

Diese Fakten muss jeder Berater im Griff haben!

Private Pflege-Tarife: Kranken- und Lebensversicherer im Vergleich.



Schon bei der Einführung vor 11 Jahren wurde im Gesetz klar geregelt, dass die gesetzliche Pflegeversicherung nur eine Grundsicherung darstellen soll. Hinzu kommt, dass die gesetzlichen Leistungen seit 1995 gleich blieben. Die tatsächlichen Kosten sind bis heute um gut 16 % gestiegen. 38 Prozent der vollstationär gepflegten Menschen sind sozialhilfeabhängig!

Heimkosten von mehr als 2.700 Euro sind heute nicht unüblich. Einige gehobene Seniorenresidenzen verlangen sogar mehr als 3.500 Euro monatlich. Die gesamten Pflegekosten pro Person betragen im Schnitt bei einer durchschnittlichen Pflegedauer von 52,6 Monaten bereits mehr als 176.000 Euro. Davon trägt die gesetzliche Pflegeversicherung lediglich 75.000 Euro. Die verbleibenden rund 101.000 Euro sind selbst zu zahlen. Demenzkranke erhalten – so lang keine körperlichen Gebrechen vorliegen – gar keine Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Hier fallen die 176.000 Euro allein privat an.

Wer die ambulante Pflege für einen Familienangehörigen im eigenen Haus übernehmen möchte, muss dafür seinen Beruf ganz oder teilweise aufgeben. Ein entsprechender Einkommensverlust ist dann unausweichlich. Die gesetzliche Pflegepflichtversicherung leistet für häusliche Pflege jedoch höchstens 205 Euro (Pflegestufe I), 410 Euro (Pflegestufe II) bzw. 665 Euro monatlich (Pflegestufe III). Geschieht diese durch eine professionelle Fachkraft, erhöht sich der gesetzliche Zuschuss auf bis zu 384 Euro in Pflegestufe I. Allerdings betragen die Kosten für eine qualifizierte Pflegekraft tatsächlich etwa

900 bis 3.400 Euro monatlich – je nach Pflegestufe. Ein Pflegefall in der Familie kann damit leicht zum finanziellen Ruin führen. Wenige Jahre Pflegebedürftigkeit können das angesparte Kapital aufbrauchen. Aus Geldnot sind viele darauf angewiesen, die Pflege in die eigenen Hände zu nehmen. Psychische und physische Überforderung, der Gang zum Sozialamt oder die Finanzierung durch nahe Verwandte sind die häufigsten Folgen.

Große Unterschiede: Private Lösungen durch Kranken- und Lebensversicherer

Ein unmittelbarer Vergleich ist für den Berater schwierig. Es handelt sich um zwei deutlich unterschiedliche Systeme.

Die privaten Lebensversicherer garantieren ihren Versicherten über die gesamte Laufzeit einen festen Beitrag. Unliebsame Beitragsanpassungen sind somit ausgeschlossen. Einzige Ausnahme: ein unabhängiger Treuhänder entscheidet, dass eine Anpassung der Bruttoprämie nach § 172 VVG notwendig ist. Außerdem ist eine Beitragszahlung im

Rahmen von Pflege Rentenversicherungen auch gegen Einmalbeitrag möglich oder höchstens bis Endalter 80 zu leisten. Bei der 3D-Pflegevorsorge der Generali zum Beispiel besteht Versicherungsschutz frühestens nach 12 Jahren Aufschubzeit. Hier allerdings auch, wenn der Leistungsfall vorher bereits eingetreten ist. Eine Gesundheitsprüfung findet hier zu keinem Zeitpunkt statt.

Dem in der Regel 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 ebenfalls 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. Die nicht garantierten Überschüsse führen in den Folgejahren zu einer Erhöhung der Pflegerentenleistung.

Wer sich für das Angebot der privaten Krankenversicherer entscheidet, kann keine

Übersicht zu Vorleistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung und zur daraus resultierenden monatlichen Versorgungslücke

Pflegestufe	Durchschnittliche Gesamtkosten bei stationärer Pflege	Leistung aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung	Monatliche Versorgungslücke
I (Tagesdurchschnitt: min. 1,5 h Pflegebedürftigkeit/Tag)	1.824 €	bis 1.023 €	min. 801 €
II (Tagesdurchschnitt: min. 3 h Pflegebedürftigkeit/Tag)	2.250 €	bis 1.279 €	min. 971 €
III (Tagesdurchschnitt: min. 5 h Pflegebedürftigkeit/Tag)	2.675 €	bis 1.432 €	min. 1.243 €

stabilen Versicherungsprämien erwarten. Der Beitrag ist solange zu zahlen wie ein Versicherungsschutz besteht, von einer möglichen Beitragsbefreiung bei Pflege-bedürftigkeit einmal abgesehen. Auch besteht für gewöhnlich eine Wartezeit von drei Jahren. Diese trifft auch auf Leistungsverbesserungen im Rahmen einer regelmäßigen Leistungsanpassung zu. Einige Versicherer wie die Barmenia, Gothaer, Mannheimer und uniVersa verzichten abweichend von der Regel generell auf diese Wartezeit, die Gothaer nur dann, wenn der Pflegefall aus einem Unfall resultiert.

Großer Vorteil der Krankenversicherer: Versicherungsschutz lässt sich auch schon für Babys und Kleinkinder vereinbaren. Allerdings gilt für diese mit Erreichen des 21. oder eines anderen tariflich festgelegten Alters eine automatische Umstellung in den dann geltenden Tarifbeitrag für Erwachsene. Anders als in der Lebensversicherung sind die zugesicherten Pflegeleistungen im Rahmen der Krankenversicherung garantiert und von etwaigen Überschüssen unabhängig.

Zu unterscheiden sind im Rahmen der Krankenversicherung Tarife für Pflege-tagegeld und solche zur Absicherung von Pflegekosten (Pflegegeld).

Pflegetagegeldtarife versichern für ihre Kunden einen festen Tagessatz bis zu gewissen Höchstsätzen von durchschnittlich 50 bis 80 Euro. Was mit diesem Geld geschieht, bleibt den Versicherten überlassen. Es kann ebenso dafür verwendet werden, sich von der hübschen Nachbarin täglich etwas vorlesen zu lassen, einen wöchentlichen Plausch zu entlohnen wie auch tatsächlich eine entsprechend qualifizierte Pflegekraft zu entlohnen.

Bei Pflegekostentarifen wird stattdessen nach Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung ein bestimmter Höchstsatz geleistet, der sich an den durchschnittlichen Pflegekosten in Deutschland orientiert. Allerdings müssen die tatsächlichen Kosten dem Versicherer auch durch Originalbelege nachgewiesen werden. Während die Höchsterstattung bei der Gothaer in der höchsten Pflegestufe III auf 18.408 € im Jahr, d.h. etwa 50 Euro am Tag, maximiert ist, übernimmt die Mannheimer 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Leistung der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherungsträger bis maximal 50.000 Euro. Im Unterschied zum Pflegetagegeld erbringen Pflegekostentarife keine Leistung, wenn trotz Pflegebedürftigkeit das Geld aufgrund ausreichender Rücklagen zweckentfremdet wird.

+++ Know-how +++ Know-how +++

Festlegung der Pflegestufe als Grundlage für die versicherte Leistung

Im Leistungsfall kann es entscheidend sein, dass der Pflegefall durch eine neutrale Stelle überprüft wird. Inwiefern ein Versicherer die notwendige Neutralität gewährleisten kann oder vielmehr im eigenen Interesse die Pflegebedürftigkeit ablehnt, steht auf einem anderen Blatt. Daher ist es diesbezüglich im Interesse des Kunden, eine transparente und faire Lösung zur Feststellung des Versicherungsfalles zu besitzen.

Eine solche Lösung bieten Versicherer, bei denen der Nachweis einer Anerkennung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) bzw. bei Privatversicherten seitens des medizinischen Dienstes Medicproof ausreicht. Diese Einrichtungen prüfen die Pflegebedürftigkeit im Rahmen der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung. Für die erstmalige Einstufung des Pflegefalls vergehen beim MDK durchschnittlich etwa 45 Tage. Es kann aber auch deutlich kürzer oder länger dauern. Eine Nachprüfung im Rahmen der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erfolgt je nach Einschätzung der prüfenden Gutachter durchschnittlich alle 6-24 Monate, kann aber auch deutlich häufiger oder seltener ausfallen.

Die Signal verfährt entsprechend der Einstufung von Medicproof bzw. MDK. Bei der Ideal ist eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch „objektive ärztliche Maßstäbe“ nachzuweisen. Im Allgemeinen sind die Gutachten der Träger der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung als Nachweis ausreichend, es können jedoch auch weitere ärztliche Berichte oder Gutachten

angefordert werden, z.B. wenn es sich um eine nicht gesetzlich oder privat pflege-versicherte Person handelt. Objektive Maßstäbe wann eine solche Anforderung zulässig ist, sind in den Bedingungen nicht geregelt. Positiv ist, dass eine Änderung der gesetzlichen Definition zur Pflege-bedürftigkeit zum Beispiel keine Leistungsänderung der Ideal-Pflegerente bewirken kann. Nach eigener Aussage folge man bei der Ideal den Gutachten von MDK oder Medicproof GmbH. In den Bedingungen ist jedoch lediglich geregelt, dass man der Definition zur Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB 9 in der Fassung vom 1. Januar 2004 folge.

Weniger verbraucherfreundlich ist etwa die Regelung der Gothaer, alle ein bis drei Monate eine erneute Bestätigung des behandelnden Arztes über das Fortbestehen einer Pflegebedürftigkeit verlangen zu können. Die Kosten für den mindestens dreimonatigen Nachweis hat der Versicherungsnehmer zu tragen. In diesem Zusammenhang weist der Versicherer darauf hin, dass dieses Optionsrecht des Versicherers nicht der Leistungspraxis entspreche. Häufige Nachweise verlange man tatsächlich nur, wenn eine unzureichende Pflege vermutet wird. In der Regel reiche allerdings der Nachweis, der auch für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der gesetzlichen Pflegepflicht eingereicht wurde.

Für den Verbraucher am vorteilhaftesten ist sicher die Regelung, wonach bei der Leistungsprüfung die für den Versicherten günstigere Regelung angewandt wird, das heißt im konkreten Fall entweder Prüfung nach dem Sozialgesetzbuch (Pflegestufe I, II oder III) durch Medicproof bzw. MDK oder alternativ nach der international üblichen ADL-Regelung (ADL = Activities of daily living). Dies trifft etwa auf Deutschen Ring und Ideal zu. Allerdings geschieht die wahlweise Prüfung nach ADL oder MDK nicht bei allen Versicherern automatisch, sondern teilweise nur auf ausdrücklichen Antrag des Kunden. Besonders vorteilhaft ist es, wenn darüber hinaus auch Autonomieverlust durch Demenz (z.B. Alzheimer) als Pflegebedürftigkeit angesehen werden kann. Dies ist etwa der Fall bei Delta Lloyd, Deutschem Ring, Ideal oder Volkswohl Bund – teilweise aber erst ab Pflegestufe II.



■ Mut zur ehrlichen Aufklärung ist angesagt: Dann können Pflege-Tarife ein Brotgeschäft des Vermittlers werden!

Angebotsvielfalt nur schwer vergleichbar

Die einzelnen Angebote von Lebens- und Krankenversicherern unterscheiden sich neben der maximal versicherbaren Pflegeleistung und der dazu erforderlichen Versicherungsprämie auch in zahlreichen Leistungsmerkmalen. So bedeutet eine hohe Leistung bei vollstationärer Pflege nicht notwendigerweise einen hohen Leistungsumfang auch bei häuslicher Pflege durch fachlich nicht ausgebildete Angehörige. Entsprechende Einschränkungen finden sich etwa bei der Gothaer oder der Halleschen

(siehe Tabelle). Vorbildlich sind hingegen die Regelungen bei beispielsweise Alte Oldenburger, Generali, Mannheimer oder Signal die nicht zwischen ambulanter und stationärer Pflege unterscheiden.

Je nach Tarif bietet Pflegestufe I keine Leistung, eine Beitragsfreistellung oder 25-100 % der versicherten Pflegeleistung, Pflegestufe II gewährt entweder keine Leistung oder eine Leistung zwischen 50-100 % und Pflegestufe III meist 100 %, bei der Halleschen mitunter auch nur 75 % der versicherten Leistung.

In Anlehnung an die gesetzliche Pflegepflichtversicherung wird nicht immer die gleiche Leistung bei stationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege erbracht. Entsprechende Einschränkungen finden sich etwa bei der Gothaer oder der Halleschen.

Vorbildlich sind hingegen die Regelungen bei Alte Oldenburger, Deutscher Ring, Generali, Ideal, Mannheimer, Signal Iduna oder uniVersa, die nicht zwischen ambulanter und stationärer Pflege unterscheiden.

Beispielhafte Pflegetarife im Überblick (Krankenversicherer)				
Versicherer	Tarif	Vollstationäre Pflege	Teilstationäre Pflege	Häusliche Pflege
Alte Oldenburger	PT	30 / 60 / 100 %	30 / 60 / 100 %	30 / 60 / 100 %
Barmenia	PT3	0 / 0 / 100 %	0 / 0 / 100 %	0 / 0 / 100 %
	PT1	40 / 60 / 100 %	40 / 60 / 100 %	40 / 60 / 100 %
Gothaer *****	PT	35 / 70 / 100 %	35 / 70 / 100 %	35 / *****
	PT2	0 / 70 / 100 %	0 / 70 / 100 %	0 / *****
	PT3	0 / 0 / 100 %	0 / 0 / 100 %	0 / 0 / *****
	P3	Restkosten - bis max. 12.276 € p.a. in Pflegestufe I* - bis max. 15.348 € p.a. in Pflegestufe II* - bis max. 18.408 € p.a. in Pflegestufe III*	Restkosten - bis max. 12.276 € p.a. in Pflegestufe I* - bis max. 15.348 € p.a. in Pflegestufe II* - bis max. 18.408 € p.a. in Pflegestufe III*	Restkosten - bis max. 12.276 € p.a. in Pflegestufe I* - bis max. 15.348 € p.a. in Pflegestufe II* - bis max. 18.408 € p.a. in Pflegestufe III* Zuzüglich einer Einmalzahlung bis maximal 5.113 Euro als Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes bei erstmaliger Feststellung von je Pflegestufe II oder III. Nur 50 % der versicherten Leistung, sofern keine Vorleistung der Pflegepflicht vorliegt
Hallesche	PHN	25-50/ 50-75 / 75-100 %**	20 / 40 / 60 oder 80 %**	Durch Pflegepersonal: 20 / 40 / 60 oder 80 %** durch Angehörige: 7,5 / 15 / 22,5 oder 30 %**
Hanse-Merkur	PTA	100 / 100 / 100 %	25 / 50 / 100 %	25 / 50 / 100 %
Mannheimer	Humanis ZP 06	80 % der Kosten abzüglich der Vorleistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung, zur Zeit maximal jedoch 50.000 Euro	80 % der Kosten abzüglich der Vorleistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung, zur Zeit maximal jedoch 50.000 Euro	80 % der Kosten abzüglich der Vorleistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung, zur Zeit maximal jedoch 50.000 Euro
Signal Iduna	EPT	30 / 60 / 100 %	30 / 60 / 100 %	30 / 60 / 100 %
Universa	PT-Premium	40 / 60 / 100 %****	40 / 60 / 100 %****	40 / 60 / 100 %****
VGH ***	PTG	100 / 100 / 100%	25 / 65 / 100 %	25 / 65 / 100 %

* im Rahmen dieses Pflegekostentarifes gelten Höchstsätze für Pflegeleistungen einschließlich Hilfsmittel nach Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung
 ** durch die individuelle Pflegefalleinstufung erfolgt die Leistung unabhängig einer (Vor-) Leistung durch die gesetzliche Pflegeversicherung
 *** Abschluss nur in Bremen und Niedersachsen möglich
 **** bei einem Unfall oder bei Versorgung eines in häuslicher Gemeinschaft lebenden Kindes unter 18 Jahren doppelte Leistung, sofern versicherte Person jünger als 65 Jahre ist. Bei Pflegestufe III zusätzlich Beitragsfreistellung. Für anerkannte Härtefälle in Stufe III sogar 150 % der versicherten Leistung.
 ***** Bei Pflege durch Personen mit krankenschwanger Kenntnissen: PT: 35 / 70 / 100 %, PT 2: 0 / 70 / 100 %, PT 3: 0 / 0 / 100 %. Ab Pflegestufe II und Pflege durch Angehörige ohne krankenschwanger Kenntnisse nur 50 % der Leistung, d.h. PT: 35 / 35 / 50 %, PT 2: 0 / 35 / 50 % und PT 3: 0 / 0 / 50 %.
 ***** Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit

Beispielhafte Pflegetarife im Überblick (Lebensversicherer)

Versicherer	Tarif	Vollstationäre Pflege	Teilstationäre Pflege	Häusliche Pflege
Delta Lloyd	PFA-Plus	33 / 67 / 100 %	33 / 67 / 100 %	33 / 67 / 100 %
	PFA-Plus mit Option	33 / 133 / 200 %	33 / 67 / 100 %	33 / 67 / 100 %
	PFL-Plus	33 / 67 / 100 %	33 / 67 / 100 %	33 / 67 / 100 %
	PFL-Plus mit Option	33 / 130 / 200 %	33 / 67 / 100 %	33 / 67 / 100 %
	PFL	0 / 50 / 100 %	0 / 50 / 100 %	0 / 50 / 100 %
Deutscher Ring	Elementar	0 / 0 / 100 %	0 / 0 / 100 %	0 / 0 / 100 %
	Komfort	0 / 50 / 100 %	0 / 50 / 100 %	0 / 50 / 100 %
Generali	Pflegerente	50 / 75 / 100 %	50 / 75 / 100 %	50 / 75 / 100 %
	3D-Pflegevorsorge*	50 / 75 / 100 %	50 / 75 / 100 %	50 / 75 / 100 %
Ideal	P 101	0 / 0 / 100 %	0 / 0 / 100 %	0 / 0 / 100 %
	P 102	0 / 50 / 100 %	0 / 50 / 100 %	0 / 50 / 100 %
	P 103	Bf / 50 / 100 %	Bf / 50 / 100 %	Bf / 50 / 100 %
Volkswahl Bund	Pflegerente Basis	0 / 0 / 100 %	0 / 0 / 100 %	0 / 0 / 100 %
	Pflegerente Komfort	0 / 50 / 100 %	0 / 50 / 100 %	0 / 50 / 100 %
	Pflegerente Exklusiv	50 / 75 / 100 %	50 / 75 / 100 %	50 / 75 / 100 %

* Die dargestellten Leistungen beziehen sich auf den Abruf der Pflegeoption zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Sie sind nicht für den Abruf in frühestens 12 Jahren garantiert. Vielmehr gelten die dann geltenden Bedingungen und Beitragssätze. Inwiefern das angesparte Kapital zur Einlösung der Pflegeoption reicht, ist nicht garantiert. Die Prozentsätze zu denen eine eventuelle Pflegeleistung erbracht wird, sind hingegen garantiert.

Bf = Beitragsbefreiung

Tips für den Berater



Selektieren Sie die für Ihre Kunden verfügbaren Angebote entsprechend ihres Eintrittsalters. Für Kinder stehen meist nur Angebote der Krankenversicherer zur Verfügung.

Lassen Sie Ihren Kunden sich für eine Versicherungsart entscheiden: Pflegekostenversicherung, Pflegetagegeld oder Pflegerentenversicherung. Wünscht Ihr Kunde eine Leistung schon ab Pflegestufe I oder lässt sein Geldbeutel nur eine Absicherung für die Stufen II oder III zu?

Klären Sie Ihren Kunden darüber auf, welche Leistungen die gewählten Versicherer in den einzelnen Pflegestufen erbringen. Weisen Sie dabei auf mögliche Unterschiede

zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege (z.B. durch Familienangehörige) hin.

- Werden Pflegeleistungen auch bei Demenz erbracht?
- Wer legt die Pflegebedürftigkeit fest (internationale ADL-Definition, Feststellung durch medizinischen Dienst der Krankenkassen auf Basis der gesetzlichen Definition oder versicherungseigene Definition)?
- Verzichtet der Versicherer auf sein ordentliches Kündigungsrecht in den ersten drei Jahren?
- Bestehen regionale Einschränkungen des Versicherungsschutzes oder besteht dieser weltweit?
- Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- Welche Regelungen bestehen für die Nachprüfung des Pflegefalles?
- Ist eine Erhöhung der versicherten Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich? Bis zu welchem Endalter und in welchen zeitlichen Abständen? Gilt dies auch dann, wenn der Pflegefall bereits eingetreten ist?

Halten Sie das Gespräch für sich und Ihren Kunden in einem umfangreichen Beratungsprotokoll fest.

Kinder haften für ihre Eltern, Geschiedene für ihre Exgatten



Ihr Kunde war verheiratet und ist jetzt wieder geschieden? Gerät der Ex-Partner in finanzielle Not, können sogar Geschiedene zum Unterhalt des früheren Ehepartners herangezogen werden. Dafür bestehen insbesondere drei Voraussetzungen:

- Bei der Scheidung wurde kein Verzicht auf gegenseitigen Unterhalt erklärt. Zulässig ist dies allerdings nur, wenn eine entsprechende Bedürftigkeit zum Zeitpunkt der Trennung noch nicht absehbar war.
- Der geschiedene Ehepartner ist aus eigenen Mitteln nicht in der Lage, für seine Pflegekosten aufzukommen und eine eigene Erwerbstätigkeit kann aus nachweisbaren Gründen nicht erwartet werden.
- Die geschiedene Ehe hat mindestens gleich lange oder länger als die neue Ehe gedauert. Die Ehedauer steht nach § 1582 BGB der Zeit gleich, in der ein Ehegatte wegen der Pflege oder Erziehung eines gemeinschaftlichen Kindes unterhaltsberechtigter war.