

Pflegekostentarife

Bei den Leistungen wird sehr oft unterschieden, ob diese durch Angehörige, ambulant durch professionelle Pflegekräfte, teilstationär oder stationär erbracht werden. Eine echte Vergleichbarkeit von Tarifen wird jedoch durch die teilweise stark unterschiedliche Erstattungspraxis deutlich erschwert.

So werden etwa bei der **Arag** je nach Tarif die Leistungen aus gesetzlicher oder privater Pflegepflichtversicherung um 20% (Tarif: 681) bis 200% (Tarif: 680) erhöht; dies gilt auch für ein eventuelles Pflegegeld.

Bei der **Axa** im Tarif EHP wird die Erstattung technischer Hilfsmittel nicht nur von der Art der Pflege (ambulante oder teilstationäre Pflege) abhängig gemacht, sondern auch noch von dem Jahr der Erstattung – Grund hierfür ist die entsprechende gesetzliche Staffelung mit Erhöhung der Leistungen zum 01.01.2010 und 01.01.2012. Der Erstattungshöchstsatz beträgt zwischen 10% (Tarif: EHP 10) und 150% (Tarif: EHP 150) der gesetzlichen Leistungen für häusliche Pflege durch professionelle Pflegekräfte sowie für teilstationäre Pflege und ein Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Helfer. Leistungen für vollstationäre Pflege sind im Tarif EHP nicht vorgesehen. Dafür empfiehlt sich als Ergänzung die Aufstockung durch den Tarif ESP, der stationäre Leistungen zwischen 10% (Tarif: ESP 10) und 150% (Tarif: ESP 150) – unabhängig von der Pflegestufe – erbringt und auch Kosten für Unterbringung und Verpflegung abdecken hilft. Entsprechend der gesetzlichen Staffelung mit Erhöhung der Leistungen zum 01.01.2010 und 01.01.2012 gilt dies auch für diesen Tarif.

Die **DKV** sattelt bei den Hauptleistungen grundsätzlich weitere 50% auf die heutigen Leistungen aus gesetzlicher/privater Pflegeversicherung „oben drauf“, wie sich aus den jeweils gewählten Beträgen ergibt; grundsätzlich deshalb, weil dies bei den Hauptleistungen immer geschieht, bei

den Pflegehilfsmitteln und den Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen nach Ziffer 4 jedoch nur teilweise zutrifft. Eine Anpassung an zukünftige gesetzliche Leistungserhöhungen ist kein ausdrücklicher Bestandteil der Bedingungen, sei jedoch von der Tariflogik vorgegeben und würde in der Praxis auch so umgesetzt.

Die **Gothaer** erstattet in ihrem Tarif P3 nach Vorleistung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung die verbliebenen Restkosten für häusliche Pflege, teilstationäre Pflege und stationäre Pflege. Leistungen für vollstationäre Kurzzeitpflege oder eine Ersatzpflegekraft, wenn der pflegende Angehörige verhindert ist, werden anders als in der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung nicht übernommen. Nicht erstattungsfähig ist auch die häusliche Pflege durch Angehörige ohne pflegerische Fachkenntnisse, da hier schwer ein Kostennachweis zu erbringen sei. Für die übernommenen Leistungen gelten folgenden Begrenzungen: Die Leistungen betragen in der Pflegestufe I höchstens 12.276 EUR, in der Pflegestufe II höchstens 15.348 EUR und in der Pflegestufe III höchstens 18.408 EUR pro Jahr. Können bei stationärer Pflege die Pflegeleistungen nicht gesondert von den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nachgewiesen werden, so werden 65% der Gesamtkosten dem Pflegebereich zugerechnet. Ist nachweislich kein Anspruch bei einem anderen Kostenträger (d.h. gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung) feststellbar, so werden bei Vorlage der Originalrechnungen nur 50% der erstattungsfähigen Kosten ersetzt.

Nach Wahl des Versicherungsnehmers steht alternativ zur Kostenerstattung von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonal ein Pflegegeld bei häuslicher Pflege zur Verfügung, dessen Höhe von der Pflegestufe abhängig ist. Es beträgt in der Pflegestufe I 10,25 Euro, in der Pflegestufe II 20,50 Euro und in der Pflegestufe III 25,60 Euro pro Kalendertag.

Neben dem Pflegegeld sind bei häuslicher Pflege Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel und technische Hilfsmittel (in einfacher serienmäßiger Ausstattung) bis 2.557 Euro je Kalenderjahr bzw. Aufwendungen

zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes bei erstmaliger Feststellung der Pflegestufen II und III bis 5.113 Euro innerhalb von 12 Monaten (allerdings nur nach vorheriger Genehmigung durch den Versicherer) erstattungsfähig. Das Pflegegeld wird auf die Jahreshöchstbeträge angerechnet.

Auch die **Continentale** erbringt ihre Leistung in Abhängigkeit von den Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, z.B. in Höhe von 100% nach dem Tarif PZ 10 oder in Höhe von 50% nach PZ 5. Anders als bei **Axa**, **Gothaer** oder **DKV** ist bei der **Arag** im Rahmen der teilstationären Pflege auch reine Laienpflege erstattungsfähig. Dies gilt auch bei der **Continentale**, sofern die Pflegepflichtversicherung eine Vorleistung erbringt. Die **Axa** zahlt in ihrem Tarif EHP bei Laienpflege ein Tagegeld. Die zuvor genannten Versicherer erbringen ihre Leistung nur, wenn der Aufenthalt in staatlich anerkannten oder öffentlichen Tagespflegeeinrichtungen erfolgt oder die Pflege ausschließlich durch pflegerisch geschulte Kräfte oder sowohl durch Pflege-Fachkräfte als auch Angehörige bzw. sonstige ehrenamtliche Helfer erbracht wird. Bei der **Mannheimer** gibt es bei teilstationärer Laienpflege höchstens ein Zusatzpflegegeld, sofern auch die Pflegepflichtversicherung ein Pflegegeld erbringen würde.

Die **Mannheimer** übernimmt mit ihrem Tarif HUMANIS ZP 06 nach Vorleistung der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherungsträger alle Kosten bis in Höhe von 80%. Dies sollte nicht mit einer Erstattung von 80% des Rechnungsbetrages verwechselt werden. Bei Restkosten von beispielsweise 1.500 Euro entspricht dies einem Tagessatz von 40 Euro. Nimmt man jedoch monatliche Gesamtkosten in Höhe von 3.600 Euro für 4 Stunden professionelle Pflege am Tag an, von denen die gesetzliche Pflegeversicherung 980 Euro übernimmt, so übernimmt die **Mannheimer** zusätzlich 1.900 Euro (= 52,78% des Rechnungsbetrages). Daraus ergeben sich Restkosten von 720 Euro für die Versicherer. Ein Tarif, der analog 100% des von der Pflegepflichtversicherung gezahlten Betrages übernehmen würde, übernehme hingegen nur 980 Euro, so dass Restkosten in Höhe von 1.640 Euro übrig blieben.

Problematisch ist es bei der **Mannheimer** wie auch bei anderen Versicherern,

wenn keine Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung beansprucht werden kann, etwa weil die entsprechenden Wartezeiten noch nicht erfüllt sind oder der Anspruch nach § 34 SGB XI ruhen sollte. Bei einem Kollaps der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, würde beispielhaft bei der Mannheimer bis zu einer Neuregelung im Sinne des § 24 Nr. 1 AVB jeder Leistungsanspruch fortfallen.

Auch der **Gothaer** steht es nach § 4 Nr. 1.2 AVB frei, bei Änderungen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung oder einer gesetzlichen Neudefinition der Pflegestufen auch für diesen Tarif die Leistungen zu ändern. Das bedeutet nach dem Wortlaut des Tarifes jedoch keinen automatischen Anspruch auf eine Leistungsanpassung an einen neuen gesetzlichen Standard. Grundsätzlich unterscheiden sich die beiden Regelungen also nicht voneinander.

Im Tarif PEK der **DKV** werden Leistungen in Abhängigkeit von der Art der Pflege erbracht. Diese betragen monatlich beispielhaft bei:

Häuslicher Pflege durch Angehörige oder bei nicht erforderlicher vollstationärer Pflege (bei erforderlicher: 337,50 €/Monat für alle Stufen)	Teilstationäre Pflege in einem Pflegeheim
Pflegestufe I	
107,50 € / Monat	210,00 € / Monat
Pflegestufe II	
210,00 € / Monat	490,00 € / Monat
Pflegestufe III	
337,50 € / Monat	735,00 € / Monat

Beim **Volkswahl Bund** bewirkt eine Änderung der gesetzlichen Pflegedefinition keine Leistungsänderung, da die gesetzliche Pflegedefinition sich unverändert am Stand 2008 orientiert und alternativ eine Bewertung nach ADL zur Verfügung steht. Allerdings findet sich in § 2 (5) folgende Regelung:

„Wenn wir einen Pflegerenten-Tarif anbieten, der die neue Gesetzeslage berücksichtigt, haben Sie die Möglichkeit, Ihren bestehenden Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung auf denjenigen neuen Tarif umzustellen, welcher bezüglich des Leistungsumfanges dem Ihres bestehenden Vertrags am näch-

sten kommt. Diese Umstellungsmöglichkeit besteht nicht, sofern für die versicherte Person bereits Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung beantragt worden sind, die versicherte Person schwerbehindert ist oder ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt worden ist.“

Während die **Mannheimer** in ihrem Tarif ZP 06 insgesamt 80% des Rechnungsbetrages abzüglich der Vorleistung der Pflegepflichtversicherung erbringt, sieht die **HALLESCHE** mit ihrem Tarif PHN eine andere Art prozentualer Leistungen vor.

Diese unterscheiden sich analog den meisten Wettbewerbern in häusliche Pflege, teilstationäre und stationäre Pflege. Die konkrete Erstattung ist zudem abhängig von der durch ADL bestimmten Pflegestufe: min. 3 Pflegepunkte für die Pflegestufe I, min. 4 Punkte für die Pflegestufe II, min. 5 Punkte für die Pflegestufe III und min. 6 Punkte für die Pflegestufe IV. In Abhängigkeit von der Pflegestufe ergibt sich eine Bemessungsgrundlage von 25%, 50%, 75% bzw. 100% des versicherten Pflegegeldsatzes. Dabei steht für pflegespezifische technische Hilfsmittel in der häuslichen Pflege durch Angehörige sowie in der teilstationären Pflege höchstens die 40fache Bemessungsgrundlage zur Verfügung. Bezogen auf den so ermittelten Prozentsatz ergeben sich beispielhaft im Tarif PHN 50 unten aufgeführte monatliche Leistungen.

Die Definition des Pflegefalls ist bei den meisten Pflegekostentarifen an der Einstufung des SGB orientiert, weshalb eine Leistung nur bei Vorliegen einer gesetzlichen Pflegestufe erfolgt. Damit besteht bei Demenz vielfach kein oder nur ein geringer Versicherungsschutz.

Diese Lücke hat beispielsweise die Mannheimer schon 2006 erkannt, wes-

halb nach § 9 Mannheimer VB 2009 Pflegekostenzusatz ZP06 ein vorgezogenes Betreuungsgeld bei Demenz mindestens mittleren Grades vorgesehen ist. Eine Leistung erfolgt, solange die versicherte Person in der Pflege-Pflichtversicherung noch nicht als pflegebedürftig anerkannt, wird bis zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in der Pflege-Pflichtversicherung.

Das Betreuungsgeld wird in Höhe des Pflegegeldes gezahlt, das von der Pflegepflichtversicherung zu zahlen wäre, wenn die versicherte Person Anspruch auf ein Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Familienangehörige aus Pflegestufe 1 hätte.

Bei **Arag**, **Continentale**, **DKV** und **Gothaer** werden Demenzleistungen nur dann erbracht, wenn auch gesetzlich eine Pflegeleistung als Folge von Demenz erbracht werden muss. Bedingungsseitig wird das Demenzrisiko jeweils nicht angesprochen.

Nicht am SGB orientiert ist der Tarif PHN der **HALLESCHE**. Hier wird abweichend nach einem eigenen Punktesystem (ADL) gearbeitet, weshalb eine Leistung auch dann erfolgt, wenn eine Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung ausscheidet. Damit besteht eine faktische Unabhängigkeit des Tarifes von gesetzlichen Änderungen.

Wichtig für die Beratungsdokumentation ist hingegen der Hinweis, dass eine Einstufung als Pflegefall nach der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung demnach nicht gleichbedeutend mit einem Leistungsanspruch an das Pflegeprodukt der **HALLESCHE** ist.

Alle im Text erwähnten Versicherer verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten drei Jahren nach Abschluss; ein Verzicht auf das außerordentliche Kündigungsrecht wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung oder Prämienverzug ist damit nicht verbunden.

HALLESCHE: Tarif PHN 50

	Pflegestufe			
	I	II	III	IV
Ambulante Pflege durch Angehörige:	112,50 €	225,00 €	337,50 €	450,00 €
Häusliche Pflege durch Pflegekräfte:	300,00 €	600,00 €	900,00 €	1.200,00 €
Teilstationäre Pflege:	300,00 €	600,00 €	900,00 €	1.200,00 €
Vollstationäre Pflege:	375,00 €	750,00 €	1.125,00 €	1.500,00 €
pflegespezifische technische Hilfsmittel	500,00 €	1.000,00 €	1.500,00 €	2.000,00 €

■ Geltungsbereich

Auch für Pflegekostentarife besteht ein meist nur räumlich eingeschränkter Geltungsbereich.

So erstreckt sich der Versicherungsschutz bei den **Axa**-Tarifen EHP/ESP auf die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Dies gilt auch bei der **Mannheimer** im Tarif HUMANIS ZP 06.

Verzieht jemand nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ins Ausland, so bleibt der Versicherungsschutz bei der **Mannheimer** und der **DKV** erhalten. Bei Verzug außerhalb der europäischen Wirtschaftszone vor Eintritt des Leistungsfalles endet der Versicherungsschutz. Ein Hinweis auf die Möglichkeit einer abweichenden Regelung im Einzelfall ist in § 3 Nr. 2 nicht zu finden. Allgemein gilt für Pflege im Ausland, dass nur Anspruch auf ein pauschales Auslandspflegegeld in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 SGB XI besteht, das die Pflegepflichtversicherung hiernach bei häuslicher Pflege der versicherten Person in Deutschland erbringen würde. Voraussetzung für die pauschale Pflegegeldzahlung im Ausland ist, dass auch aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung Leistungen für häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege erbracht werden. Übernehmen Familienangehörige oder sonstige Personen die Pflege zu Hause wird ein Zusatzpflegegeld geleistet, dessen Höhe von der jeweiligen Pflegestufe abhängig ist. Die übliche Erstattung von 80% des Rechnungsbetrages gilt nur für Berufspflegekräfte in Deutschland. Auch werden nach § 8 der Bedingungen Vorleistungen

für andere Leistungsarten aus ZP 06 auf den Höchsterstattungssatz von 50.000 Euro p.a. angerechnet. Werden in einem Jahr beispielsweise je 20.000 Euro für häusliche Pflege sowie für stationäre Pflege, zusammen also 40.000 Euro, erbracht, so wurde der Jahreshöchstbetrag von 50.000 Euro noch nicht ausgeschöpft. Tatsächlich stehen noch weitere 10.000 Euro im Rahmen der tariflichen Leistungen zur Verfügung.

Auch bei der **Continentale** und der **DKV** endet das Versicherungsverhältnis, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, verlegt; es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei der **DKV** kann Tarif PEK alternativ auch in Anwartschaft gestellt werden.

Bei der **Gothaer** im Tarif P3 werden Pflegeleistungen nach § 1 Nr. 11 innerhalb Deutschlands erbracht. Außerhalb der Bundesrepublik werden in den EU- und EWR-Staaten Aufwendungen für Pflege in Höhe der in Deutschland anfallenden Kosten ersetzt. Kein Versicherungsschutz besteht nach § 5 Nr. 1 c) für Pflegefälle im Ausland und zwar auch dann, wenn sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Anders als bei der **Mannheimer** endet der Versicherungsschutz jedoch nicht bei Verzug ins Ausland.

Die **Arag** sieht Versicherungsschutz gemäß § 1 Teil I Nr. 11 für Deutschland vor. Im Ausland werden nach Nr. 11 Leistungen in der Höhe erbracht wie sie auch in Deutschland erbracht würden,

räumlich begrenzt jedoch auf die EU- und EWR-Staaten sowie nach § 1 Teil II die Schweiz. Der Versicherungsvertrag endet bei dauerhafter Verlegung in ein Ausland außerhalb des benannten Geltungsbereiches, wobei dauerhaft nicht näher definiert wurde. Im Einzelfall kann das Vertragsverhältnis nach Absprache mit dem Versicherer über diesen Zeitraum hinaus fortgesetzt werden.

■ Inflationsausgleich

Wie bereits in „Risiko & Vorsorge 2/2009“, S. 35 beschrieben, sollte das Thema Inflationsausgleich nicht übersehen werden. Eine automatische Dynamik bietet die **Mannheimer**, da in deren Tarif nach Vorleistung der Pflege-Pflichtversicherung immer 80% der verbleibenden Kosten erstattet werden, allerdings ist die Höchsterstattung auf 50.000 Euro je Person und Jahr beschränkt, was einer maximalen monatlichen Erstattung von 4.166,67 Euro entspricht und gegenwärtig als mehr als ausreichend zu betrachten ist. Nach § 12 Nr. 3 ist jedoch unter bestimmten Umständen zusätzlich noch eine Erhöhung dieser Maximierung vorgesehen.

Auch die Tarife von **Axa**, **DKV** und **HALLESCHE** sehen bedingungsgemäße Optionen zum Inflationsausgleich vor. Bei der **HALLESCHE** steht diese Optionen beispielsweise Personen vor dem vollendeten 55. Lebensjahr alle 5 Jahre zur Verfügung und dies ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten.

Ein kleines Highlight am Rande bietet die **Gothaer** in ihrem Tarif P3. Hier heißt es

Versicherungsfähigkeit und Monatsprämien im Überblick

Gesellschaft	Tarif	Stand	Eintrittsalter	Prämie m / w (5 Jahre)	Prämie m / w (35 Jahre)	Prämie m / w (55 Jahre)
ARAG	681	01.2009	0-65 Jahre **	0,44 €	2,67 € / 4,92 €	7,00 € / 12,36 €
ARAG	685	01.2009	0-65 Jahre **	2,20 €	13,35 € / 24,60 €	35,00 € / 61,80 €
ARAG	680	01.2009	0-65 Jahre **	4,40 €	26,70 € / 49,20 €	70,00 € / 123,60 €
AXA	EHP 100, ESP 100	05.2008	0-70 Jahre**	2,50 €	18,20 € / 29,10 €	41,70 € / 69,00 €
Continentale	PZ 10	01.01.2009	0-75 Jahre **	2,20 €	15,40 € / 27,40 €	35,20 € / 61,30 €
DKV	PEK	07.2008	0-80 Jahre	0,66 €	5,32 € / 10,28 €	12,59 € / 22,00 €
Gothaer	P3	01.01.2009	0-67 Jahre **	2,53 €	14,01 € / 24,64 €	33,03 € / 54,40 €
Hallesche	PHN 50	01.01.2009	0-65 Jahre **	4,50 €	19,10 € / 31,10 €	48,10 € / 76,50 €
LKH	PEV 100	01.2009	0-60 Jahre*	2,10 €	18,40 € / 34,60 €	45,00 € / 81,60 €
Mannheimer	HUMANIS ZP 06	01.2009	0-60 Jahre	5,47 €	22,05 € / 33,61 €	45,41 € / 77,80 €

* obwohl der Tarif nur bis zum 60. Lebensjahr angeboten wird, besteht keine bedingungsgemäße Eintrittsalterbeschränkung

** gemäß Angebotssystem. Auf Anfrage ohne Altersbegrenzung

in § 15 Nr. 3.1, dass Lebenspartner und Ehepartner nach rechtsgültiger Scheidung von Ehe oder Lebenspartnerschaft das Recht haben, ihren jeweiligen Vertrag als selbstverständigen Vertrag fortzusetzen. Dies gilt auch dann, wenn die Partner lediglich dauernd getrennt leben sollten.

Zusätzliche Nachweispflicht ist unüblich

Normalerweise reicht es bei Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherungen aus, den Nachweis zu erbringen, dass eine Leistung aus der privaten oder gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erfolgt. Dies gilt jedoch nicht für alle Versicherer. So sollte etwa im Tarif P3 der **Gothaer** gemäß § 4 Nr. 2.1 AB / PV 2009 der Versicherungsnehmer spätestens alle drei Monate auf eigene Kosten den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Bescheinigungen nachweisen. Gleiches gilt für den Pflegetagegeldtarif PT der **Gothaer**. Der zusätzliche Nachweis werde von der **Gothaer** in der Praxis allerdings nicht eingefordert. Tatsächlich reiche der Nachweis aus der privaten bzw. gesetzlichen Pflegeversicherung aus.

Zwischen den Welten: die Pflegekostenversicherung der LKH

Der Pflegekostentarif der LKH stellt ein Bindglied zwischen Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherung dar. Auf Grund-

lage der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erhöhen sich die Leistungen um 20% (PEV 20) bis 200% (PEV 200). Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass Leistungen bei Demenz dann erbracht werden, wenn auch aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflicht Leistungen resultieren. Damit erspart sich die LKH eine eigenständige Prüfung, da der Entscheid von MDK bzw. MedicProof einzige Bewilligungsgrundlage ist. Wie es sonst für Pflegetagegeldtarife üblich ist, steht das Geld aus dem Tarif PEV frei verfügbar, statt wie bei Pflegekostenversicherungen zweckgebunden eingesetzt werden zu müssen. Da die gesetzliche Leistung bei häuslicher Pflege durch Angehörige nur ein geringeres Pflegegeld vorsieht, gilt analog eine reduzierte Leistung auch für den PEV.

Ohne Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung würden auch Versicherte der LKH leer ausgehen. Eine reine Änderung der gesetzlichen Leistungen würde jedoch lediglich zu einer Prämienmodifikation führen:

„Werden die Leistungen oder Beiträge der privaten Pflegepflichtversicherung geändert, so werden die Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.“

Wenig vorteilhaft ist, dass keine Erhöhung der privaten Pflegeleistungen erfolgt, wenn von staatlicher Seite keine

Erhöhungen oder sogar Kürzungen vorgenommen werden. So erfolgte etwa für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung von 01.01.1995 bis 01.07.2008 effektiv keine Anpassung der Leistung, während die kumulierte Inflation von 1995 bis 2007 insgesamt 21,46 % betrug, was einem Wertverlust von gut einem Fünftel entspricht. Durch die Pflegereform von 2008 kam es zwar zu einer Erhöhung der gesetzlichen Pflegeleistungen. Diese fiel jedoch eher bescheiden aus. Betrachtet man etwa den Zeitraum von 1995 bis 2012 für häusliche Pflegeleistungen in der Pflegestufe I, so ergibt sich eine durchschnittliche Anpassung von 0,94% p.a. Bezogen auf das Pflegegeld in Pflegestufe III betrug die Anpassung sogar nur 0,30% p.a. Von einem Inflationsausgleich kann hier also nicht gesprochen werden.

Anders als in der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung ersetzt die LKH nicht die Kosten für technische Hilfsmittel (z.B. verstellbare Pflegebetten), wie es sonst üblich ist. Der Tarif PEV sieht eine Wartezeit von 3 Jahren vor. Der Versicherungsschutz nach § 1 Nr. 12 bezieht sich ausschließlich auf Pflege in Deutschland. Der Versicherungsschutz entfällt nach § 2 Nr. 1c), „solange sich versicherte Personen in Staaten aufhalten, die nicht Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden“.

Pflegetagegeldtarife

Der Pflegefall wird in Pflegetagegeldtarifen fast immer analog privater oder gesetzlicher Pflegeversicherung (MDK bei gesetzlich bzw. Medicproof bei privat Versicherten) eingestuft. Entsprechend ist also eine Einstufung nach Pflegestufe I, II oder III möglich. Gerade jüngere Tarife, die nach der Pflegereform vom 01.07.2008 entstanden sind, sehen darüber hinaus eine Leistung auch in der „Pfleigestufe 0“ vor, d.h. bei besonderen Einschränkungen der allgemeinen Alltagskompetenz (Demenz) nach § 45b

SGB XI. In solchen Fällen zahlt die Pflichtversorgung ein monatliches Betreuungsgeld, das zwischen 100 oder 200 Euro betragen kann.

Eng an die gesetzliche Definition angelehnt ist die neue Tarifgeneration der **Signal Iduna**, auch wenn nicht explizit auf die gesetzliche Einstufung abgestellt wird. Dies kann dazu führen, dass der Gesetzgeber zwar einer Pflegeeinstufung zustimmt, die **Signal** jedoch durch ihren Gutachter zu einem abweichenden Ergebnis kommt. Möglich ist auch, dass

Versicherte erst die Leistung von MDK oder Medicproof abwarten, um dann festzustellen, dass ihr Leistungsanspruch bei der **Signal** dann erst ab dem Monat der Meldung erfolgt. Abweichend wird im Zusammenhang mit Demenz auf die oben skizzierte gesetzliche Regelung als Anspruchsgrundlage abgestellt. Bei einem Tagessatz von beispielsweise 50 Euro zahlt der Versicherer ein zusätzliches Betreuungsgeld von bis zu 100 Euro¹.

Gegenteilig ist die Gestaltung in der **MÜNCHENER VEREIN** Krankenversicherung in ihrem Tarif 425. In diesem wird bei Demenz mittleren Grades ein vorgezogenes Betreuungsgeld in Höhe des Pflegegeldes der Pflegestufe I (derzeit 415

¹ Pro 1 Euro versichertem Tagessatz 1% des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV. Dieser beträgt regelmäßig 1.200 Euro p.a., in besonderen Härtefällen 2.400 Euro p.a.