

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A–Z:

- Pflegekostentarife: Arag, Axa, Continentale, DKV, Gothaer\*, Hallesche\*, LKH, Mannheimer
- Pflegetagegeldtarife: Allianz\*, Alte Oldenburger\*, Arag\*, Bayerische Beamten KK, Central, Continentale\*, DBV-Winterthur, Debeka\*, Deutscher Ring\*, DEVK\*, DKV\*, Gothaer\*, Hallesche, Hanse Merkur, Inter\*, Münchener Verein\*, Nürnberger, Provinzial\*, R+V\*, SDK\*, Signal Iduna, Union Krankenversicherung\*, uniVersa
- Pflegerententarife: Deutscher Ring, Delta Lloyd\*, Generali\*, Ideal\*, Neue Leben\*, Nürnberger, Signal Iduna\*, Volkswohl Bund\*

\* diesen Anbieter finden Sie bereits in diesem Text, der allgemeine Grundlagen zum Pflege Thema beinhaltet. Die nicht gekennzeichneten Anbieter finden Sie in der Ausgabe 03/2009 von „Risiko & Vorsorge“. Dort werden die Tarife der Anbieter von Pflege tagegeld-, Pflegekosten- und Pflegerentenversicherungen vorgestellt.

# Makler-Wissen I: Grundlagen der Pflegeversicherung

**Statistisch betrachtet, wird jeder Zweite zum Pflegefall !**

„Im Dezember 2007 waren 2,25 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); die Mehrheit (68%) waren Frauen. 83% der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 35% 85 Jahre und älter. Mehr als zwei Drittel (68% bzw. 1,54 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon erhielten 1.033.000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld; das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 504.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 32% (709.000 Pflegebedürftige) wurden in Pflegeheimen betreut.“ \*



\* „Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.“ Hg: Statistisches Bundesamt, 17.12.2008, S.4)

Autor: Thorben S. Hagenau

Die Personen, die ambulant zu Hause gepflegt werden, wurden 2006 gut zur Hälfte allein durch Angehörige ganz ohne Beteiligung professioneller Pflegedienste versorgt. Dieser Personenkreis erhielt ausschließlich Pflegegeld. Auffällig ist, dass Frauen häufiger stationäre Leistungen, Männer häufiger Pflegegeld beanspruchten. Zudem ist der Trend zu beobachten, dass immer mehr Personen gleichzeitig Pflegegeld nach § 37 SGB XI als auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI beantragen, also neben der Pflege durch Angehörige auch ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen.

Als Ergebnis einer aktuellen Verbraucherumfrage des Münchener Vereins schätzten die Befragten, dass 47% aller Menschen später zum Pflegefall würden. Von den Befragten selbst sahen sich jedoch nur rund 18% als künftiger Pflegefall. Auf Grundlage der amtlichen Pflegestatistik werden von den 70 bis 75jährigen rund 5% pflegebedürftig, von den über 90jährigen sogar 62%. „Auffallend ist, dass Frauen ab ca. dem achtzigsten Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen. So beträgt z. B. bei den 85- bis unter 90-jährigen Frauen die Pflegequote 41%, bei den Männern gleichen Alters hingegen „nur“ 28%.“ \*

### Das eigene Pflegerisiko wird stark verdrängt.

Aus Gesprächen mit Kunden kommt man zu dem Bild, dass fast jeder sich zu Hause im Kreise der Angehörigen ambulant pflegen lassen möchte. Kaum jemand wünscht sich eine anonyme Pflege in einem Pflegeheim.

Befragt, wer denn die Pflege in den eigenen vier Wänden übernehmen werde, verweisen viele auf ihren Ehe- oder Lebenspartner, andere auf ihre Kinder. Fakt ist jedoch, dass Kinder als Erwachsene oft gar nicht mehr in der Nähe des elterlichen Wohnsitzes wohnen und aus beruflichen Gründen keine Möglichkeit zum Pflegen haben. Inwiefern sie dazu Lust oder zumindest die wirtschaftlichen Möglichkeiten hätten, ist fraglich. Fehlt das Geld, wird unter Umständen nach der billigsten Pflegeeinrichtung gesucht, wobei zwangsweise ein hochwertiger Pflegestandard entfallen muss.

\* „Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.“ Hg: Statistisches Bundesamt, 17.12.2008, S.5)

### Verschweigen von Vermögenswerten

Wenn das Sozialamt zum finanziellen Unterhalt von Eltern oder Kindern anfragt, wird mancher versuchen, sich arm zu rechnen, um auf diese Weise seinen gesetzlichen Pflichten zu entgehen. Als Folge des Gesetzes zur Förderung der Steuerehrlichkeit haben bereits seit April 2005 Finanz-, Arbeits-, Bafög- und Sozialämter sowie Wohngeldstellen die Möglichkeit, Bankstammkunden aller Bankkunden in Deutschland automatisiert abzufragen. Da Banken bereits seit 2003 eine entsprechende Datensammlung vornehmen müssen und eine Abfrage ohne den Nachweis eines Anfangsverdachts erfolgen darf, ist das Verschweigen von Vermögenswerten stark erschwert. Hinzu kommt, dass seit Juli 2005 auch grenzüberschreitende Einkünfte eingeholt werden können. Dies gilt demnach auch für das „geschickte“ Verschieben von Werten vor Beantwortung einer Anfrage. Laut „Euro“ 3/06, S. 105 hätte es nach Hochrechnung der Banken bereits 2005 rund 60.000 Kontenabfragen gegeben. Dabei sind selbst bereits gelöschte Daten noch drei Jahre danach abrufbar.

Wenig hilfreich ist es auch, darauf zu vertrauen, dass das Vermögen des Partners nicht zum Unterhalt der Eltern herangezogen werden kann. Im Zweifel müssen nicht berufstätige Partner nämlich einen Taschengeldanspruch gegen ihren gut verdienenden Ehepartner geltend machen, um damit die Aufwendungen für die elterliche Pflege bestreiten zu können (BGH, Urteil vom 15.10.2003, AZ VII ZR 122/00). In einem anderen Urteil sollte eine Tochter ihren Verdienst von nur 15.000 Euro im Jahr für die mütterliche Pflege aufweisen. Begründet wurde dies damit, dass ihr Mann mit 60.000 Euro Jahreseinkommen ausreichend für seine Frau aufkommen könne, zumal man im Eigenheim lebe und es keine Kinder zu versorgen gab. Das gemeinsame Einkommen sei hoch genug bemessen, um finanzielle Rücklagen bilden zu können. Daher konnte sich die Tochter nicht auf den diesem Zeitpunkt üblichen Selbstbehalt von 1.200 Euro zuzüglich 50% des darüber hinausgehenden Einkommens des Unterhaltspflichtigen berufen (BGH, Urteil vom 17.01.2003, Az. XII ZR 224/00).

Was die Pflege durch den Partner betrifft, wird gerne vergessen, dass dieser meist selbst schon in einem hohen Alter sein wird, in dem viele körperliche Einrichtungen nur noch schwer oder gar nicht mehr möglich sind. Gerne verdrängt wird auch, dass etwa jede Dritte Ehe in Deutschland geschieden wird.

Da statistisch die meisten Frauen ihre Männer überleben – zum einen, da sie meist schon bei der Hochzeit jünger sind, zum anderen wegen ihrer insgesamt höheren Lebenserwartung –, bleibt nach dem Tod des Mannes niemand übrig, der die Witwe pflegen könnte. Ohne ausreichend hohe finanzielle Vorsorge, ist der Gang ins Pflegeheim dann unvermeidlich. Wer Eigentum hat, kann dieses eventuell noch versilbern, um damit für einen gewissen Zeitraum die Kosten zu decken, die die gesetzliche Pflegeversicherung nicht abdeckt. Leicht können dies über 2.000 Euro im Monat sein; im Falle von Demenz tritt die gesetzliche Pflegeversicherung in vielen Fällen gar nicht oder zumindest nicht kostendeckend ein. Für viele Familien

bleibt ohne zusätzliche Vorsorge nur der Gang zum Sozialamt. Das wiegt umso stärker als das Risiko in späteren Jahren zum Pflegefall zu werden, weit höher ist als das Risiko Opfer unfallbedingter Invalidität oder sogar Berufsunfähigkeit zu werden.

Statistisch wird jeder Zweite irgendwann in seinem Leben zum Pflegefall, wobei das Risiko mit steigendem Alter und der Nähe zum Tod exponentiell ansteigt. Vergleichsweise harmlos ist da die Schätzung der IDEAL, wonach nur jeder Sechste im Laufe seines Lebens pflegebedürftig werde.

Laut Versicherungsjournal vom 16.10.2007 stiegen die Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung zuletzt um 2,9 Prozent auf 9,4 Milliarden Euro. Gleichzeitig verbesserte sich die Einnahmenseite um 2,8 Prozent auf 9 Milliarden Euro. Es verbleibt demnach ein

„Hauptursache für Pflegebedürftigkeit ist heute Demenz.“



Fehlbetrag von 400 Millionen Euro. Die zum 01.07.2008 beschlossene Anhebung des Beitragssatzes auf 1,95 Prozent für Personen mit bzw. 2,2 Prozent für Personen ohne Kinder wird an dem grundlegenden Problem nichts ändern. Der demografische Wandel führt unzweifelhaft zu einer nur geringen Halbwertszeit der Stabilität von erhöhtem Beitragssatz und verbesserten Leistungen. Langfristig wird das bisherige System so nicht finanzierbar bleiben. Derzeit scheint eine Finanzierbarkeit der gesetzlich zugesagten Leistungen bis maximal 2014 gesichert zu sein.

Allerdings steht die nächste Pflege-reform bereits vor der Tür. Unter anderem wird erwogen, zukünftig fünf statt drei Pflegestufen einzuführen und sich bei der Leistung stärker als bisher an den Einschränkungen in der täglichen Lebens-führung zu orientieren, statt wie bisher vor allem am Hilfebedarf bei körperlichen Verrichtungen wie persönlicher Hygiene oder Ernährung. Klar ist, dass dies entweder erhöhte Kosten oder geringere Leistungen für den Einzelnen zur Folge haben muss.

Wer sich aufgrund der Pflegereform und der gesetzlichen Anpassung der Leistungen bis 2012 einen Werterhalt der gesetzlichen Leistungen erhofft, dürfte schwer enttäuscht werden.

So erfolgte etwa für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung vom 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.

Eine zusätzliche private Vorsorge bleibt daher in jedem Fall unumgänglich. Dazu können wahlweise Pflegekostenversicherungen, Pflegetagegeld- oder Pflege-erentenversicherungen genutzt werden.

### Pflege-Bausteine & aktuelle Trends

Die wesentlichen Charakteristika der drei Pflegeversicherungs-Bausteine lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Pflegekostenversicherung** (Krankenversicherung):  
geringe Prämien; keine langfristig garantierte Prämienstabilität; individuelle Bedarfsermittlung oft nicht nötig; meist keine freie Verfügbarkeit der Leistung; oft Leistung auch bei Demenz; Bildung von Altersrückstellungen
- **Pflegetagegeldversicherung** (Krankenversicherung):  
geringe Prämien; keine langfristig garantierte Prämienstabilität; individuelle Bedarfsermittlung unabdingbar; meist freie Verfügbarkeit der Leistung; meist keine Leistung bei Demenz; Bildung von Altersrückstellungen
- **Pflegeerntenversicherung** (Lebensversicherung):  
höhere Prämien; garantierte Leistung erhöht um nicht garantierte Überschüsse; individuelle Bedarfsermittlung unabdingbar; meist freie Verfügbarkeit der Leistung; meist Leistung auch bei Demenz; fast immer Bildung eines Rückkaufwertes

Freie Verfügbarkeit der Leistung bedeutet, dass Kunden bei Pflegetagesgeld- und Pflegeerntenversicherung in der Regel frei entscheiden können, ob sie ihre Versicherungsleistung für eine stationäre Unterbringung, einen ambulanten Pflegedienst oder für die Pflege durch Angehörige oder Freunde aufwenden möchten. Wer kurz vor Pflegebeginn in den Genuss eines Lottogewinns oder einer Erbschaft gekommen ist, kann die Versicherungs-

leistung sogar komplett zweckentfremden. Dies gilt jedoch nicht für den Tarif PFL-PLUS der Delta Lloyd. Hier heißt es in § 1 (3) wie folgt:

„Die Durchführung der Pflege ist nachzuweisen (z.B. durch Rechnungen eines Pflegedienstes oder ärztliches Attest bei pflegenden Angehörigen).“

Insbesondere drei Trends kennzeichnen die aktuelle Entwicklung auf dem Pflegemarkt:

- Tarife wahlweise mit Leistungen ab Pflegestufe I, II oder III,
- Pflegetagegeldtarife mit Dynamisierungsoption auch dann, wenn bereits ein Pflegefall vorliegt.
- Pflegeleistung auch bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer-Krankheit, Vaskuläre Demenz)
- Deutlicher Trend in der Abschlussbereitschaft von Pflegezusatzversicherung in der Branche: laut Hallesche ein Anstieg im vergangenen Jahr um 18,73%. Besonders gut angenommen werden Anträge mit vereinfachter Gesundheitsprüfung.

Möglicherweise Vorreiter eines weiteren Trends ist die Continentale, die in ihrem Pflegetagegeldtarif wahlweise nur die ambulante oder stationäre Pflege versichert, so dass auch unterschiedlich hohe Pflegetagegelder gewählt werden können. Ebenfalls neu ist hier die grundsätzlich 100%ige Leistung unabhängig von der konkreten Pflegestufe und Art der Pflege. Eine Vorreiterposition im Markt der Pflegetagegeldtarife nimmt seit 09/2008 das Pflegetagegeld der Signal Iduna ein, das auch Leistungen bei Demenz vorsieht.

„Laut IDEAL liegen die durchschnittlichen Kosten für eine vollstationäre Pflege Anfang 2009 bei rund 3.300 Euro monatlich, von denen höchstens 1.470 Euro durch die gesetzliche oder eine private Pflegepflichtversicherung abgedeckt seien. „

Mit Ausnahme von Continentale und Inter zahlen alle dem Autor bekannten Pflegetagegeldtarife die volle Höhe des ver-

sicherten Tagessatzes nur in der Pflegestufe III oder wenn das Erfordernis einer vollstationären Pflege besteht.

In Pflegestufe I und II betragen die Leistungen meist nur 25 bis 40 bzw. 50 bis 70 %. Fast alle Produktanbieter bieten derzeit Tarife mit Leistung erst ab Pflegestufe II oder III. Ähnlich gestaltet sich die Tarifwelt der Pflegerentenversicherer.

Pflegerentenversicherungen bieten je nach Tarif in Pflegestufe / Pflegeklasse I keine Leistung, eine Beitragsfreistellung oder 25 bis 50% der versicherten Pflegerentenleistung. Pflegestufe / Pflegeklasse II gewährt entweder keine Leistung, eine Beitragsfreistellung oder 50 bis 100 % der versicherten Pflegerente. In Pflegestufe /

Pflegeklasse III ist eine Leistung in voller Höhe, teilweise mit und teilweise ohne ergänzende Beitragsfreistellung. Für Versicherte gestalten sich Tarife mit Leistung erst ab Pflegestufe II oder III meist als Mogelpackungen, da nur wenige tatsächlich in die Pflegestufe III eingestuft werden und Kunden die Eintrittswahrscheinlichkeit oft nicht bekannt ist.

Nimmt man alle Pflegebedürftigen, die Pflege ambulant oder stationär beziehen zusammen, so ergibt sich per 31.12.2006 folgende Verteilung nach Pflegestufen: 51,9% (Pflegestufe I), 35,0% (Pflegestufe II) und 13,1% (Pflegestufe III).

Es fällt also nur jeder siebte bis achte Pflegebedürftige in die höhere Pflegestufe.

## Die Höhe der Absicherung

Wer den Pflegefall absichern möchte, steht nicht nur vor der Wahl, sich für ein Angebot der Lebens- oder Krankenversicherer entscheiden zu müssen; vielmehr ist auch die Höhe der benötigten Erstattung richtig einzuschätzen. Gerade letzteres ist praktisch nicht möglich, da die zukünftige Entwicklung der Pflegekosten nicht sicher vorhergesagt werden kann. Sicher ist nur eins: mit stark steigenden Kosten ist zu rechnen.

Hauptursache für Pflegebedürftigkeit ist Demenz. Auf Basis einer Studie der Gmünder Ersatzkasse unter 4.229 Heimbewohnern aus 609 Alterseinrichtungen in Deutschland wurde zum Jahresende 2005 bei 69% der untersuchten Heimbewohner ein Demenzsyndrom festgestellt. Eine andere Studie kommt zu dem Ergebnis, dass 46,7% aller Fälle von Pflegebedürftigkeit auf Demenz zurückzuführen sind. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 15,7% sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (meist Schlaganfälle) und zu 10,1% bösartige Neubildungen die Ursache für eine Pflegebedürftigkeit.

Nach erstmaligem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit kam es bei mehr als einem Drittel aller Männer und mehr als der Hälfte aller Frauen schon nach zwei Jahren zur Inanspruchnahme einer stationären Pflege.

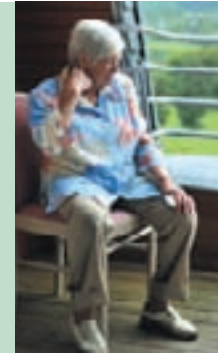
Laut amtlicher Pflegestatistik 2007 betrug der Pflegesatz für vollstationäre Dauerpflege in der Pflegeklasse III durchschnittlich 71 Euro pro Tag. Dazu wurden im Mittel 20 Euro für Unterkunft

und Verpflegung berechnet. Nimmt man einen Durchschnittsmonat von 30,44 Tagen an, so bedeutet dies monatliche Gesamtkosten von 2.769,81 Euro. Dabei wurde von 1999 bis 2005 eine jährliche Preissteigerung von im Schnitt 10 % in sechs Jahren festgestellt. Laut IDEAL liegen die durchschnittlichen Kosten für eine vollstationäre Pflege Anfang 2009 bei rund 3.300 Euro monatlich, von denen höchstens 1.470 Euro durch die gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung abgedeckt seien.

*„Statistisch fallen etwa 13,1% aller Pflegebedürftigen in die Pflegestufe III, 35% in die Pflegestufe II und 51,9% in die erste Pflegestufe. Tarife, die erst ab Pflegestufe II oder III leisten, mögen daher zwar finanziell interessant erscheinen und auch die größten Risiken absichern, gewähren jedoch nur für weniger als die Hälfte aller Pflegefälle wirksamen Versicherungsschutz.“*

Eine in Mannheim durchgeführte Studie kam zu dem Ergebnis, dass Pflegebedürftigkeit insgesamt durchschnittlich 35,2 Monate (Frauen) bzw. 25,2 Monate (Männer) dauerte. Dabei betrug die durchschnittliche Verweildauer eines Heimaufenthaltes 49,2 Monate (Frauen) bzw.

### Gesetzliche Leistungen bei Demenz



Seit 01.07.2008 werden nach § 45 SGB XI für Demenzkranke von der gesetzlichen Pflegeversicherung höhere Leistungen gezahlt.

Die Zusatzleistungen zur ambulanten oder teilstationären Pflege nach § 45b SGB XI stiegen dadurch von 460 Euro jährlich auf 200 Euro monatlich. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese nach Inkrafttreten der Pflegereform früher oder leichter einer Pflegestufe zugeordnet werden.

Diese zusätzlichen Betreuungsleistungen für diese Personengruppe gab es schon vor der Reform.

Des Weiteren gibt es die Leistung nicht bei stationären Aufenthalten, auch wird sie nur zweckgebunden (gegen Rechnung) gezahlt.

Die Pflegekassen behalten sich vor, nur qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zu finanzieren.

Für einen Zivildienstleistenden, der auf den Demenzkranken lediglich aufpassen soll, könnten diese Leistungen also nicht eingesetzt werden.

23,1 Monate (Männer). Als Ergebnis einer anderen Studie bleibt festzuhalten, dass die Sterblichkeit mit dem Eintritt ins Heim stark ansteigt: nach sechs Monaten waren 38,2% der Männer und 25,5% der Frauen, nach zwölf Monaten 52,4% aller Männer und 33,3% aller Frauen verstorben.

Im Rahmen der (mehr)jährlichen Überprüfung einer bisherigen Pflegeeinstufung können Hoch- und Runterstufungen eintreten. Während bei etwa 46% aller Pflegebedürftigen aus der Überprüfung eine Höherstufung in die Pflegestufen II oder III resultiert, fällt die Pflegebedürftigkeit nur in rund 8% aller Fälle weg. Aus Pflegestufe II steigen gut 35% auf in die Pflegestufe III, während runde 11% in die Pflegestufe I zurückfallen. Insgesamt ist eine Höherstufung vor allem im stationären Bereich stark ausgeprägt, während ein vollständiger Wegfall einer einmal attestierten Pflegebedürftigkeit nur in etwa 8% aller Fälle vermeldet wird.

Das Dilemma der richtigen Absicherungshöhe sollen Pflegekostentarife decken. Wie die Pflegegeldversicherung gehören sie zur Sparte der Krankenversicherung. Damit gelten für sie die §§ 192 bis 208 des VVG-2008. Dort werden die beiden Varianten im § 192 Absatz 6 Satz 1 in ihrem Wesen wie folgt definiert:

„Bei der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für die Pflege der versicherten Person zu erstatten (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegegeldversicherung).“

### Pflegekostentarife – zweckgebundene Leistung im Fokus

Anstatt einen festen monatlichen (Pflegerentenversicherung) oder täglichen (Pflegegeldversicherung) Satz zu vereinbaren, erstatten Pflegekostentarife die nicht durch die gesetzliche Pflegepflichtversicherung abgedeckten Pflegekosten. Je nach Anbieter werden die Kosten bis zu einem bestimmten absoluten oder prozentualen Höchstsatz erstattet. Dieser orientiert sich regelmäßig an der Höhe der durchschnittlichen Pflegekosten in Deutschland. Dabei sind die Leistungen fast immer zweckgebunden zu verwenden, d.h. die tatsächliche Höhe der angefallenen Pflegekosten ist durch Originalrechnungen nachzuweisen. Gerade bei der Pflege durch Angehörige dürfte ein solcher Nachweis oft schwer fallen.

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. Konkrete Beispiele finden sich in der kommenden Ausgabe 3/2009 von „Risiko & Vorsorge“.

*„Laut IDEAL führt Pflegebedürftigkeit in fast 40 % aller Fälle zu sozialer Bedürftigkeit, also zur Beantragung von Leistung nach Hartz IV.“*

Problematisch ist es bei vielen 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 teilweise bis zu einer Neuregelung der betreffenden Tarife jeder Leistungsanspruch fortfallen.

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. Teilweise haben Versicherer diese Lücke erkannt

#### Beispiele:

##### *Ermittlung der optimalen Absicherungshöhe und Problembereich gesetzliche Änderungen*

Die Signal Iduna empfiehlt in ihren aktuellen Unterlagen zum Pflegegeld einen Tagessatz von 50 Euro abzusichern. Auf dieser Basis würden Versicherte in Pflegestufe I eine monatliche Leistung von 450 Euro, in der Pflegestufe II von 1.050 Euro und in Höhe von 1.500 Euro in Pflegestufe III erhalten. Bei Demenz nach „Pflegestufe 0“ ergäbe sich aus dieser Berechnung eine monatliche Leistung von 50 bis maximal 100 Euro.

Seriöse Schätzungen unterstellen je nach Pflegestufe einen nicht aus der Pflichtversicherung abgedeckten Versorgungsbedarf bei ambulanter Pflege von etwa 400 Euro (Pflegestufe I), 1.300 bis 1.600 Euro (Pflegestufe II) und etwa 1.900 Euro (Pflegestufe III) bzw. bei vollstationärer Pflege zwischen etwa 830 bis 1.300 Euro (Pflegestufe I), 1.000 bis 1.140 Euro (Pflegestufe II) und 1.240 bis 1.930 Euro (Pflegestufe III). Ohne zusätzliche Rücklagen etwa aus einer privaten Altersvorsorge ist in solchen Fällen der Gang zum Sozialamt schnell programmiert. Laut IDEAL führt Pflegebedürftigkeit in fast 40% aller Fälle zu sozialer Bedürftigkeit, also zur Beantragung von Leistung nach Hartz IV.

Auf Basis der Signal-Empfehlung bleibt nach Auszahlung eines privaten Pflegegeldes eine monatliche Lücke zwischen 0 bis 380 Euro (Pflegestufe I), 50 bis 550 Euro (Pflegestufe II) und 0 bis 430 Euro (Pflegestufe III). Inwiefern vorhandenes Kapital dazu dienen kann, diese in solchen Fällen bestehende Lücken zu schließen, hängt sicher vom Einzelfall ab. Gegebenfalls ist einfach auch die Absicherung eines höheren Tagessatzes zu erwägen.

Allgemeine Empfehlungen sind jedoch schwierig, da jeder Anbieter andere Leistungen je nach Pflegestufe vorsieht und vielfach in den Pflegestufen I und II keine Leistungen erbracht werden.

In Anlehnung an die gesetzliche Pflegepflichtversicherung wird nicht immer die gleiche Leistung bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege erbracht. Zunehmend wird jedoch auf eine Unterscheidung verzichtet. Makler sollten vor allem darauf achten, inwiefern eine Versicherungsleistung auch bei Laienpflege erbracht wird.

Auch sind Tarife mit Anlehnung an das SGB und solche mit Einstufung nach einem unternehmensspezifischen ADL- oder ATL-Katalog (= Activities of Daily Life) jeweils weit verbreitet. Meist sind Krankenversicherungstarife am SGB orientiert, während Pflegerentenversicherungen vielfach Leistungen alternativ nach ADL bzw. wahlweise SGB oder ADL erbringen. Ein besonderes Augenmerk sollten Makler auch darauf legen wie die Pflegestufen oder Pflegestaffeln im einzelnen Tarif definiert sind.

Besonders grundlegende Unterschiede sind hinsichtlich der Pflegestufen selbst zu beachten.

So führt die Einstufung nach ADL bei den Pflegerentenversicherungen von Delta Lloyd, Generali, IDEAL, Neue Leben und SIGNAL IDUNA bereits nach 3 Pflegepunkten, beim Volkswohl Bund erst nach 4 Pflegepunkten zur Pflegeklasse bzw. Pflegestaffel I. Für die Pflegeklasse/ Pflegestaffel II müssen bei allen genannten Anbietern mit Ausnahme des Volkswohl Bundes 4 Pflegepunkte erreicht werden, bei letzterem 5 Punkte. Mit Ausnahme der Neue Leben (5 Pflegepunkte) verlangen alle diesbezüglich untersuchten Anbieter 6 Pflegepunkte für die Pflegestufe / Pflegeklasse III.

Speziell bei Demenz leisten viele Pflegerentenversicherer, Pflegekostenversicherer weit überwiegend, Pflegegeldversicherer jedoch nur im Einzelfall.

# Die neue Fondspolice myIndex®-Satellite ETF-Evolution...

...so gut und rein wie bester Wein.

Ihr Versicherer  
mit Bestnoten:



Exklusiv für Mitglieder des VDH!

VDH VERBUND DEUTSCHER  
HONORARBEITER

myIndex® ist ein geschütztes Markenzeichen der VDH GmbH Verbund Deutscher Honorarberater

## Einige Highlights im Überblick:

- ✓ Auswahl aus 115 Fonds, davon 81 preiswerte ETF's (Indexfonds)
- ✓ hohe Flexibilität in der Anspar- und Verfügungsphase
- ✓ Bedingungsmerk auf Basis der von F&B top-gerateten IRis – Die Fondsrente
- ✓ auch als steuerbegünstigte Basisrente verfügbar
- ✓ höchste Kostentransparenz – keine Vertriebskosten
- ✓ optional: Einschluss von BU- und Todesfallschutz mit alters- und risikogerechten Beiträgen durch jährliche Beitragsneuberechnung

– verfügbar ab Mai –

▶▶▶ Weitere Informationen für Honorarberater direkt beim VDH: [www.vdh24.de](http://www.vdh24.de) oder Telefon: 096 21 7 88 25-0 ◀◀◀

*Ihr Versicherer  
mit Bestnoten*

InterRisk   
VIENNA INSURANCE GROUP



■ Ein wichtiger Unterschied zwischen Lebens- und Krankenversicherungstarifen ist, dass bei ersteren nach Aufbau eines entsprechenden Rückkaufwertes eine vorübergehende Beitragsfreistellung nach § 165 VVG-2008 möglich wäre.

und geschlossen, sei es durch ein vorgezogenes Betreuungsgeld im Tarif ZP 06 bei der Mannheimer, sei es durch die Orientierung an einem eigenen Punktesystem (ADL) bei der Halleschen.

■ **Pflegekosten contra Pflegerente**

Oft wird bei Pflegekosten-Tarifen analog zur Pflegegeldversicherung kritisiert, dass das Prämienniveau nicht garantiert sei. Zwar für Jüngere sehr niedrig, jedoch als Folge von Beitragsanpassungen womöglich im Pflegealter unbezahlbar. Zusätzlich seien Pflegekostentarife im Einzelfall an Erhöhungen des gesetzlichen Leistungsumfangs gekoppelt. Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Beitragsentwicklung seit Auflegung der Tarife P3 der Gothaer sowie PHN der HALLESCHEN, so bietet sich ein zwar uneinheitliches, insgesamt aber deutlich anderes Bild. Die Beiträge blieben hier nahezu konstant und konnten sogar teilweise leicht gesenkt werden.

Laut Recherche der Halleschen verfügen etwa Arag, Allianz, Alte Oldenburger, DEVK, DKV, Debeka, Deutscher Ring, Gothaer, Inter, Provinzial, R+V, SDK und Union KV über Pflegegeldtarife, die älter als 10 Jahre seien. Die meisten von diesen seien heute günstiger als noch 1998.

Dem in der Regel bei Pflegerenten garantierten Versicherungsbeitrag steht eine nur eingeschränkt planbare Versicherungsleistung gegenüber. In der Praxis besteht eine Pflegerente aus einem

garantierten Sockelbetrag und einem in der Höhe ungewissen Überschussanteil. Anders ist es etwa bei der Generali. Hier kann heute schon eine Pflegeoption auf beispielsweise 1.500 Euro abgeschlossen werden. Nicht garantiert ist aber die Höhe der später dafür zu zahlenden Prämie, während die Prozentsätze für die einzelnen Pflegestufen bereits heute garantiert sind. Die vom Versicherer erstellten Angebote vermitteln den Eindruck, dass die bis zum Vertragsablauf angesammelten Überschüsse ausreichen werden, die garantierte Pflegeoption auszufinanzieren. Bei den

Wettbewerbern sollen die nicht garantierten Überschüsse in den Folgejahren zu einer Erhöhung der vereinbarten Pflegerentenleistung führen. So gewährt beispielsweise die IDEAL schon heute eine Überschussbeteiligung von 30%. Dies führt dazu, dass eine garantierte Pflegerentenhöhe von 1.000 Euro zu einer aktuellen Gesamtrente von 1.300 Euro monatlich führt. Freilich kann die Höhe der Überschüsse zukünftig nicht garantiert werden.

Wenn Versicherer langfristig stabile Prämien garantieren, so geschieht dies vor dem Hintergrund von Erfahrungen der Vergangenheit sowie begründeten Vermutungen über die Pflegestatistik der Zukunft.

Erfahrungen der Vergangenheit sind jedoch bisher noch wenig aussagekräftig, da die meisten Tarife erst seit kurzem auf dem Markt sind. Während die IDEAL Leistungen ab Pflegestufe III bereits seit 2002 und ab Pflegestufe I seit 01.04.2008 anbietet, kann eine Pflegerente bei der Delta Lloyd erst seit 2006, bei der SIGNAL IDUNA erst seit 01.01.2009 abgeschlossen werden.

Eine Frau mit Eintrittsalter 60 Jahren hätte bei Neuabschluss einer Pflegerentenversicherung bei der IDEAL mit Leistungen für die Pflegestufe III und einer Sofortleistung in Höhe von 750 Euro folgende Monatsprämien gezahlt:

- 2009: 44,57 Euro monatlich
- 2008: 44,56 Euro monatlich
- 2007: 45,26 Euro monatlich

**Gothaer, Tarif: P3**

	(Mann, 35 J.)	(Frau, 35 J.)	(Mann, 55 J.)	(Frau, 55 J.)
1/2009:	14,01 Euro	24,64 Euro	33,03 Euro	54,40 Euro
1/2006:	14,75 Euro	25,75 Euro	35,44 Euro	56,44 Euro
4/2003:	15,78 Euro	22,21 Euro	36,26 Euro	47,38 Euro
1/2002:	16,44 Euro	23,80 Euro	38,50 Euro	51,51 Euro
1/2000:	16,44 Euro	23,80 Euro	38,50 Euro	51,51 Euro
1/1997:	18,20 Euro	22,96 Euro	38,76 Euro	48,62 Euro
4/1995:	18,20 Euro	22,96 Euro	38,76 Euro	48,62 Euro
Durchschnitt:	-1,88 % p.a.	0,51 % p.a.	-1,16 % p.a.	0,82 % p.a.

**HALLESCHEN, Tarif: PHN 25**

	(Mann, 35 J.)	(Frau, 35 J.)	(Mann, 55 J.)	(Frau, 55 J.)
1/2009:	9,55 Euro	15,55 Euro	24,05 Euro	38,25 Euro
7/2004:	9,55 Euro	15,55 Euro	24,05 Euro	38,25 Euro
1/2002:	10,50 Euro	16,90 Euro	26,70 Euro	42,55 Euro
9/1999:	10,33 Euro	16,18 Euro	25,90 Euro	40,09 Euro
3/1994:	11,48 Euro	15,72 Euro	26,85 Euro	35,46 Euro
Durchschnitt:	-1,23 % p.a.	-0,07 % p.a.	-0,74 % p.a.	0,51 % p.a.

Quelle: eigene Recherchen

Seit dem Produktstart der IDEAL Pflege Rente im Jahre 2003 blieb der Schlussüberschuss (PlusRente) mit 30% konstant. Während der Garantie- oder Rechnungszins derzeit 2,25% beträgt, kann die Höhe der Überschussbeteiligung naturgemäß nicht garantiert werden. Zu unterschieden sind die Überschussbeteiligung in der Anwartschaftsphase von z.Zt. 1,75% p.a. und die freiwillige Überschussbeteiligung im Rentenbezug (Bonusrente) von z.Zt. 1,55% p.a. (2008: 2,05% p.a.).

Bei Delta Lloyd hat sich seit Produktstart der Zinsgewinn geändert, während der Risikogewinn gleich geblieben ist:

Zinssatz 2009:	1,75%
Zinssatz 2008:	2,0%
Zinssatz 2007:	1,25%

### ■ Grundsätzliche Unterschiede

Aussagen über die Pflegestatistik der Zukunft unterliegen diversen Unwägbarkeiten. Das Hauptproblem ist, dass bisher nur wenige halbwegs repräsentative Studien zur Verfügung stehen und die gesetzliche Pflegerentenversicherung noch nicht lange genug besteht, um wirklich langfristige Trends mit Sicherheit bestimmen zu können. Medizinischer Fortschritt und die Qualifizierung von Pflegeheimplätzen wirken sich auf die Prämienhöhe nur insofern aus, als dass dies zu einer Verlängerung der Lebenserwartung auch im Pflegeheim führen könnte, was wiederum den Zeitraum des Rentenbezuges erhöhen würde. Dieses Risiko ist jedoch für alle Arten von Pflegeversicherungen einigermaßen vergleichbar. Eine Übertragbarkeit der Beitragsentwicklung in der privaten Krankenvollversicherung erscheint als sachlich wenig begründet, da ja eine Leistungshöhe und nicht pflegerische oder ärztliche Leistungen nach dem jeweils neuestem Stand der Technik zu finanzieren sind.

Die IDEAL bezieht sich in ihren Schulungen auf Berechnungen von Morgen & Morgen, nach denen die Kosten eines Pfl egetagegeldtarifes im Unterschied zu einer Pflegerentenversicherung in der Vergangenheit durchschnittlich um 5% p.a. ansteigen würden. Zu beachten bleibt in jedem Fall, dass eine Pflegeversicherung auch im Alter noch bezahlbar sein sollte. Hierfür ist die Beitrags-

- *Ein entscheidender Nachteil der meisten Pflegekostenversicherungen ist, dass die Versicherungsleistung nicht zur freien Verfügung steht, sondern eine zweckgebundene Verwendung nachzuweisen ist.*



stabilität ein wichtiges Kriterium, das Krankenversicherer nach Ansicht der IDEAL nicht bieten können.

Objektiv betrachtet sind die Bildung eines Überschussguthabens in der Lebensversicherung und eine meist anfangs niedrigere Einstiegsprämie mit Steigerungen gemäß kalkulatorischer Notwendigkeit in der Krankenversicherung nur unwesentlich voneinander verschieden. Weder lassen sich die Höhe der zukünftigen Überschussbeteiligung noch die Prämienanpassungen in Folge von Alterung und medizinischem Fortschritt längerfristig vorhersehen. Auf der anderen Seite empfiehlt es sich, Kunden bei Abschluss eines Krankenversicherungstarifes darüber aufzuklären, dass zwar Altersrückstellungen aufgebaut werden, die gegebenenfalls im Rahmen eines Tarifwechsels beim gleichen Versicherer nach § 204 VVG-2008 mitgenommen werden können, aber bei Kündigung definitiv und unwiderruflich verloren gehen.

Die Prämien Differenz gegenüber den Lebensversicherern kann natürlich auch Kapital bildend angelegt werden und so neben einer Prämiensteigerung im Alter auch den fehlenden Rückkaufwert ausgleichen. Außerdem können natürlich Überschüsse bei den Lebensversicherern nicht garantiert werden.

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen Lebens- und Krankenversicherungstarifen ist, dass bei ersteren nach Aufbau eines entsprechenden Rückkaufwertes eine vorübergehende Beitragsfreistellung nach § 165 VVG-2008 möglich

wäre, eine solche im Rahmen der Krankenversicherung jedoch als ausgeschlossen zu betrachten ist.

Von den Pflegerentenversicherern kritisiert wird auch, dass Pfl egetagegelder meist keine Leistungen bei Demenz oder eine alternative Pflegeeinstufung nach ADL (= Activities of Daily Life) vorsehen.

Ein entscheidender Nachteil der meisten Pflegekostenversicherungen ist, dass die Versicherungsleistung nicht zur freien Verfügung steht, sondern eine zweckgebundene Verwendung nachgewiesen werden muss. Damit kann eine Pflegekostenversicherung nicht dafür eingesetzt werden, die Nachbarin zu entlohnen, die sich immer so nett um die Pflanzen kümmert oder deren Kinder, die mit dem Hund Gassi gehen. Zusammengefasst: die Flexibilität von Pflegekostenversicherungen könnte durch Zahlung einer ergänzenden Pfl egetagegeldleistung deutlich erhöht werden.

Weitere Nachteile von Pflegekostenversicherungen sind die Fortzahlung der Beiträge auch noch im Rentenalter, vielfach sogar noch nach bereits vorliegender Pflegebedürftigkeit sowie die fehlende Möglichkeit einer Beitragsfreistellung. Dies ist jedoch nur insofern richtig, dass Verträge vor Eintritt des Versicherungsfalles entweder gezahlt werden müssen oder ein außerordentliches Kündigungsrecht des Versicherers begründen. Zumindest gibt es bei der Mannheimer eine bedingungsgemäße Beitragsbefreiung ab Eintritt der Pflegestufe III. Gerne wird auch kritisiert, dass bei Pflegekostenversicherungen kein



Rückkaufswert gebildet wird und auch keine Leistung an Hinterbliebene vorgehen ist, dabei wird aber unterschlagen, dass daraus die oben benannte günstigere Prämie resultiert.

Angebote für Kinder finden sich meist nur bei den Krankenversicherern. Regelmäßig ist hier ein Vertragsabschluss schon ab Geburt möglich. Wer sich schon frühzeitig absichern möchte, kommt an den Krankenversicherern daher nicht vorbei. Zu guter Letzt ist zu berücksichtigen, dass die Risikoprüfung bei den Pflegerenten oft etwas moderater ausfällt als beim Angebot der Krankenversicherer.

### ■ Prämienhöhe und Rückkaufswert

Generelle Aussagen zur durchschnittlichen Prämienhöhe einer Pflegekostenversicherung sind nicht möglich. Sie hängen maßgeblich davon ab, ob ein Angebot eine Erhöhung der gesetzlichen Leistungen um beispielsweise 10 oder 50 Prozent umfasst oder die (maximierten) Restkosten nach Vorleistung der gesetzlichen Pflegepflicht. Demnach können Tarife für ein Kind von weit unter 1 Euro bis fast 6 Euro kosten, für eine 55jährige zwischen etwa 12 und 124 Euro. Klar ist, dass hier deutliche Leistungsunterschiede bestehen.

Ein Pflegetagegeld von 50 Euro mit Leistung ab Pflegestufe I kostet für eine 55 jährige Frau zwischen etwa 40 und 150 Euro, für einen gleich alten Mann zwischen 15 und 100 Euro. Gravierende Leistungsunterschiede zwischen diesen Extremen verwundern da nicht.

Nur schwer vergleichbar sind Pflegerententariife hinsichtlich ihrer Prämienhöhe. Für einen fairen Vergleich müssten jeweils dasselbe Beitragszahlungs- endalter, die gleiche Art der Überschussbeteiligung (z.B. Bonusrente, verzinsliche Ansammlung oder Fondsüberschuss) und natürlich gleiches Eintrittsalter, Geschlecht sowie garantierte Rentenhöhe miteinander verglichen werden. Auch ist zu beachten, dass je nach Anbieter und Tarif unterschiedliche Leistungen in den einzelnen Pflegestufen erbracht werden. Für eine Pflegerentenhöhe von 1.500 Euro monatlich muss ein 40jähriger bei Leistung ab Pflegestufe bzw. Pflegestaffel I etwa 50 bis 80 Euro monatlich (Männer) bzw. 80 bis 100 Euro monatlich (Frauen) bezahlen. Eine nähere Betrachtung hierzu findet sich in der Ausgabe 3/2009 von „Risiko & Vorsorge“.

Eine ausdrückliche Erwähnung und Klassifizierung auch von Pflegerententariifen ist aus dem VVG-2008 nicht erkennbar. Allerdings gelten für diese in diesem Zusammenhang natürlich die Vorschriften zur Lebensversicherung nach den §§ 150 bis 171 VVG-2008. Ganz entscheidend sind hier die Regelungen zur Überschussbeteiligung (§ 153), Prämien- und Leistungsänderung (§§ 163-164 analog des § 172 VVG-alt) und zum Rückkaufswert (§ 169). Daraus resultieren im Wesentlichen zwei Wesensmerkmale für die Pflegerentenversicherung, die diese vom Pflegetagegeld und der Pflegekostenversicherung unterscheiden:

- Pflegerenten sind mit Ausnahme der im § 163 VVG-2008 geregelten Tatbestände dauerhaft prämienstabil; Pflegetagegelder und Pflegekostenversicherungen unterliegen nach § 203 einer laufenden Beitragsanpassung gemäß Lebenserwartung und medizinischem Fortschritt.
- Bei der Kündigung einer Pflegerentenversicherung besteht Anspruch auf einen Rückkaufswert nach § 169 VVG-2008; wird ein Pflegetagegeld oder eine Pflegekostenversicherung gekündigt, so erlischt der entsprechende Vertrag ohne weitere Leistungen

Die Anbieter von Pflegerenten garantieren ihren Versicherten über die gesamte Laufzeit einen festen Beitrag für die von ihnen angebotenen Tarife. Unliebsame Beitragsanpassungen seien somit ausgeschlossen. Einzige Ausnahme: ein unabhängiger Treuhänder entscheidet, dass eine Anpassung der Bruttoprämie nach § 163 VVG notwendig ist. Außerdem ist eine Beitragszahlung im Rahmen von Pflegerentenversicherungen teilweise auch gegen Einmalbeitrag möglich oder höchstens bis Endalter 85 zu leisten. Das können wichtige Unterschiede im Vergleich zu den Krankenversicherungsprodukten Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherung sein.

„Nur schwer vergleichbar sind Pflegerententariife hinsichtlich ihrer Prämienhöhe.“

Beim Tarif PFO 09 der Generali besteht Versicherungsschutz frühestens nach 12

Jahren Aufschubzeit, dann allerdings auch, wenn der Leistungsfall vorher bereits eingetreten ist. Eine Gesundheitsprüfung findet zu keinem Zeitpunkt statt. Zum Ende der Aufschubzeit kann der Kunde wählen, ob er lieber eine einmalige Kapitalauszahlung, eine Verrentung oder die Pflegeoption ziehen will. Entscheidet er sich für letztere, so wird für das angesammelte Kapital ein lebenslanger Pflegerentenschutz erworben. Die Option kann allerdings frühestens sechs Monate vor dem vertraglich vereinbarten Ablauf in Anspruch genommen werden. Sie ist so kalkuliert, dass auf Basis der heutigen Überschussentwicklung und der derzeitigen Sterblichkeitstafeln zum Ende der Aufschubzeit ausreichend Guthaben für eine durch Einmalbeitrag ausfinanzierte Pflegerente besteht. Sollten sich die Prognosen der Generali negativ entwickeln, kann es sein, dass der Versicherte die Differenz zwischen Prognose und vereinbarter Pflegerentoption privat nachfinanzieren muss. Der Kunde kann aber auch die Höhe der vereinbarten Pflegerente reduzieren. Bis in Höhe von maximal 2.000 Euro monatlich kann dabei das Pflegerentenrisiko ohne Gesundheitsprüfung in Anspruch genommen werden. Versicherungsschutz kann auch bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit vereinbart werden. Tritt der Versicherungsfall vor dem Optionstermin ein, so besteht kein Versicherungsschutz. Entscheidet sich der Kunde jedoch beim Optionstermin für die Ausübung der Pflegeoption, besteht Versicherungsschutz auch dann, wenn der Kunde zu diesem Zeitpunkt bereits pflegebedürftig ist.

Die meisten Pflegerentenversicherer bauen einen Rückkaufswert auf. Dies ist bei der SIGNAL IDUNA abweichend nicht der Fall. Bei Kündigung wird der Vertrag beitragsfrei gestellt; nur wenn eine beitragsfreie Jahresrente von 600 Euro nicht erreicht wird, kommt es zur Auszahlung eines Rückkaufwertes.

Wenn ein Kunde Leistungen zur Grundversicherung nach SGB II beantragt, wird er praktisch nicht mehr in der Lage sein, die Beiträge zu den Versicherungen zu leisten. Tut er es doch, wird das zuständige Amt ihm die Grundsicherung ggf. um diesen Betrag kürzen. Tut er es nicht, verliert er den Versicherungsschutz. Bei Pflegerenten hat er gegebenenfalls die Möglichkeit, die Versicherung beitragsfrei zu stellen und den Versicherungsschutz (zumindest teilweise) aufrecht zu erhalten.



**GENERALI**  
Versicherungen

Schutz unter den Flügeln des Löwen

# Abgesichert durchs Leben laufen – mit der Generali 3-D Pflegevorsorge

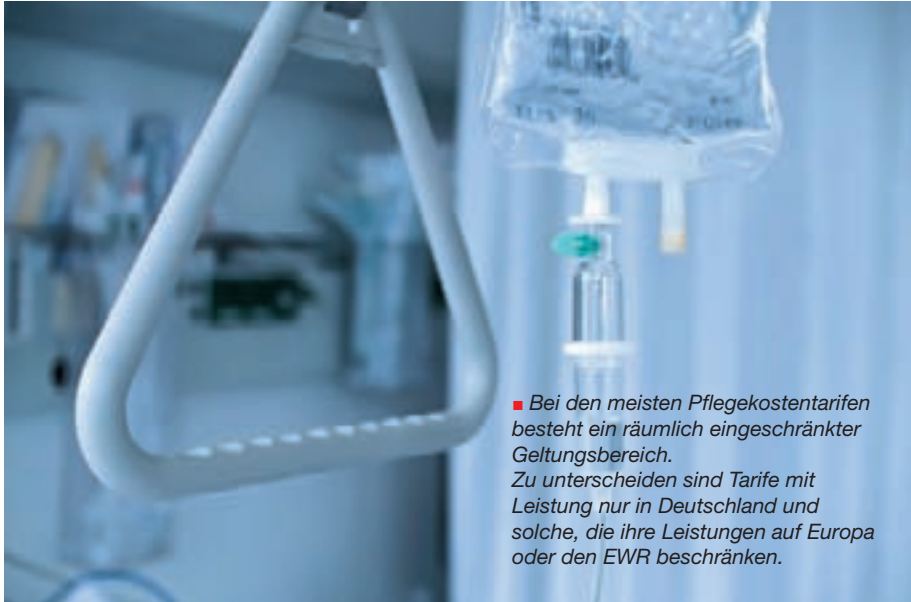
- Wahlmöglichkeit nach 12 Jahren: Lebenslanger Pflegerentenschutz, Kapitalauszahlung oder lebenslange Altersrente
- Keine konkrete Gesundheitsprüfung bis Aufnahmealter 70 Jahre
- Garantierte feste Pflege- definition – unabhängig von gesetzlichen Regelungen
- Demenz ist mitversichert



myGenerali – jetzt testen unter  
<http://maklernet.generali.de>

Generali Versicherungen  
Direktion Makler Leben  
81731 München  
Tel. 089 5121-5302

Ein Unternehmen der Generali Deutschland



■ Bei den meisten Pflegekostentarifen besteht ein räumlich eingeschränkter Geltungsbereich. Zu unterscheiden sind Tarife mit Leistung nur in Deutschland und solche, die ihre Leistungen auf Europa oder den EWR beschränken.

Nicht alle Versicherer verfahren jedoch auf gleiche Art und Weise mit dem Rückkaufswert. Teilweise erlischt das Recht auf Auszahlung eines solchen mit dem vollendeten 80. oder 85. Lebensjahr oder der Vertrag wird bei Kündigung einfach beitragsfrei gestellt.

### ■ Eintrittsalter

Als Folge des Antidiskriminierungsgesetzes weisen die untersuchten Versicherer für Pflegekostenversicherungen in ihrer Angebotssoftware zwar weiterhin ein Aufnahmeendalter – meist zwischen dem 65. und 80. Lebensjahr auf –, bieten auf konkrete Anfrage jedoch auch Versicherungsschutz für höhere Eintrittsalter. Es muss ungeklärt bleiben, inwiefern diese Geschäftspolitik nicht gleichfalls einen Verstoß gegen das AGG darstellen könnte.

Pflegetagegeldversicherungen werden laut Anbietersoftware teilweise bis zum vollendeten 100. Lebensjahr angeboten. Wengleich auch hier ggf. ein höheres tatsächliches Eintrittsalter möglich ist, ist dies doch aufgrund des in diesem Alter notwendigen Prämienniveaus eher utopisch, sieht man einmal ganz von einer notwendigen Gesundheitsprüfung ab.

Alle bekannten Pflegekosten- und Pflegetagegeldtarife können bereits ab Geburt abgeschlossen, was sie von den bekannten Pflegerentertarifen unterscheidet.

Pflegerentenversicherungen können meist nur von Erwachsenen, oft erst ab

einem Alter von mindestens 40 Jahren abgeschlossen werden. Eine Ausnahme macht hier die Signal Iduna, deren Tarife PflegeEXKLUSIV und PflegePREMIUM auch schon Minderjährigen offen stehen.

### ■ Wartezeit

Der Versicherungsschutz für Pflegekostenversicherungen wird vielfach ohne Wartezeit angeboten.

Dies gilt jedoch nicht für die Pflegekostentarife von Gothaer und Hallesche. Hier gilt jeweils eine Wartezeit von 3 Jahren, wonach erstmalig Versicherungsschutz besteht, allerdings entfällt bei der Gothaer die bedingungsgemäße Wartezeit bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. Die Hallesche verzichtet dann auf Anrechnung einer Wartezeit, wenn der Unfall vor Vollendung des fünften Lebensjahres eintritt. Tritt ein Unfall früher ein, so läuft die Wartezeit weiter bis zur Vollendung des fünften Lebensjahres.

Viele Pflegetagegeldtarife sehen eine Leistung frühestens nach einer Wartezeit von bis zu 3 Jahren vor. Oft entfällt diese nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.

Speziell Pflegerentenversicherungen verzichten oft auf die Anrechnung einer Wartezeit. Davon zu unterscheiden sind mögliche Aufschubzeiten wie sie etwa der Pflegeoptionstarif „3 D-Pflegevorsorge mit Option auf späteren Abschluss einer Selbständigen Pflegerentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung“ (Tarif PFO 09) der Generali vorsieht.

### ■ Pflegekosten im Ausland meist eingeschränkt

Bei den meisten Pflegekostentarifen besteht ein nur räumlich eingeschränkter Geltungsbereich. Zu unterscheiden sind insbesondere Tarife mit Leistung nur in Deutschland und solche, die ihre Leistungen auf Europa oder den EWR beschränken. Oft endet oder ruht der Versicherungsschutz bei vorübergehendem oder dauerhaftem Verzug ins (außer-europäische) Ausland. Bei anderen Anbietern ist der Versicherungsschutz im Ausland inhaltlich eingeschränkt.

Noch immer leisten viele Pflegetagegeldtarife nur bei Pflege innerhalb Deutschlands. Andere haben den Geltungsbereich auf die Länder des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und die Schweiz oder zusätzlich die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union ausgeweitet. Weltweiter Versicherungsschutz besteht meist gar nicht oder nur für Zeiträume bis etwa 6 Wochen im Jahr.

Problematischer ist eine Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland. Teilweise endet damit mit sofortiger Wirkung die Versicherbarkeit, bei anderen Tarifen ist eine Weiterversicherung im Einzelfall individuell zu vereinbaren. Wieder andere Anbieter gewähren uneingeschränkten Versicherungsschutz bei Verlegung des dauerhaften Wohnsitzes in eines der Länder des EWR. Ein wirklich weltweiter Versicherungsschutz wie er aus der Berufsunfähigkeitssparte hinreichend bekannt ist, ist jedoch unüblich. Das ist sehr problematisch, wenn etwa Firmenangehörige für befristete Zeit ihren Wohnsitz ins außereuropäische Ausland verlegen (müssen), um von dort aus die betrieblichen Belange zu vertreten. Gleiches gilt für all jene, die in jungen Jahren ein Pflegetagegeld abschließen, um im Rentenalter auf Mallorca, den Malediven oder eben den USA oder Thailand den Lebensabend zu verbringen. Hier besteht dringend Nachbesserungsbedarf.

In diesem Zusammenhang sollte auch diskutiert werden, ob Pflegebedürftigen für den Fall der Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit eine Rückreise nach Deutschland zugemutet werden muss und wer im Zweifel die Reise- und Unterbringungskosten zu übernehmen hat.

Galt dies so noch bis vor kurzem auch für die meisten Pflegerentenversicherungen, so sehen hier immer mehr eine Weltgeltung vor. Besonders nachteilig ist

es, wenn der Versicherungsschutz bei einer mehr als vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes außerhalb Europas mit Auszahlung des Rückkaufswertes erlischt.

■ **Inflationsausgleich**

Entscheidend bei der Wahl einer guten Pflegeversicherung ist neben bei Abschluss überdurchschnittlichen Leistungen auch das Thema Inflationsausgleich. Was nützt schon eine Pflegerente von heute 2.000 Euro, wenn diese nach 10 oder 15 Jahren nur noch die Hälfte wert ist?

Aus diesem Grunde bieten die meisten Versicherer die Möglichkeit der Erhöhung von Pflegeleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Diese Dynamik ist jedoch regelmäßig auf ein tarifliches Höchstalter beschränkt, an bestimmte Voraussetzungen geknüpft oder nur so lange verfügbar wie noch keine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Noch immer haben viele Versicherer die Notwendigkeit entsprechender Nachversicherungsgarantien nicht oder nicht hinreichend erkannt oder zumindest nicht umgesetzt.

Dies gilt sowohl für Pfl egetagegelder, Pflegekosten- wie auch Pflegerentenversicherung. Zunehmend bieten wenigstens Pfl egetagegeldversicherungen ihren Versicherten die Möglichkeit, versicherte Leistungen wenigstens bis zum Eintritt des Versicherungsfalles zu dynamisieren. Meist entfällt diese Recht jedoch für die Zukunft, wenn eine vereinbarte Dynamik mehr als zweimal hintereinander abgelehnt wird.

■ **Innovationsklausel**

Anders als in der Sachversicherung tun sich Kranken- und Lebensversicherer noch sehr schwer damit, verbesserte Leistungen neuer Tarife auch für den Bestand gelten zu lassen. Daher besteht auch weiterhin die Notwendigkeit, sich selbständig um eine Aktualisierung des Versicherungsschutzes zu bemühen und von daher immer wieder von neuem die Gesundheitsprüfung beim gewünschten Versicherer zu bemühen und ggf. bereits gebildete Altererungsrückstellungen bzw. Rückkaufswerte zu gefährden.

Nur wenige Tarife sehen vor, dass etwaige Verbesserungen der gesetzlichen Pflegedefinition ohne erneute Gesundheitsprüfung automatisch auch für den

■ *Einige Versicherer bieten ihren Kunden in Ergänzung ihrer Tarife eine zusätzliche Pflegeplatzgarantie. Obwohl hier in Vertriebserschulungen oft ein anderer Eindruck erweckt wird, gibt es kaum Anbieter, bei denen eine solche Garantie tatsächlich bedingungsseitig geregelt ist.*



Bestand gelten. Teilweise besteht für Versicherte ein bedingungsseitig oder durch Garantiezertifikate begründetes Recht auf Umstellung in einen heute noch nicht vorhandenen Nachfolgetarif. Dies setzt jedoch das Einhalten fester Fristen voraus, da eine mögliche Option danach erlischt.

■ **Einmalige Mehrleistung und Prämienfreistellung**

Einige Anbieter von Pfl egetagegeldversicherungen (z.B. Bayerische Beamtenkrankenkasse, Hallesche, Signal Iduna, Union Krankenversicherung) sehen bei erstmaligem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit eine erhöhte Leistung vor. In allen bekannten Fällen besteht nur einmalig während der gesamten Vertragslaufzeit Anspruch auf diese Mehrleistung.

Auch die Pflegerententtarife diverser Anbieter (z.B. Deutscher Ring, IDEAL, Neue Leben, Signal Iduna, Volkswohl Bund) sehen prämieneutral oder gegen Zuschlag eine Mehrleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit vor.

Eine zusätzliche Beitragsbefreiung in der Pflegestufe III bieten beispielsweise die Pfl egetagegelder von Hallesche (Olga Plus) und Signal Iduna (Pflege Top), die DBV-Winterthur (PTG dyn) sogar in allen drei Pflegestufen. Grundsätzlich ist dies jedoch eher unüblich.

■ **Pflegeplatzgarantie**

Einige Versicherer bieten ihren Kunden in Ergänzung ihrer Tarife eine zusätzliche

Pflegeplatzgarantie. Obwohl hier in Vertriebserschulungen oft ein anderer Eindruck erweckt wird, gibt es doch kaum Anbieter, bei denen eine solche Garantie tatsächlich bedingungsseitig geregelt ist (z.B. Pflegerente der Signal Iduna). Vielmehr wird hier gerne auf Garantie-Urkunden (z.B. Pflegerenten der IDEAL und Neue Leben) oder sogar eine Garantieerklärung im Internet (z.B. Pfl egetagegeld des Münchener Verein) verwiesen. Auch der Umfang dieser Garantien unterscheidet sich voneinander. So ist etwa bei der Neue Leben nicht definiert, wie lange es dauern wird, bis der Anbieter einen Pflegeplatz vorhalten kann, während beispielsweise IDEAL und Signal Iduna eine 24-Stunden-Garantie aussprechen. Während die IDEAL einen Pflegeplatz innerhalb Deutschlands garantiert, gilt die Garantie bei der Neue Leben z.Zt. noch ohne räumliche Festlegung. Geplant sei jedoch eine 24-Garantie für den Großraum Hamburg. Andere Anbieter wie der Münchener Verein legen sich räumlich gar nicht erst fest.

**Makler-Wissen II:**

Tarif-Vergleich der Anbieter von Pfl egetagegeldversicherungen, Pflegekostenversicherungen und Pflegerentenversicherungen.

„Risiko & Vorsorge“ 3/09 erscheint am 06. Juli 2009.