

Infoblatt – Private Pflegezusatzversicherung

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) wurde 1982 gegründet und ist mit ca. 50.000 Mitgliedern die einzige Organisation in Deutschland, die vollkommen unabhängig für die Rechte der Versicherten eintritt. Er ist somit eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands und ein politisches Gegengewicht zur Versicherungslobby.

Er informiert Verbraucher*innen zu privaten Versicherungen. Seinen Mitgliedern hilft er bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen.

Dieses Infoblatt soll Ihnen die wichtigsten Informationen zum Thema private Pflegezusatzversicherungen als Ergänzung zur gesetzlichen sowie privaten Pflegepflichtversicherung geben.

Am Ende dieses Infoblatts finden Sie als Mitglied gezielt Informationen zu empfehlenswerten Tarifen.

So haben wir die Tarife ermittelt:

- Die Versicherungsbedingungen erfüllen unsere Kriterien.
- Genannt sind die günstigsten Tarife basierend auf Musterdaten.
- Die Sortierung erfolgt alphabetisch.

Sämtliche Infoblätter werden regelmäßig aktualisiert und können jederzeit unter <https://www.bunddersicherten.de> als PDF-Datei heruntergeladen werden. Die Informationen im Infoblatt ersetzen keinesfalls eine individuelle Beratung.

- 1. Das Wichtigste auf einen Blick**
- 2. Das sind die Leistungen der Pflegepflichtversicherung**
- 3. Das leisten die privaten Pflegezusatzversicherungen**
- 4. Das kostet die Pflegezusatzversicherung**
- 5. Wer braucht den Versicherungsschutz?**
- 6. Das haben Sie beim Vertragsschluss zu beachten**
- 7. Diese Pflichten haben Sie aus dem Versicherungsvertrag**

- 8. Diese Kriterien sollte eine Pflegezusatzversicherung erfüllen**
- 9. Geeignete Tarife**

1. Das Wichtigste auf einen Blick

Alle Bürgerinnen und Bürger sind verpflichtet, sich gegen das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit mit einer Pflegepflichtversicherung (PV) abzusichern. Es gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Gesetzlich Versicherte schließen die soziale Pflegepflichtversicherung (SPV) bei ihrer Krankenkasse ab. Privatversicherte schließen die private Pflegepflichtversicherung (PPV) bei ihrem privaten Krankenversicherer ab.

Die PPV ist eine Teilleistungs-Versicherung und deckt nur einen Teil der anfallenden Kosten im Pflegefall ab. Ergänzend zu den Leistungen der PPV können Sie weitere benötigte Leistungen mit einer Pflegezusatzversicherung abdecken. Hier werden drei Formen unterschieden:

Pflegetagegeld: Mit dieser Form, die von privaten Krankenversicherern angeboten wird, können die Leistungen der SPV und PPV individuell erhöht werden. Der vertraglich vereinbarte Tagessatz wird in Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit ausgezahlt. Diese Leistung ist unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten.

Pflegekostenversicherung: Diese – ebenfalls von Krankenversicherern angebotene – Variante ersetzt ergänzend zur PV einen Teil der verbleibenden Restkosten bei häuslicher und / oder vor allem bei stationärer Pflege. Die Leistung wird an die (Vor-)Leistung der PV angeknüpft und ist abhängig von den tatsächlich nachgewiesenen Kosten.

Pflegerentenversicherung: Diese Variante wird von Lebensversicherern angeboten. Hier wird eine nach Pflegegraden gestaffelte vereinbarte Rente fällig. Diese Leistung ist unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten.

Die Versicherer legen die Prämien unabhängig von Ihrem Einkommen fest. Maßgeblich sind Ihr Alter bei Vertragsbeginn, Ihr Gesundheitszustand sowie der jeweilige Tarifumfang.

Die grundlegenden Unterschiede dieser Versicherungen äußern sich wie folgt:

Die Leistungsunterschiede zwischen den Tarifangeboten der Krankenversicherer (Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherungen) untereinander, aber auch im Vergleich zu den Tarifangeboten der Lebensversicherer (Pflegerentenversicherungen) sind beachtenswert. In den folgenden Abschnitten erläutern wir diese Unterschiede. Die Pflegerententariife der Lebensversicherer sind in der Regel nicht geeignet, da sie deutlich teurer als die Pflegetagegeld- oder Pflegekostentariife der Krankenversicherer sind.

BdV-Tipp: Sie sollten Angebote von mehreren Anbietern einholen und diese genau miteinander vergleichen. Lassen Sie sich bei der Entscheidung über das „Ob“ einer Pflegezusatzversicherung und bei der Auswahl geeigneter Tarife neutral und unabhängig beraten.

2. Das sind die Leistungen der Pflegepflichtversicherung

Jeder muss sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit absichern. Bei gesetzlich Versicherten läuft die Pflegepflichtversicherung (SPV) regelmäßig über die Krankenkasse. Bei Privatversicherten liegen Krankenversicherung und private Pflegepflichtversicherung (PPV) in der Regel auch in einer Hand.

Im Sozialgesetzbuch XI sind die Leistungen der Pflegepflichtversicherung festgelegt. Die Leistungen der PPV und der SPV sind gleichwertig. 2017 ist im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) ein weiterer Teil der Pflegeversicherungsreform in Kraft getreten. Kern der Reform ist ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument zur besseren Einstufung. Es orientiert sich ausschließlich an den Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten des Betroffenen. Die bisherigen drei Pflegestufen sind durch fünf Pflegegrade ersetzt worden.

Alle Pflegebedürftigen erhalten einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie unter körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen leiden. Die individuelle Pflege und Lebenssituation von Menschen soll besser erfasst werden. Auch sollen Pflegebedürftige individueller versorgt und ihre Selbständigkeit im Alltag nachhaltig gestärkt werden. Ein Schwerpunkt liegt auf der besseren Einstufung von Menschen mit Demenz. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung den Alltag nicht mehr allein bewältigen können.

Die SPV und PPV leisten seit 2017 je nach Pflegegrad und Leistungsform monatlich:

Pflegegrad	Vollstationäre Pflege im Pflegeheim	Pflegesachleistungen für ambulante häusliche Pflege durch Fachpersonal	Pflegegeld bei häuslicher Pflege*
1	125 Euro	0 Euro	0 Euro
2	770 Euro	689 Euro	316 Euro
3	1.262 Euro	1.298 Euro	545 Euro
4	1.775 Euro	1.612 Euro	728 Euro
5	2.005 Euro	1.995 Euro	901 Euro

*durch Pflegepersonen, z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die ambulant gepflegt werden, erhalten einen einheitlichen Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich. Dieser ist zweckgebunden. Er kann zur Finanzierung einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege oder für Leistungen ambulanter Pflegedienste verwendet werden. Dies gilt jedoch nicht in den Pflegegraden 2 bis 5 bei Leistungen im Bereich der Selbstversorgung. Der Betrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt und wird nicht mit den anderen Leistungsansprüchen verrechnet.

Umstellung Pflegestufen in Pflegegrade seit 2017: Die neuen Pflegegrade ersetzen die bisherigen Pflegestufen. Die Umstellung erfolgt automatisch.

In Pflegestufen bis 2016	In Pflegegraden ab 2017	In Pflegestufen bis 2016	In Pflegegraden ab 2017
mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen	Regel „+1“	mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	Regel „+2“
I	2	0	2
II	3	I	3
III	4	II	4
III (Härtefall)	5	III	5

Alle, die bereits vor 2017 Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung bezogen haben, genießen Bestandsschutz. Er gewährleistet, dass sich die bisher erhaltenen Leistungen nicht verringern. Die meisten Pflegebedürftigen sollen durch die Umstellung höhere Leistungen erhalten. Durch die Umstellung sind zukünftig aber auch finanzielle Einbußen möglich: z. B. für Pflegegebedürftige der Pflegestufen II und III ohne Demenz, die stationär gepflegt werden. Aufgrund des Bestandsschutzes erhalten diese Betroffenen einen entsprechenden Zuschlag auf den Leistungsbetrag, wenn ihr selbst zu tragender Anteil seit 2017 höher ist als in 2016. Der Zuschlag gleicht die Differenz aus.

Beitragssatz: Für 2018 beträgt der Beitragssatz 2,55 Prozent und für Kinderlose ab dem 23. Lebensjahr 2,80 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen bis maximal zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung.

BdV-Tipp: Antworten auf Fragen zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung bekommen Sie über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit: +49 30 340606602.

Ausführliche Informationen zu der Pflegereform durch die Pflegestärkungsgesetze I bis III finden Sie auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit:
www.pflegestaerkungsgesetz.de.

3. Das leisten die privaten Pflegezusatzversicherungen

Es gibt folgende Varianten bei der privaten Pflegezusatzversicherung:

Pflegekostenversicherung: Sie wird von Krankenversicherern angeboten und erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten bis zu einem bestimmten Höchstbetrag oder Prozentsatz, die nicht durch die PV abgedeckt werden. Die Kosten müssen Sie durch Rechnungen nachweisen, so dass diese Variante in erster Linie für professionelle Pflege in Betracht kommen kann. Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden von manchen Tarifen übernommen. Die Erstattung passt sich der Kostenentwicklung an und kann bei Preissteigerungen den größeren Teil der Auslagen decken.

Pflegetagegeldversicherung: Hier zahlt der Krankenversicherer im Pflegefall das vereinbarte Tagegeld, unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten. Die Höhe richtet sich nach Tarif und Pflegegrad. Der volle Tagessatz wird häufig erst ab Pflegegrad 5 fällig. Bei anderen Pflegegraden erfolgt je nach Tarif meist eine anteilige Auszahlung. Sie können frei über das Geld verfügen, z. B. für die Pflegehilfe durch Familie oder Freunde. Ein Kostennachweis ist nicht nötig.

Pflegerentenversicherung: Bei Eintritt des Pflegefalles wird die vereinbarte Rente vom Lebensversicherer lebenslang ausgezahlt, deren Höhe vom Pflegegrad und dem gewählten Tarif abhängt. Sie ist eine undurchschaubare Kombination aus Versicherungsschutz und unrentablem Sparvorgang. Es gibt unterschiedliche Leistungsmöglichkeiten: Rente bei Pflegebedürftigkeit (Regelfall) – garantierte Rente plus Überschüsse, Todesfallleistung, teilweise Kapitalleistung oder Altersrente z. B. ab 85 Jahre. Die volle Pflegerente gibt es meist erst ab Pflegegrad 5. In den anderen Pflegegraden wird je nach Tarif oftmals eine anteilige Pflegerente gezahlt, wobei meistens im Pflegegrad 1 und vielfach im Pflegegrad 2 keine Leistung vorgesehen ist.

BdV-Tipp: Wir raten davon ab, eine Pflegerentenversicherung abzuschließen. Decken Sie alternativ das Pflegerisiko mit der Tagegeldvariante ab und legen Sie das restliche Geld um den Betrag an, den ein Pflegerententarif mehr kostet. Denn die Pflegerente ist deutlich teurer.

4. Das kostet die Pflegezusatzversicherung

Maßgeblich für die Prämie einer Pflegezusatzversicherung sind das Alter und in der Regel der Gesundheitszustand bei Antragstellung sowie der Leistungsumfang im jeweiligen Tarif. Bei steigenden Pflegekosten können die vertraglichen Leistungen nicht gekürzt werden. In der Pfl egetagegeld- oder Pflegekostenversicherung können die Krankenversicherer die Kostensteigerungen durch Prämien erhöhung an ihre Versicherten weitergeben.

Die Prämie für die Pflegerentenversicherung ist bei den Anbietern grundsätzlich konstant. Sie werden von Lebensversicherern angeboten. Jedoch gibt es auch Pflegerententari fe, bei denen die Sofort-Gewinnbeteiligung zur Reduzierung der Prämie führt, sodass der Zahlbeitrag unter diesem maximalen Betrag liegt. Da die Gewinnbeteiligung aber nicht garantiert ist, besteht auch hier das Risiko einer Erhöhung der Prämien. Das Prämienniveau der Pflegerententari fe liegt deutlich über dem der Pfl egetagegeldangebote.

5. Wer braucht den Versicherungsschutz?

Ein Pflegeplatz für eine vollstationäre Betreuung in Pflegegrad 5 kann monatlich 3.500 Euro oder mehr kosten. Die SPV und PPV bieten nur eine Grundabsicherung. Sie decken nur einen Teil der anfallenden Kosten im Pflegefall ab.

Ein Beispiel:

Pflegegrad	Vollstationäre Pflege im Pflegeheim	Vergütung für vollstationäre Dauerpflege, zzgl. Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (Bundesdurchschnitt) *
1	125 Euro	2.170,86 (für Pflegestufe I)
2	770 Euro	
3	1.262 Euro	2.653,31 (für Pflegestufe II)
4	1.775 Euro	
5	2.005 Euro	3.165,25 (für Pflegestufe III)

* **Quelle:** Pflegestatistik 2015, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich – Pflegeheime, Statistisches Bundesamt 2017

Ob Sie einen privaten Pflegezusatzschutz benötigen, ist davon abhängig, ob die Leistungen der Pflegepflichtversicherung zusammen mit anderen Einnahmen (z. B. gesetzliche und/oder private Renten sowie sonstige Einnahmen und Vermögen) ausreichen, um die anfallenden Pflegekosten

zu tragen. Überlegen sollten Sie, ob auch noch weitere Mittel zur Verfügung stehen. Beispielsweise kann ein Haus vermietet werden. Die zusätzlichen Einnahmen hieraus könnten helfen, die Kosten im Fall stationärer Pflege abzudecken. Am besten nehmen Sie eine individuelle Bedarfsermittlung vor und lassen sich unabhängig beraten.

BdV-Tipp: Ergibt Ihre Bedarfsermittlung eine finanzielle Lücke für den Pflegefall, erhöhen Sie möglichst die Sparbeträge für Ihre Altersvorsorge, sodass Sie diese Lücke bis zum Renteneintritt schließen. Denn verfügen Sie über genügend eigene Mittel zuzüglich der Leistung aus der Pflegepflichtversicherung, benötigen Sie keine Pflegezusatzversicherung oder müssen nur noch einen kleineren Anteil mit einer solchen abdecken.

Haben Sie nicht die Möglichkeit, die eigene Altersvorsorge auskömmlich anzusparen, kann eine private Pflegezusatzversicherung eine sinnvolle Absicherung sein. Während des aktiven Erwerbslebens sollten Sie vorrangig eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen. So verhindern Sie, dass Sie Sozialleistungen in Anspruch nehmen müssen oder Ihre Angehörigen zu Unterhaltszahlungen verpflichtet werden.

Springt das Sozialamt ein, bleibt einem pflegebedürftigen Heimbewohner selbst nur noch ein Taschengeld von ca. 100 Euro im Monat. Das private Vermögen muss aufgebraucht werden.

6. Das haben Sie beim Vertragsschluss zu beachten

Ein Versicherer ist nicht verpflichtet, einen Vertrag mit Ihnen abzuschließen. Er stellt Ihnen zahlreiche Fragen nach Risiken, die er für seine Annahmeentscheidung für maßgeblich hält.

Beim Abschluss einer Pflegezusatzversicherung sind dies vor allem Fragen nach Ihrem Gesundheitszustand. Sie müssen alle Gesundheitsfragen im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Bestehen bei Antragstellung Vorerkrankungen, entscheidet der Versicherer, ob er den Antrag ablehnt oder gegen Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse für bestimmte Erkrankungen annimmt.

Im Leistungsfall kann der Versicherer prüfen, ob Sie im Antrag Vorerkrankungen verschwiegen haben und ob er leisten muss oder nicht. Haben Sie falsche Angaben gemacht, kann sich der Versicherer bis zu drei Jahre nach Vertragsschluss vom Vertrag lösen. Bei Vorsatz oder Arglist beträgt die Frist zehn Jahre.

Die Fragen über Ihren Gesundheitszustand im Antrag beantworten Sie am besten gemeinsam mit Ihren Ärzten. Zumindest aber sollten Sie sich Ihre Krankenakte aushändigen lassen.

Anonyme Risikovorfrage: Diese sollten Sie nutzen, wenn Sie gesundheitliche Einschränkungen haben. Die Voranfrage kann nur ein Dritter oder eine Dritte für Sie stellen, z. B. ein Versicherungsberater (www.bvvb.de) oder ein spezialisierter Versicherungsmakler (z.B. über www.vdvm.de).

Sollten Sie aufgrund von Vorerkrankungen oder gesundheitlichen Einschränkungen eine „normale“ (ungeförderte) Pflegezusatzversicherung nicht abschließen können, steht Ihnen bei individuellem Bedarf der Abschluss einer staatlich geförderten, privaten Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“) offen. Weitere Informationen dazu finden Sie in unserem Infoblatt „Pflege-Bahr“.

7. Diese Pflichten haben Sie aus dem Versicherungsvertrag

Aus dem Versicherungsvertrag trifft Sie als Versicherungsnehmer*in nur eine einzige echte Pflicht und zwar die Pflicht zur Zahlung der vereinbarten Prämie. Die Zahlung der Prämie kann das Versicherer notfalls sogar gerichtlich durchsetzen.

Beachten Sie als Versicherungsnehmer*in andere Pflichten wie v. a. die Auskunfts-, Anzeige- oder Mitwirkungspflichten („Obliegenheiten“) nicht, so kann der Versicherer Sie nicht auf Erfüllung verklagen. Er darf aber auch hier die Leistung verweigern oder den Vertrag beenden. Gleiches gilt, wenn Sie mit der Zahlung der Erst- oder einer Folgeprämie im Verzug sind.

Einige wichtige Obliegenheiten sind:

- Sie müssen die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich, spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist durch Vorlage von Nachweisen anzeigen, ebenso deren Minderung oder Wegfall.
- Bei Pflegebedürftigkeit müssen Sie jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege aus der GKV und der Bezug von Entschädigungsleistungen anzeigen.
- Zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht sowie deren Umfang ist der Versicherer berechtigt, von Ihnen jede Auskunft zu verlangen, die er für zweckdienlich hält.
- Der Versicherer darf verlangen, dass Sie sich von einem von ihm beauftragten Arzt untersuchen lassen, um z. B. zu überprüfen, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Nicht jede Obliegenheitsverletzung führt aber dazu, dass Sie komplett leer ausgehen. Bei verspäteter Anzeige der Pflegebedürftigkeit wird z. B. das Tagegeld erst ab dem Zugangstag gezahlt.

8. Diese Kriterien sollte eine Pflegezusatzversicherung erfüllen

Nachfolgend finden Sie eine Auflistung von Kriterien, die Sie bei der Tarifauswahl berücksichtigen sollten.

K.o.-Kriterien für eine Pflegetagegeldversicherung:

- Der Versicherer leistet, wenn die Pflegepflichtversicherung die Pflegebedürftigkeit anerkennt.
- Die private Zusatzversicherung übernimmt die Definition der Pflegegrade der Pflegepflichtversicherung.
- Der Versicherer leistet in allen fünf Pflegegraden.
- Der Versicherer leistet bei häuslicher und stationärer Pflege.
- Wenn Angehörige oder Freunde pflegen (sog. Laienpflege), dürfen die Leistungen dafür nicht niedriger sein, als bei einer professionellen Pflege.
- Der Vertrag sieht keine Karenzzeit oder dreijährige Wartezeit vor. Beides ist nachteilig, weil Sie im Pflegefall erst nach Ablauf dieses Zeitraums Leistungen erhalten.
- Der Versicherungsfall ist Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Der Versicherer leistet rückwirkend ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit, wenn Sie den Versicherungsfall verspätet angezeigt haben.
- Der Versicherer soll eine Beitragsbefreiung möglichst in jedem Pflegegrad vorsehen, zwingend aber zu 100 Prozent ab Pflegegrad 4.
- Eine regelmäßige Erhöhung der versicherten Leistung, ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit, sollte vereinbart werden können. (sog. Beitragsdynamik).
- Gleiches gilt, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beziehen (sog. Leistungsdynamik), also die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

- Der Schutz besteht beim vorübergehenden Aufenthalt innerhalb der EU und dem EWR fort.
- Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

K.o.-Kriterien für eine Pflegekostenversicherung:

- Der Versicherer leistet, wenn die Pflegepflichtversicherung die Pflegebedürftigkeit anerkennt.
- Die private Zusatzversicherung übernimmt die Definition der Pflegegrade der Pflegepflichtversicherung.
- Der Versicherer leistet in allen fünf Pflegegraden.
- Wenn Angehörige oder Freunde pflegen (sog. Laienpflege), wird stattdessen ein Pflegegeld gezahlt.
- Der Vertrag sieht keine Karenzzeit oder dreijährige Wartezeit vor. Beides ist ungünstig, weil Sie im Pflegefall erst nach Ablauf dieses Zeitraums Leistungen erhalten.
- Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Für Fragen rund um private Versicherungen und die BdV-Mitgliedschaft:

Bund der Versicherten e. V.
Tiedenkamp 2
24558 Henstedt-Ulzburg

Telefon: +49 4193-94222 (für Nichtmitglieder)

Telefon: +49 4193-9904-0 (für Mitglieder)

Fax: + 49 4193-94221

E-Mail: info@bunddersicherten.de

Internet: www.bunddersicherten.de

Vereinssitz: Henstedt-Ulzburg

Amtsgericht Kiel, VR 6343 KI

Vorstand: Axel Kleinlein (Sprecher), Mario Leuner

Lieber Interessent,

die Liste der geeigneten Tarife steht exklusiv unseren Mitgliedern zur Verfügung.