

PKV-Info



Private Pflegezusatzversicherung

Sicherheit im Pflegefall



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Private Pflegezusatzversicherung

Sicherheit im Pflegefall

Inhalt

Was leistet die Pflegepflichtversicherung?	2
Was kostet die Pflege?.....	3
Die passende Ergänzung: Die Pflegezusatzversicherung	4
Wann leistet die Pflegezusatzversicherung?.....	9
Wartezeit	10
Besondere Dienstleistungen	10
Pflegebedürftigkeit im Ausland	11
Die Beiträge	11
Staatliche Unterstützung für die Pflegezusatzversicherung	11



Wer in Deutschland krankenversichert ist, muss auch eine Pflegepflichtversicherung haben. Nach dem Grundsatz „die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ sind privat Krankenversicherte in der privaten Pflegepflichtversicherung, gesetzlich Krankenversicherte in der Regel in der sozialen Pflegepflichtversicherung versichert. Die Pflegepflichtversicherung soll im Pflegefall davor schützen, zum Sozialfall zu werden. Die Versicherung ist jedoch von Anfang an als Teilkaskoversicherung konzipiert worden. Sie deckt deshalb nicht alle Kosten ab, die im Pflegefall entstehen, sondern der Staat erwartet vom Betroffenen eine eigene finanzielle Beteiligung. Ist der Pflegebedürftige nicht in der Lage, die Differenz zwischen den Leistungen der Pflegepflichtversicherung und den tatsächlichen Pflegekosten zu tragen, müssen seine Angehörigen für den verbleibenden Teil aufkommen. Erst wenn das nicht möglich ist, zahlt das Sozialamt. Wer finanzielle Belastungen für sich oder seine Angehörigen infolge einer Pflegebedürftigkeit verhindern möchte, sollte eine private Pflegezusatzversicherung abschließen. Viele Versicherungsunternehmen bieten Tarife an, die die Leistungen der Pflegepflichtversicherung aufstocken und zum Teil noch darüber hinaus gehen.



Was leistet die Pflegepflichtversicherung?

Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung erhält nur, wer dauerhaft pflegebedürftig und damit im täglichen Leben auf die Hilfe von Mitmenschen angewiesen ist. Als zeitliches Minimum der Pflegebedürftigkeit werden sechs Monate angesehen. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gibt es drei verschiedene Stufen von Pflegebedürftigkeit. Je größer der Bedarf an Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen ist, desto höher ist die Pflegestufe:

Pflegestufe I

Erheblich Pflegebedürftige benötigen wenigstens einmal täglich Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen (zum Beispiel Ankleiden, Nahrungsaufnahme).

Pflegestufe II

Schwerpflegebedürftige benötigen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten pflegerische Hilfen.

Pflegestufe III

Schwerstpflegebedürftige benötigen rund um die Uhr, auch nachts, pflegerische Hilfen.

Je höher die Pflegestufe ist, desto höher sind auch die Leistungen der Pflegepflichtversicherung. Zudem ist die Art der Betreuung von Bedeutung: Für stationäre Pflege wird mehr gezahlt als für teilstationäre Pflege und häusliche Pflegehilfen durch zugelassene Pflegedienste. Das Pflegegeld für die Betreuung durch nicht-professionelle Personen, wie zum Beispiel Angehörige, ist deutlich niedriger.

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung wurden per Gesetz festgeschrieben und bis Mitte 2008 jahrelang nicht erhöht. Eine Dynamisierung der Leistungen ist zwar vorgesehen, dennoch wird die Differenz zwischen den Leistungen der Pflegepflichtversicherung und den tatsächlichen Pflegekosten mitunter erheblich bleiben. Denn die angedachten Erhöhungen werden lediglich die Preissteigerungen in der Pflege ausgleichen können – und auch diese vermutlich nicht vollständig.

Maximale Erstattung der Kosten pro Monat für...

(in Klammern: ab 2012)

	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
stationäre Pflege	1.023 Euro (1.023 Euro)	1.279 Euro (1.279 Euro)	1.510 Euro (1.550 Euro)
teilstationäre Pflege			
häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Pflegedienste	440 Euro (450 Euro)	1.040 Euro (1.100 Euro)	1.510 Euro (1.550 Euro)
Zahlung eines Pflegegeldes für die Betreuung durch Pflegepersonen (z. B. Angehörige)	225 Euro (235 Euro)	430 Euro (440 Euro)	685 Euro (700 Euro)

Was kostet die Pflege?

Wie teuer die Pflege ist, hängt von der Art der Betreuung ab. Deshalb sind die Leistungen der Pflegepflichtversicherung auch daran gekoppelt. Die günstigste Alternative ist die Pflege zu Hause durch einen Angehörigen – allerdings nur, wenn der Pflegenden keine hohen Verdienstauffälle hinnehmen muss. Am teuersten ist die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung, wobei die Kosten bundesweit sehr unterschiedlich sind. Je besser die Versorgung ist und je mehr Komfort geboten wird, desto teurer kann die stationäre Pflege sein. Zurzeit muss ein Pflegebe-



dürftiger in einer stationären Pflegeeinrichtung von weit über 1.000 Euro Eigenbeteiligung ausgehen:

Durchschnittliche Kosten stationärer Pflege und daraus resultierende Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen pro Monat

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
durchschnittliche monatliche Heimkosten ¹	2.379 Euro	2.804 Euro	3.266 Euro
Leistung Pflichtversicherung	1.023 Euro	1.279 Euro	1.510 Euro
Eigenanteil	1.356 Euro	1.525 Euro	1.756 Euro

¹ pflegebedingter Aufwand, Unterkunft und Verpflegung sowie Mehrpreis für Zweibettzimmer; durchschnittliche Werte für 2010 von 10.573 vollstationären Einrichtungen; Quelle: PKV-Datenbank

Wer auf stationäre Pflege angewiesen ist, muss enorme finanzielle Rücklagen gebildet haben, um derartige Kosten auf Dauer tragen zu können. In den meisten Fällen dürfte das Ersparte schnell aufgebraucht sein. Alle weiteren Kosten müssen dann von den Angehörigen oder der öffentlichen Hand getragen werden. In vielen Fällen ist der Pflegebedürftige daher auch auf Sozialhilfe angewiesen.

Die passende Ergänzung: Die Pflegezusatzversicherung

Wie viel Geld jemand in 20 oder 30 Jahren brauchen wird, um seine Pflege zu finanzieren, kann heute noch niemand wissen. Es wäre daher leichtsinnig, sich nur auf eigene Ersparnisse zu verlassen. Zumal nicht vorhersehbar ist, über welchen Zeitraum Pflege benötigt wird. Wie kann der Einzelne nun konkret für den Pflegefall vorsorgen?

Es gibt drei Versicherungsangebote, die das Pflegerisiko absichern: die Pflegetagegeldversicherung, die Pflegekostenversicherung und die Pflegerentenversicherung. Die ersten beiden

Versicherungen werden von Krankenversicherungsunternehmen angeboten, die Pflegerentenversicherung in der Regel von Lebensversicherern. Pfl egetagegeld- und Pflegerentenversicherung zahlen im Pflegefall monatlich einen vorher vereinbarten Betrag an den Versicherten aus, während die Pflegekostenversicherung die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet.

Für alle drei Versicherungsarten gilt:

- Der Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit des Versicherten.
- Die Höhe der Versicherungsleistung hängt vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab.
- Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einer Pflegestufe wird in Anlehnung an die Pflegepflichtversicherung vorgenommen.
- Solange der Versicherte pflegebedürftig ist, erhält er auch Leistungen aus seiner Versicherung.

Die Pfl egetagegeldversicherung

Die Pfl egetagegeldversicherung ist die am häufigsten gewählte Art der Pflegezusatzversicherung und wird von vielen privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten. Der Versicherte erhält im Pflegefall ein Tagegeld, das ihm zur freien Verfügung steht. Wofür er das Geld verwendet, entscheidet er selbst. Kostennachweise sind nicht erforderlich. Er kann es also für seine Pflege einsetzen oder auch für etwas, das nicht direkt mit seiner Pflegebedürftigkeit zusammenhängt.

Abgesehen von dieser grundsätzlichen Gemeinsamkeit, enthalten die Tarife der Versicherungsunternehmen verschiedene Details. Hier lohnt es sich zu vergleichen,



um den individuell passenden Versicherungsschutz zu finden.

Höhe der Absicherung

Es ist möglich, alle drei Pflegestufen, Pflegestufe II und III oder auch nur Pflegestufe III zu versichern. In der Regel wird für Pflegestufe III ein Tagegeld vereinbart, von dem man im Falle von Pflegebedürftigkeit der Stufen I und II einen prozentualen Anteil bekommt. Die Obergrenze liegt oft bei 100 Euro pro Tag. Die Angebote der Versicherer variieren von 20 bis 40 Prozent für Pflegestufe I und 50 bis 70 Prozent für Pflegestufe II.

Beispiel: Der Versicherte hat einen Tarif mit einer Absicherung von 30 Prozent in Pflegestufe I, 65 Prozent in Pflegestufe II und 100 Prozent in Pflegestufe III. Hat er ein Pflege tagegeld von 80 Euro abgeschlossen, erhält er bei Pflegestufe I 24 Euro, bei Pflegestufe II 52 Euro und bei Pflegestufe III 80 Euro.

Manche Versicherer verzichten auf die Prozentregelung. Hier kann der Versicherte selbst festlegen, wie hoch das Tagegeld in welcher Pflegestufe sein soll. Die einzige Einschränkung ist, dass das Tagegeld in einer Pflegestufe nicht höher sein darf als in der nächsthöheren Pflegestufe. Man kann also nicht für Pflegestufe I 40 Euro und für Pflegestufe II 30 Euro Tagegeld abschließen.

Je nach Tarif wird für stationäre Pflege mehr oder ebenso viel gezahlt wie für ambulante Pflege.

Wird der Versicherte erstmals pflegebedürftig oder erreicht eine vorgegebene Pflegestufe, so erhält er bei einigen Versicherern eine Sonderzahlung, zum Beispiel das 100fache des Tagegeldes bei Pflegestufe III. Auch für Härtefälle sind mitunter Extrazahlungen in den Vertragsbedingungen vorgesehen.





Dynamik

Fast alle Versicherungsunternehmen bieten die Möglichkeit, die Tagesgelder nachträglich in bestimmtem Maße zu erhöhen und dadurch an Kostensteigerungen anzupassen. In der Regel gibt es automatisch alle drei Jahre eine Erhöhung. Je nach Tarif ist sie auf 10 Prozent festgelegt oder die Höhe wird auf Grundlage statistischer Daten ermittelt. Darüber hinaus haben die Versicherten in vielen Tarifen die Möglichkeit, zu bestimmten Anlässen ihren Versicherungsschutz zu erhöhen. Solche Anlässe sind zum Beispiel der Beginn eines in den Vertragsbedingungen genannten Versicherungsjahres, das Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder der Beginn der Berufsausbildung eines Kindes.

Bei einigen Versicherern ist die Erhöhung auch bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit noch möglich. Für die oben genannten Tagesgelderhöhungen müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden, auch gibt es keine Wartezeiten. Da eine Erhöhung des Tagesgeldes immer eine Beitragsanpassung nach sich zieht, kann der Versicherte ihr widersprechen, sofern er sie nicht selbst beantragt hat.

Die Pflegekostenversicherung

Die Pflegekostenversicherung setzt nach vorheriger Leistung der Pflegepflichtversicherung und nach Anrechnung etwaiger Beihilfe- oder Heilfürsorgeansprüche ein. Grundsätzlich gibt es zwei Ausgestaltungen der Kostenerstattung:

1. Die Leistung der Pflegepflichtversicherung wird als Ausgangspunkt genommen. Je nach Tarif werden dann noch mal 20, 30 bis zu 200 Prozent dieses Betrages von der Zusatzversicherung ausgezahlt.
2. Die tatsächlichen Kosten werden als Ausgangspunkt genommen. Die Zusatzversicherung erstattet einen Betrag, der zusammen mit der Leistung der Pflichtversicherung einen bestimmten Prozentsatz der tatsächlichen Kosten abdeckt. Oder die Zusatzversicherung erstattet die Restkosten (unter Berücksichtigung der Pflegepflichtversicherung) bis zu einem festgelegten Maximalbetrag.

Die Leistung der Zusatzversicherung übersteigt zusammen mit der Pflegepflichtversicherung, Beihilfe und Heilfürsorge allerdings nie 100 Prozent der tatsächlichen Kosten.

Wie umfassend der Versicherungsschutz ist, kann der Versicherte durch die Wahl des Tarifes bestimmen. Von einer Grundabsicherung lediglich für stationäre Pflege bis hin zu einem umfassenden Schutz, bei dem auch Ausgaben erstattet werden, die nicht für die Pflege getätigt werden, gibt es viele Angebote.

Mögliche Leistungsbestandteile einer Pflegekostenversicherung sind:

- stationäre Pflege;
- teilstationäre Pflege und notwendige Beförderungen von der Wohnung zur Pflegestelle;
- häusliche Pflege durch einen Pflegedienst;
- häusliche Pflege durch Laien, zum Beispiel Angehörige. In diesem Fall erhält der Versicherte ein Pflegegeld, da keine Kosten entstehen, die erstattet werden könnten;
- ärztlich verordnete Pflegehilfsmittel, zum Beispiel Krankenfahrstühle;
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, beispielsweise der Einbau eines Treppen- oder Badewannenliftes, die Verbreiterung von Wohnungstüren oder das Anlegen einer Rampe für Rollstuhlfahrer;
- Kurzzeitpflege. Hierunter versteht man die Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung für maximal vier Wochen im Jahr, zum Beispiel im Anschluss an eine stationäre Behandlung;
- Verhinderungspflege. Eine Ersatzpflegekraft übernimmt für maximal vier Wochen im Jahr die Aufgaben einer ehrenamtlichen Pflegeperson, zum Beispiel wegen Urlaub;
- Unterbringung und Verpflegung in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Welche Leistungen erstattet werden, hängt ebenso vom Tarif ab wie die Höhe und die Bedingungen der Kostenerstattung.

Die Pflegerentenversicherung

Die Pflegerentenversicherung wird häufig als Zusatzversicherung angeboten, die an eine Hauptversicherung gekoppelt ist. Das ist in der Regel eine Risiko-, Kapitallebens- oder Rentenversicherung. Im Pflegefall erhält der Versicherte monatlich einen fest vereinbarten Betrag, der unabhängig von den tatsächlichen Pflegekosten ist. Mit Beginn der Rentenzahlung endet die Beitragspflicht für die Versicherung. Ob der Versicherte zu Hause durch Angehörige, durch einen Pflegedienst oder stationär betreut wird, ist nicht von Belang.

Weitere Informationen zur Pflegerentenversicherung erhalten Sie beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV), Wilhelmstraße 43 / 43 G, 10117 Berlin.

Wann leistet die Pflegezusatzversicherung?

Um Leistungen aus der Pflegezusatzversicherung zu erhalten, muss der Versicherte nachweislich pflegebedürftig sein. In der Regel genügt den Versicherungsunternehmen die medizinische Beurteilung der Pflegepflichtversicherung als Nachweis. Es ist allerdings auch möglich, dass der Versicherer sich vorbehält, den Versicherten durch einen eigenen Arzt untersuchen zu lassen.

Leistungen bei Demenz

Demenzkranken Menschen sind oft noch lange körperlich fit. Sie können sich frei bewegen, allein waschen, anziehen und ernähren. Die Pflegepflichtversicherung billigt ihnen in dieser Phase der Demenz keine Pflegestufe zu, sondern nur einen erheblichen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf. Die Pflegepflichtversicherung zahlt in diesem Fall unter bestimmten Voraussetzungen einen zweckgebundenen Betreu-



ungsbetrag. Auch einige Tarife der Pflegekosten- und Pflegegeldversicherung zahlen bei nachgewiesener Demenz ohne Pflegebedürftigkeit ein Betreuungsgeld bzw. einen Teil des vereinbarten Tagegeldes aus.

Wartezeit

Grundsätzlich gilt bei Abschluss einer Pflegezusatzversicherung eine Wartezeit von drei Jahren, bevor Leistungen in Anspruch genommen werden können. Viele Versicherer verzichten allerdings mittlerweile auf diese Wartezeit. Bei anderen entfällt die Wartezeit, wenn der Versicherte durch einen Unfall pflegebedürftig wird, bei Vertragsabschluss ein festgelegtes Höchstalter noch nicht erreicht hat oder ein Gesundheitszeugnis vorlegt.

Besondere Dienstleistungen

Die meisten Versicherer zahlen nicht nur die vereinbarten Versicherungsleistungen, sondern informieren ihre Versicherten auch zum Beispiel auf ihren Internetseiten über Themen rund um die Pflege und bieten Telefonhotlines an. Hierhin können sich die Versicherten wenden, wenn sie Fragen haben oder Hilfe bei der Suche nach Pflegekräften, einem Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung, Schulungen für Angehörige oder ähnlichem benötigen.



Pflegebedürftigkeit im Ausland

Wer im Alter in die Ferne zieht, muss nicht zwangsläufig auf seine Pflegezusatzversicherung verzichten. Die meisten Versicherungsunternehmen zahlen die Leistungen im Pflegefall auch dann aus, wenn der Pflegebedürftige im europäischen Ausland lebt. Dies ist entweder schon in den Tarifbedingungen festgelegt oder aber eine solche Regelung ist auf Nachfrage möglich. Pflegekostenversicherungen erstatten dann allerdings nicht mehr die tatsächlichen Kosten, sondern der Pflegebedürftige erhält in Abhängigkeit von der Pflegestufe ein vertraglich festgelegtes Pflegegeld.

Die Beiträge

Bei der Berechnung des individuellen Beitrags wird das Alter und der Gesundheitszustand des Versicherten bei Vertragsabschluss sowie der gewählte Leistungsumfang berücksichtigt. Bislang ist zudem das Geschlecht von Bedeutung, da das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei Frauen höher ist als bei Männern. Diese geschlechtsspezifische Beitragskalkulation kann aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofes in Zukunft reformiert werden.

Zur Beitragskalkulation ziehen die Versicherer Statistiken über die durchschnittliche Lebenserwartung, Dauer und Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit heran. Gibt es in diesen Bereichen nachweisbar dauerhafte Veränderungen, müssen die Versicherer die Beiträge anpassen.

Staatliche Unterstützung für die Pflegezusatzversicherung

Da die Pflegepflichtversicherung nach dem Willen des Gesetzgebers nicht die gesamten Pflegekosten finanzieren soll, ist es nur folgerichtig, dass die Beiträge für eine Pflegezusatzversicherung bei der Steuer berücksichtigt werden.

Beitragsfreiheit bei Pflegebedürftigkeit

Im Falle der Pflegebedürftigkeit noch die Kosten für eine Versicherung aufzubringen, kann zur finanziellen Belastung werden. Deshalb sehen manche Tarife eine Befreiung von der Beitragszahlung ab Pflegestufe III oder auch schon Pflegestufe I vor. Wer eine Pflegetagegeldversicherung ohne eine solche Regelung wählt, sollte das Tagegeld gegebenenfalls entsprechend höher wählen.

Nach § 10 Abs. 1 Nr. 3a Einkommensteuergesetz (EStG) stellen die Beiträge steuerlich abziehbare Vorsorgeaufwendungen dar und sind im Rahmen der steuerlichen Höchstbeträge nach § 10 Abs. 4 EStG abzugsfähig. Diese Regelung gilt seit 2005. Zuvor konnten die Versicherten ihre Beiträge in der Steuererklärung bis zu einer Höhe von 184 Euro gesondert geltend machen. Das zu versteuernde Einkommen wurde dann entsprechend gemindert. Diese alte Regelung wird vom Finanzamt bis 2019 automatisch angewendet, wenn sie für den Steuerpflichtigen günstiger ist.

Haben Sie noch Fragen rund um das Thema private Pflegezusatzversicherung oder zur privaten Krankenversicherung?

Sie erreichen uns...

... per Telefon unter (030) 20 45 89-66

... per Fax unter (030) 20 45 89-33

... per E-Mail unter presse@pkv.de oder info@pkv.de



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 66 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de