gleichartige Vorerkrankungen und die damit verbundenen Risiken teils völlig unterschiedlich beurteilen. Eine Risikovorfrage ist auch deshalb von Bedeutung, weil im Antrag gefragt wird, ob Anträge bei anderen Gesellschaften gestellt und abgelehnt wurden. Antragssteller, die diese Frage bejahen müssen, haben bei allen weiteren Anträgen Schwierigkeiten, Versicherungsschutz zu bekommen.

V. Das Kleingedruckte

Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz erstreckt sich gemäß § 1 MB / EPV 94 nur auf die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Weder im europäischen noch im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Nur wenige Anbieter erweitern den Schutz, beispielsweise auf den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Obliegenheiten

Obliegenheiten sind gemäß § 9 MB / EPV 94 Pflichten des Versicherungsnehmers. Hält er sich nicht an diese Pflichten, geht meist der Versicherungsschutz verloren gehen. Zu den Obliegenheiten gehören Melde- und umfangreiche Auskunftspflichten nach dem Versicherungsfall. Auch hat sich der Versicherte meist einer Arztuntersuchung auf Verlangen des Anbieters zu unterziehen. Der Neuabschluss eines weiteren Vertrages darf nur mit Einwilligung des ersten Anbieters vorgenommen werden.

Laufzeit des Vertrages

Kommt der Vertrag zustande, dann wird für die im Vertrag genannte Dauer vereinbart. Üblich sind Laufzeiten von einem, zwei oder drei Jahren. Danach verlängert sich der Vertrag stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr.

Kündigung

Der Versicherer kann gemäß § 14 MB / EPV 94 das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die meisten Versicherer verzichten auf das Kündigungsrecht.

Der Kunde kann gemäß § 13 MB / EPV 94 den Vertrag ebenfalls mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer und danach jährlich zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

Beginn des Versicherungsschutzes

Gemäß § 2 MB / EPV 94 beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins oder schriftliche Annahmeerklärung des Versicherers) und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Bedingungsgemäß betragen die Wartezeiten drei Jahre.

Ende des Versicherungsschutzes

Gemäß § 7 MB / EPV 94 endet das Versicherungsverhältnis – auch für schwebende Versicherungsverhältnisse – mit der Beendigung des Vertrages. Auch bei Tod der versicherten Person endet gemäß § 15 MB / EPV das Versicherungsverhältnis. Verlegt die versicherte Person den Wohnsitz ins Ausland, wird – insoweit keine besondere Vereinbarung getroffen wird – das Versicherungsverhältnis beendet.

Leistungseinschränkungen

Gemäß § 5 MB / EPV 94 besteht keine Leistungspflicht für Versicherungsfälle, die auf Kriegsereignisse (daher auch Bürgerkriege) zurückzuführen sind. Ebenfalls hat der Versicherte keinen Schutz, deren Ursachen als Wehdienstbeschädigungen anerkannt sind und nicht ausdrücklich in den Schutz einbezogen wurden. Keine Leistungspflicht besteht während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Versicherungsfälle, die auf Sucht oder Vorsatz beruhen, sind vom Versicherungsschutz ausgeklammert.

VI. Fazit

Niemand weiß, ob und wann der Versicherungsfall eintritt. Prüfen Sie zunächst, ob tatsächlich Versicherungsbedarf gegeben ist. Ein Unfall kann auch schon in jungen Jahren einen Pflegefall auslösen. Nur wenn hohes Vermögen, das auch verbraucht werden kann oder ausreichende private oder gesetzliche Renten vorhanden sind, kann auf den Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung verzichtet werden.

- Nicht verdrängen und aufschieben! Sofern Bedarf vorhanden ist, eine private Pflegezusatzversicherung möglichst schon in jungen Jahren abschließen. Die Beiträge sind dann relativ niedrig, Probleme mit einer Gesundheitsprüfung wird es eher nicht geben.
- Die Absicherung des Pflegerisikos sollte nicht isoliert vorgenommen werden, sondern zusammen mit der Risikovorsorge für den Fall der Berufsunfähigkeit und der Altersvorsorge gelöst werden.
- Die Pflegetagegeldversicherung ist für die meisten Menschen die bessere Wahl. Es lässt dem Versicherten mehr Entscheidungsspielraum.