

Mandanten-Information private Pflegezusatzversicherungen (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung)

Das Problem

Nicht nur alte Menschen sind auf Hilfe angewiesen, auch junge Leute werden nach einem Unfall, einer schweren Krankheit oder als Opfer eines Verbrechens pflegebedürftig. Mittlerweile sind über [2,6 Millionen Menschen](#) in Deutschland pflegebedürftig. Schätzungen sprechen von etwa 4 Millionen Pflegefällen bis 2030.

Der gesetzliche Pflegeversicherungsschutz

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. Zum 01.01.2017 tritt die Reform der Pflegepflichtversicherung in Kraft. Viele Pflegebedürftige werden durch die Reform besser gestellt. Die Vorschriften zur Pflegepflichtversicherung findet man im [XI. Sozialgesetzbuch \(SGB XI\)](#)

Beiträge

Der Beitrag in der Pflegepflichtversicherung beträgt 2,35 % des monatlichen Bruttoeinkommens, allerdings maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diesen Beitrag zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte. Kinderlose zwischen 23 und 64 Jahren zahlen einen zusätzlichen Beitrag von 0,25 %-Punkte.

Leistungen

Der Versicherer leistet Ersatz von Aufwendungen für die Pflege, und zwar für häusliche Pflege (§§ 36 – 40 SGB XI), teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege (§§ 41 – 42 SGB XI) sowie vollstationäre Pflege (§§ 43 – 43 a SGB XI).

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 \(MDK\)](#) 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. Bei privat Pflegepflichtversicherten prüft das Unternehmen [Medicproof](#) den Grad der Pflegebedürftigkeit. Die Einstufung ist abhängig von der Zeit, die durchschnittlich für tägliche Pflege aufgewendet werden muss.

Die Pflegegrade (bis 2017 Pflegestufen)

Untersucht wird ab 2017, wie selbstständig ein Mensch noch ist. Es kommt daher nicht mehr darauf an, wieviel Hilfe er in Minuten am Tag benötigt. Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erfolgt nach 64 Kriterien, die sich in sechs Lebensbereiche aufgliedern:

- [Mobilität](#)
- [kognitive und kommunikative Fähigkeiten](#)
- [Verhaltensweisen und psychische Problemlagen](#)
- [Selbstversorgung](#)
- [Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen](#)
- [Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte](#)

Das Modul „Selbstversorgung“ fällt dabei mit 40 % am stärksten ins Gewicht.

Daraus ergibt sich dann die Einstufung in eines von fünf Pflegegraden:

Pflegegrad 1: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte : geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 2: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte : erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 3: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte : schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 4: ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte : schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 5: ab 90 bis 100 Gesamtpunkte : schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Leistungen in den Pflegegraden

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.

Geschätzte Pflegekosten

Die Kosten für die Zuzahlung bei stationäre Pflege lassen sich sehr gut mit Hilfe des [AOK-Pflegeheimnavigators](#) im Internet ermitteln. Seit Beginn 2017 gilt, dass die Zuzahlungen in den Pflegegraden 2-5 bei stationärer Pflege gleich hoch sind.

Die Kosten für ambulante Pflege sind von Fall zu Fall völlig unterschiedlich und lassen sich nicht erfassen. Hier kommt es darauf an, ob Angehörige da sind, die sich um einen kümmern, ggf. unterstützt durch einen ambulanten Pflegedienst oder ob beispielsweise eine Arbeitskraft eingestellt wird, die sich um die Pflege kümmert. Die Kosten der ambulanten Pflege können daher unter oder auch über der stationären Pflege liegen.

Versicherungsbedarf

Ob privater Schutz zusätzlich benötigt wird, hängt davon ab, ob die

- Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung
- + weitere Einnahmen, beispielsweise gesetzliche und/oder private Alters-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungsrenten und
- + sonstigen Einnahmen ausreichen,
- – die entstehenden Kosten zu tragen.

Überlegen Sie, ob im Pflegefall andere Mittel zur Verfügung stehen. Ein schuldenfreies Haus könnte beispielsweise vermietet werden. Die zusätzlichen Einnahmen würden helfen, Kosten der stationären Unterbringung mit zu decken. Reichen private Einkünfte und Pflegeleistungen nicht, den Bedarf zu decken, springt das Sozialamt ein. Dem Pflegbedürftigen selbst bleibt dann nur noch ein Taschengeld von ca. 80 € im Monat. Das private Vermögen muss aufgebraucht werden. Sofern keines mehr vorhanden ist, wird bei den [Angehörigen Regress](#) genommen.

Auf dem [Internetportal „Wer pflegt wie“](#) bekommen alle, die mit der Pflege zu tun haben (Pflegebedürftige, deren Angehörige, Mitarbeiter) die Möglichkeit ihre Erfahrungen mit einem Pflegeanbieter zu schildern. Dieses Portal schafft daher mehr Transparenz in der Pflege und hilft den Menschen auf der Suche nach dem richtigen Pflegeanbieter. Ziel des Portals ist es, allen Akteuren, also auch den Anbietern, in der Pflege eine Stimme zu geben.

Die privaten Absicherungsmöglichkeiten

Angeboten werden

Pflegetagegeldversicherung

Von der Pflegetagegeldversicherung erhält der Versicherte das vereinbarte Tagesgeld. Den vollen Tagessatz zahlen die meisten Versicherer vor allem bei ambulanter Pflege erst bei Pflegegrad 5. In den anderen Pflegegraden wird der Tagessatz dann anteilig gezahlt. In mittlerweile vielen Tarifen ist der Tagessatz bei Heimpflege in den Pflegegraden 2-5 identisch. Das ist empfehlenswert, da die Zuzahlung in den Heimen gleich ist. Für die Pflegetagegeldversicherung spielt es keine Rolle, wie die Pflege organisiert wird. Das Pflegetagegeld steht zur freien Verfügung, egal, ob der Pflegebedürftige im Heim, von professionellen Pflegediensten oder von Angehörigen gepflegt wird. Auch ist es möglich, mit dem Pflegetagegeld Hilfeleistungen zu bezahlen, die nicht zur Pflege gehören. Beispielsweise können das Vorlesen oder das Erledigen von Einkäufen durch den Nachbarn bezahlt werden.

Wir empfehlen daher immer die Pflegetagegeldversicherung als ergänzende Vorsorgeform.

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.

Pflegerentenversicherung

Sie werden nach Art der Lebensversicherung kalkuliert und sind daher teuer im Vergleich zur empfehlenswerten Pflegetagegeldversicherung. Vorteilhaft könnte sein, dass die Beiträge durch diese Kalkulation konstant bleiben, während Anbieter von Pflegetagegeld- und Kostenversicherungen eher eine Anpassungsoption haben. Vorteilhaft könnte sein, dass bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit die Beiträge nicht weitergezahlt werden müssen, bei einigen Tagesgeldpolicen kann dies der Fall sein. In solchen Fällen müsste man den Versicherungsbeitrag in den abzusichernden Bedarf einer Pflegetagegeldpolice einrechnen, so dass sich dieser Vorteil wieder relativiert. Vorteilhaft waren Pflegerentenversicherung früher, weil mehr Geld bei Demenz gezahlt wurde als bei Tagesgeldpolicen. Dieser Nachteil wurde von guten Tagesgeldanbietern mittlerweile wettgemacht.

Leistungsunterschiede beachten – Mindeststandards sind sinnvoll!

Zu prüfen sind die Leistungen der Versicherer insbesondere bei ambulanter Pflege in den einzelnen Pflegegraden. Aus unserer Sicht ist die **Pflegetagegeldversicherung die empfehlenswerte Form** der Absicherung.

Eine gute Police sollte bestimmte Mindeststandards erfüllen, damit Ihnen wesentliche Fallstricke erspart bleiben. Die von uns im [Arbeitskreis Beratungsprozesse](#) mit entwickelten Mindeststandards in der Tagegeldversicherung lauten:

- Die vom Versicherer verwendeten allgemeinen Versicherungsbedingungen dürfen in keinem einzigen Punkt Regelungen enthalten, die aus Verbrauchersicht ungünstiger sind als die vom Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) „empfohlenen“ Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009). Sofern derzeit noch Abweichungen vorhanden sind, garantiert der Versicherer, dass Schäden mindestens nach den vom PKV-Verband empfohlenen Bedingungen reguliert werden. Im Falle von Abweichungen wird der Versicherer seine Vertragsbedingungen innerhalb eines Jahres mindestens auf den Deckungsumfang des Verbandsmodells umstellen. Abweichungen, die den Versicherungsumfang unberührt lassen, sind zulässig.
- Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren.
- Keine Leistungsbeschränkungen auf Unfälle oder bestimmte Erkrankungen und keine Ausschnitts-Deckung auf bestimmte Erkrankungen.
- Beitragsdynamik: Der Versicherungsschutz kann **vor Eintritt des Leistungsfalles** ohne Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten mindestens **bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres** angepasst werden.
- Leistungsdynamik: Der Versicherungsschutz wird vom Versicherer **nach Eintritt des Leistungsfalles** mindestens **bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres** angepasst.
- Bei Unfällen entfallen Wartezeiten / Karenzzeiten.
- Kein Ausschluss für Suchterkrankungen.
- Gleiche Leistung bei Pflege durch Angehörige bei der Pflegetagegeldversicherung.
- Kein Ausschluss bei einem Krankenhaus- / Kur- / Sanatoriumsaufenthalt bzw. Rehabilitationsmaßnahme binnen der ersten 4 Wochen.
- Einstufung des medizinischen Dienstes ist für das Versicherungsunternehmen bindend.

Ob weitere Details in Ihrem Fall abzusichern sind, fragen wir in unserer Risikoanalyse gesondert ab. Die Mindeststandards berücksichtigen wir bei unseren Analysen automatisch.

Versicherungsantrag und Gesundheitsfragen

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. Tests haben gezeigt, dass die Versicherer gleichartige Vorerkrankungen und die damit verbundenen Risiken teils völlig unterschiedlich beurteilen.

Die Risiko-/Gesundheitsprüfung in der Pflegezusatzversicherung ist nicht zu vergleichen mit der bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Es gibt glücklicherweise mittlerweile mehr als ein halbes Dutzend Anbieter, die mit einer wirklich stark vereinfachten Gesundheitsprüfung arbeiten, in der nur noch wesentliche schwere Erkrankungen abgefragt werden. Ansonsten kann immer noch versucht werden, eine Pflegezusatzversicherung über einen **staatlich geförderten Pflege-Bahr-Tarif** abzuschließen. Diese sind eigentlich aufgrund des niedrigen Absicherungsniveaus und der vergleichsweise hohen Beiträge nicht empfehlenswert.

Gesundheitsfragen und Risikovorfrage

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.

Unser Rat

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

- Nicht verdrängen und aufschieben! Eine private Pflegezusatzversicherung sollte möglichst schon in jungen Jahren abgeschlossen werden. Die Beiträge sind dann relativ niedrig, Probleme mit einer Gesundheitsprüfung wird es kaum geben und auch in jungen Jahren kann man schon zum Pflegefall werden.
- 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. Sie lässt dem Versicherten mehr Entscheidungsspielraum, wie die Pflege organisiert werden soll.
- Wir vergleichen Beiträge und Leistungen für Sie und stellen die Antragsfragen der Anbieter auf den Prüfstand.
- Auch im Bereich der Pflegezusatzversicherung empfehlen wir Ihnen daher, nach einer Beitrags- und Leistungsanalyse zunächst mit Hilfe von Risikovorfragen zu klären, wer in Ihrem Fall der geeignete Anbieter ist.