

PKV-Info



# Private Pflegezusatzversicherung

Sicherheit im Pflegefall



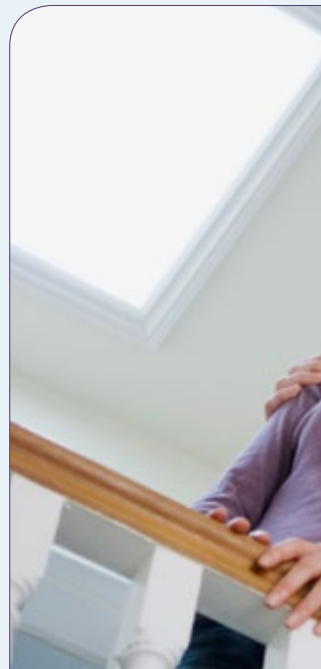
Verband der Privaten  
Krankenversicherung

# Private Pflegezusatzversicherung

Sicherheit im Pflegefall

## Inhalt

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung .....	2
Die Kosten für die Pflege .....	5
Die passende Ergänzung: Die Pflegezusatzversicherung .....	6
Die Pflegeetagegeldversicherung .....	8
Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung .....	10
Die Pflegekostenversicherung .....	12
Die Pflegerentenversicherung .....	14
Der Versicherungsbeitrag .....	14
Die staatliche Unterstützung für die Pflegezusatzversicherung .....	15
Weitere Informationen.....	16



Wer in Deutschland krankenversichert ist, muss auch eine Pflegepflichtversicherung haben. Nach dem Grundsatz „die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ sind privat Krankenversicherte in der Privaten Pflegepflichtversicherung, gesetzlich Krankenversicherte in der Regel in der Sozialen Pflegeversicherung versichert.

Anders als die Krankenversicherung ist die Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung konzipiert worden. Sie deckt deshalb bei Weitem nicht alle Kosten ab, die im Pflegefall entstehen. Ist der Pflegebedürftige nicht in der Lage, die Differenz zwischen den Leistungen der Pflegepflichtversicherung und den tatsächlichen Pflegekosten zu tragen, werden seine Angehörigen zur Zahlung herangezogen. Ob und in welchem Umfang ein Angehöriger zahlen muss, hängt von seiner individuellen Leistungsfähigkeit ab. Gibt es keine Angehörigen, die für die verbleibenden Kosten aufkommen können, zahlt das Sozialamt.

Wer die finanziellen Belastungen für sich oder seine Angehörigen infolge einer Pflegebedürftigkeit verringern möchte, sollte deshalb Vorsorge treffen. Unter den vielen Angeboten der privaten Pflegezusatzversicherung kann jeder den passenden Versicherungsschutz finden. Dass eine private Zusatzversicherung für den Pflegefall wichtig ist, hat auch der Gesetzgeber

*Pflegepflicht =  
Teilkasko*



erkannt: Seit 2013 erhalten Versicherte, die eine staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung abschließen, eine Zulage zum Beitrag von bis zu 33 Prozent.

## Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung

Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung erhält, wer mindestens sechs Monate pflegebedürftig und damit im täglichen Leben auf die Hilfe von Mitmenschen angewiesen ist. Bisher wird Pflegebedürftigkeit in erster Linie verrichtungsbezogen definiert. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit geht es deshalb um die Frage, bei welchen Verrichtungen (z. B. Ankleiden, Essen) die betroffene Person Hilfe benötigt.

Nicht ausreichend berücksichtigt wird der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung. Das trifft vor allem Menschen mit einem hohen Betreuungsbedarf – wie an Demenz Erkrankte. Aus diesem Grund soll Pflegebedürftigkeit neu definiert werden. Bis ein entsprechendes Gesetz in Kraft tritt, werden weiterhin drei Stufen der Pflegebedürftigkeit unterschieden. Aufgrund von Übergangsregelungen erhalten



zudem Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen aus der Pflegeversicherung:

### „Pflegestufe 0“

**Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz** müssen in besonderem Maße beaufsichtigt und betreut werden – sei es aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen. Die Voraussetzungen (Orientierungslosigkeit, Aggressivität,...) für den Erhalt von Leistungen sind in § 45a SGB XI festgelegt.

### Pflegestufe I

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

### Pflegestufe II

**Schwerpflegebedürftige** benötigen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten pflegerische Hilfen.

### Pflegestufe III

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

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

## Leistungen der Pflegepflichtversicherung pro Monat

<b>ambulante Pflege</b>	<b>Pflegegeld für die Betreuung durch Pflegepersonen<sup>1</sup></b>	<b>maximale Kosten-erstattung bei häuslicher Pflegehilfe</b>
<b>Pflegestufe 0</b> erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	120 Euro	225 Euro
<b>Pflegestufe I</b> bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	235 Euro 305 Euro	450 Euro 665 Euro
<b>Pflegestufe II</b> bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	440 Euro 525 Euro	1.100 Euro 1.250 Euro
<b>Pflegestufe III</b>	700 Euro	1.550 Euro

<sup>1</sup> z.B. Angehörige oder Bekannte

<b>teilstationäre und stationäre Pflege</b>	<b>maximale Kosten-erstattung bei teilstationärer Pflege</b>	<b>maximale Kosten-erstattung bei stationärer Pflege</b>
<b>Pflegestufe I</b>	450 Euro	1.023 Euro
<b>Pflegestufe II</b>	1.100 Euro	1.279 Euro
<b>Pflegestufe III</b>	1.550 Euro	1.550 Euro

Darüber hinaus gibt es folgende zusätzliche Leistungen:

- Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten monatlich 100 Euro (Grundbetrag) bzw. 200 Euro (erhöhter Betrag).
- Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes von bis zu 2.557 Euro sollen ermöglichen, dass Pflegebedürftige weiterhin in ihrer eigenen Wohnung leben können (z.B. durch eine barrierefreie Dusche).

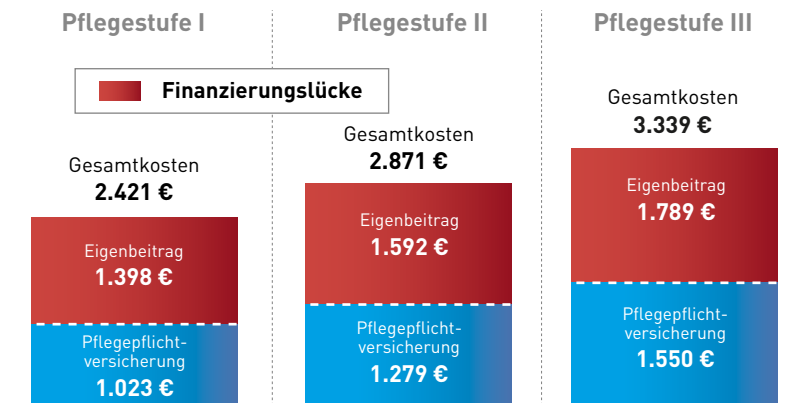
- Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ werden Wohngruppen besonders gefördert, in denen mehrere Pflegebedürftige zusammen wohnen und gemeinsam ihre Pflege organisieren. Bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe erhält jeder Pflegebedürftige einmalig 2.500 Euro und monatlich eine Pauschale von 200 Euro.

## Die Kosten für die Pflege

Wie teuer die Pflege ist, hängt von der Art der Betreuung ab. Deshalb sind die Leistungen der Pflegepflichtversicherung auch daran gekoppelt. Die günstigste Alternative ist die Pflege zu Hause durch einen Angehörigen – allerdings nur, wenn der Pflegendе keine hohen Verdienstaussfälle hinnehmen muss. Am teuersten ist die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung, wobei die Kosten in der Regel umso höher sind, je höher der Komfort ist. Zurzeit muss ein Pflegebedürftiger in einer stationären Pflegeeinrichtung von weit über 1.000 Euro Eigenbeteiligung ausgehen.

### Lücken der Pflegepflichtversicherung

durchschnittliche Kosten für vollstationäre Pflege<sup>1</sup> und Leistungen der Pflegepflichtversicherung



<sup>1</sup> Pflegesatz, Unterkunft und Verpflegung sowie Mehrpreis für Zweibettzimmer

Quelle: PKV-Datenbank (Stand Nov. 2013)

Wer auf stationäre Pflege angewiesen ist, muss deshalb enorme finanzielle Rücklagen gebildet haben, um derartige Kosten auf Dauer tragen zu können. Ist das Ersparte aufgebraucht, müssen alle weiteren Kosten von den Angehörigen oder der öffentlichen Hand übernommen werden.



## **Die passende Ergänzung: Die Pflegezusatzversicherung**

Die Chancen, 80 Jahre und älter zu werden, sind so gut wie nie zuvor. Mit der stetig steigenden Lebenserwartung erhöht sich aber auch unser Risiko pflegebedürftig zu werden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes war 2011 in der Gruppe der 80- bis 85-Jährigen jeder Fünfte pflegebedürftig. Deshalb wäre es unklug, sich nur auf die Teilkaskoversicherung durch die Pflegepflichtversicherung zu verlassen. Wie kann der Einzelne nun konkret für den Pflegefall vorsorgen?

Es gibt drei Versicherungsarten, die das Pflegerisiko absichern: die Pflegetagegeldversicherung – wozu auch die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung gehört –, die Pflegekostenversicherung und die Pflegerentenversicherung. Pflegetagegeld- und Pflegerentenversicherung zahlen im Pflegefall monatlich einen vorher vereinbarten Betrag an den Versicherten aus, während die Pflegekostenversicherung die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet.

Für die Pflegetagegeld- und die Pflegekostenversicherung gilt:

Ab welcher Pflegestufe der Versicherte Leistungen erhält und in welchem Umfang, hängt vom gewählten Tarif ab. Auch die sog-





nannte Pflegestufe 0 ist bei vielen Unternehmen versicherbar. Um Leistungen aus der Pflegezusatzversicherung zu erhalten, muss der Versicherte nachweislich pflegebedürftig oder erheblich in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt sein. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einer Pflegestufe wird in Anlehnung an die Pflegepflichtversicherung vorgenommen. In der Regel genügt den Versicherungsunternehmen die medizinische Beurteilung der Pflegepflichtversicherung als Nachweis. Diese Beurteilung übernimmt für die Soziale Pflegeversicherung

den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), für die Private Pflegepflichtversicherung die MEDICPROOF GmbH. Der Versicherer kann sich aber auch vorbehalten, den Versicherten durch einen eigenen Arzt untersuchen zu lassen.

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

Wer im Alter in die Ferne zieht, muss nicht zwangsläufig auf seine Pflegezusatzversicherung verzichten. Die meisten Versicherungsunternehmen leisten im Pflegefall auch dann, wenn der Pflegebedürftige im europäischen Ausland lebt. Dies ist entweder schon in den Tarifbedingungen festgelegt oder aber auf Nachfrage vereinbar.

Zum Service der Unternehmen gehört in der Regel die telefonische Beratung. Informationsseiten im Internet ergänzen dieses Angebot. Der Umfang der darüber hinausgehenden Dienstleistungen, sogenannter Assistance-Leistungen, ist unterschiedlich. Die Versicherungen bieten z. B. Hilfe bei der Suche oder

*Wartezeit*

*Pflegebedürftigkeit  
im Ausland*

*Dienstleistungen*

Vermittlung eines Pflegedienstes, eines Platzes in einer stationären Pflegeeinrichtung, eines Fahrdienstes, einer Reinigungskraft oder der Anlieferung von Mahlzeiten an. Ebenso organisieren sie oft Schulungen für Angehörige.

## Die Pflegetagegeldversicherung

Die Pflegetagegeldversicherung ist die am häufigsten gewählte Art der Pflegezusatzversicherung und wird von vielen privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten.

Der Versicherte erhält im Pflegefall ein Tagegeld, das ihm zur freien Verfügung steht. Wofür er das Geld verwendet, entscheidet er selbst. Kostennachweise sind nicht erforderlich. Er kann das Geld also für seine Pflege einsetzen oder auch für etwas, das nicht direkt mit seiner Pflegebedürftigkeit zusammenhängt.

Abgesehen von dieser grundsätzlichen Gemeinsamkeit unterscheiden sich die Tarife der Versicherungsunternehmen im Detail. Hier lohnt es sich zu vergleichen, um den individuell passenden Versicherungsschutz zu finden.

Es ist möglich, alle Pflegestufen – mit und ohne Pflegestufe 0 –, Pflegestufe II und III oder auch nur Pflegestufe III zu versichern. In der Regel wird für Pflegestufe III ein Tagegeld vereinbart, von dem man bei Pflegebedürftigkeit der Stufen I und II einen prozentualen Anteil bekommt. Die Angebote der Versicherer variieren von 20 bis 40 Prozent für Pflegestufe I und 50 bis 70 Prozent für Pflegestufe II.

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

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

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

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

Fast alle Versicherungsunternehmen bieten die Möglichkeit, die Tagegelder nachträglich in bestimmtem Maße zu erhöhen und dadurch an Kostensteigerungen anzupassen. In der Regel gibt es automatisch alle drei Jahre eine Erhöhung. Je nach Tarif ist sie auf 10 Prozent festgelegt oder wird auf Grundlage statistischer Daten ermittelt. Darüber hinaus können die Versicherten in vielen Tarifen zu bestimmten Anlässen ihren Versicherungsschutz erhöhen. Solche Anlässe sind z. B. der Beginn eines in den Vertragsbedingungen genannten Versicherungsjahres oder das Erreichen eines bestimmten Lebensalters. Bei einigen Versicherern erfolgt die Erhöhung auch noch bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit. Für die oben genannten Tagegelderhöhungen müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden, und es gibt keine Wartezeiten. Da eine Erhöhung des Tagegeldes immer eine Beitragsanpassung nach sich zieht, kann der Versicherte ihr widersprechen.

*Dynamik*



## Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung

Wer eine staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung abschließt, erhält vom Staat eine Zulage von 5 Euro pro Monat. Voraussetzung ist ein Eigenbeitrag von mindestens 10 Euro, so dass der Monatsbeitrag insgesamt mindestens 15 Euro beträgt. Um die Zulage zu erhalten, muss der Versicherte nicht selbst aktiv werden: Das Versicherungsunternehmen beantragt sie bei einer zentralen staatlichen Stelle und erhält sie direkt ausbezahlt.

Anspruch auf Förderung hat

- jeder, der in der Sozialen bzw. der Privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist,
- sofern er das 18. Lebensjahr vollendet hat und
- bei Vertragsabschluss noch keine Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung bezieht.

Nach oben gibt es keine Altersgrenze.

Für die Versicherungsunternehmen gilt Annahmезwang. Etwaiqe Vorerkrankungen dürfen für den Vertragsabschluss nicht abgefragt werden und haben daher keinen Einfluss auf das Zustandekommen des Vertrages, den Versicherungsumfang oder die Beitragshöhe. Dies bedeutet konkret, dass Menschen, die bisher aufgrund bestimmter Erkrankungen keine Pflegezusatzversicherung abschließen konnten, von der neuen Vorsorgemöglichkeit profitieren.

Die geförderte Pflegezusatzversicherung ist eine Tagegeldversicherung, d. h. im Pflegefall zahlt die Versicherung einen festen Betrag aus. Da die Leistung auf den Monat und nicht auf den Tag bezogen ist, wird bei der geförderten Pflegezusatzversicherung allerdings von einem Monatsgeld gesprochen.

Der Gesetzgeber hat Mindestleistungen vorgeschrieben, die ein Tarif bieten muss, um förderfähig zu sein. Die Versicherungsunternehmen können in ihren Tarifen auch bessere Leistungen vorsehen, dürfen dabei aber die Höhe der bei Vertragsabschluss geltenden Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht überschreiten. So zahlen viele Unternehmen höhere Prozentsätze in den Pflegestufen I und II, z. B. 30 und 60 Prozent. Einige erhöhen auch die Leistung in Pflegestufe 0 auf 20 Prozent.

*Keine Gesundheitsprüfung*

## **Gesetzlich festgelegte Mindestleistungen der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung**

Für alle Pflegestufen von I bis III wird ein Monatsgeld gezahlt, ebenso bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, wenn keine Pflegestufe erreicht wird (Pflegestufe 0).

Das Monatsgeld beträgt in

- Pflegestufe III mindestens 600 Euro
- Pflegestufe II mindestens 30 Prozent der Leistungen in Pflegestufe III
- Pflegestufe I mindestens 20 Prozent der Leistungen in Pflegestufe III
- Pflegestufe 0 mindestens 10 Prozent der Leistungen in Pflegestufe III.

Ein Anspruch auf die vereinbarten Leistungen besteht nach einer Wartezeit von maximal fünf Jahren nach Vertragsschluss.

Zudem gilt: Wer in jungen Jahren eine geförderte Pflegezusatzversicherung abschließt, erhält mehr als 600 Euro in Pflegestufe III. Entsprechend höher sind dann auch die Monatsgelder für die übrigen Pflegestufen. Der Grund für die höhere Leistung ist der Mindestbeitrag von 10 Euro. Für die gesetzlich festgelegte Mindestleistung von 600 Euro müssten die Versicherungsunternehmen bei jüngeren Versicherten eigentlich einen niedrigeren Beitrag verlangen. Da dies aber nicht erlaubt ist, sind die Leistungen entsprechend höher. Das macht sich je nach Tarif bis zu einem Eintrittsalter von 35 bis 40 Jahren bemerkbar. Dadurch lohnt sich der Abschluss einer staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung in jungen Jahren umso mehr.

Darüber hinaus sehen manche Versicherer eine Dynamisierung der Versicherungsleistungen vor, um die Inflation auszugleichen. Die Wartezeit entfällt bei den meisten Tarifangeboten, wenn ein Unfall die Pflegebedürftigkeit auslöst.

Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung mildert die finanzielle Belastung im Pflegefall, aber auch sie

Geförderte Verträge können bis zu drei Jahre beitragsfrei ruhen, wenn der Versicherte Grundsicherung oder Sozialhilfe erhält.

deckt nicht zwingend alle Kosten. Wer mit Pflegestufe III auf stationäre Pflege angewiesen ist, müsste heute trotz Leistungen aus der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung noch gut 1.000 Euro aus der eigenen Tasche zahlen. Eine weitere Pflegezusatzversicherung kann hier Abhilfe schaffen. Viele Unternehmen bieten deshalb auch Tarife an, die genau auf die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung abgestimmt sind. Eine solche Kombination aus geförderter und nicht geförderter Pflegezusatzversicherung bedeutet häufig nicht einfach nur höhere Leistungen. Der Versicherte kann z. B. davon profitieren, dass es für ihn keine Wartezeit mehr gibt. Oder er kann ein Tagegeld nur für die Pflegestufen abschließen, die aus seiner Sicht bei der geförderten Pflegezusatzversicherung nicht ausreichend berücksichtigt werden.

### Die Pflegekostenversicherung

Bei der Pflegekostenversicherung erstattet der Versicherer die nachgewiesenen Kosten im vereinbarten Umfang. Voraussetzung ist, dass die Pflegepflichtversicherung bereits geleistet hat und Beihilfe- und Heilfürsorgeansprüche angerechnet wurden. Es gibt zwei Varianten der Kostenerstattung:

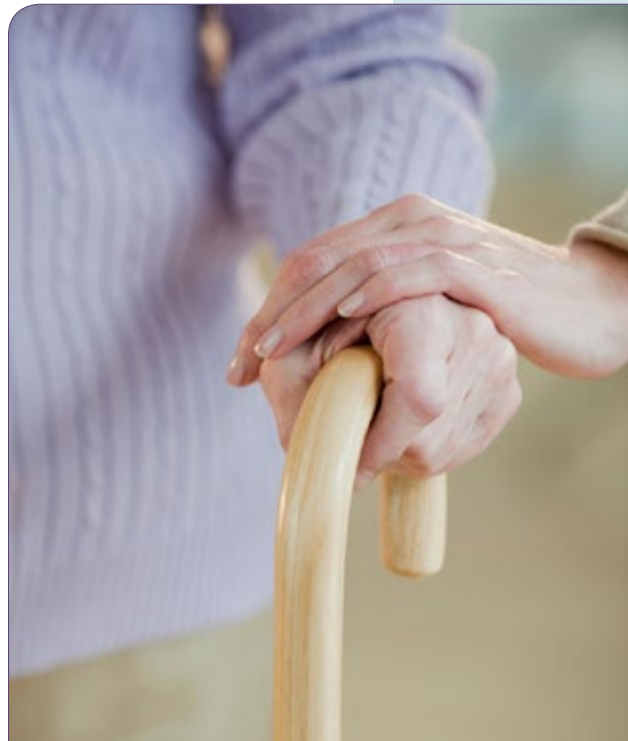
1. Ausgangspunkt ist die Leistung der Pflegepflichtversicherung: Die Pflegezusatzversicherung stockt die Leistungen der Pflichtversicherung je nach Tarifstufe um 10 bis 200 Prozent auf. Wer eine Tarifstufe mit 50 Prozent Erstattung wählt, erhält also z. B. in Pflegestufe II bei ambulanter Pflege zusätzlich zur Leistung aus der Pflichtversicherung von 1.100 Euro noch 550 Euro erstattet. Sind die tatsächlichen Kosten niedriger, wird der Erstattungsbetrag entsprechend gekürzt.
2. Ausgangspunkt sind die tatsächlichen Kosten: Entweder erstattet die Zusatzversicherung einen Betrag, der zusammen mit der Leistung der Pflichtversicherung einen bestimmten Prozentsatz der tatsächlichen Kosten abdeckt, oder aber die Restkosten (unter Berücksichtigung der Pflegepflichtversicherung). In beiden Fällen ist die Erstattung auf einen vertraglich festgelegten Höchstbetrag begrenzt.

Wie umfassend der Versicherungsschutz ist, hängt vom Tarif ab. In der Regel umfasst er folgende Leistungen:

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

Darüber hinaus erbringen einzelne Versicherer die folgenden Leistungen:

- Unterbringung und Verpflegung in einer stationären Pflegeeinrichtung sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen
- Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.



## Die Pflegerentenversicherung

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

Weitere Informationen zur Pflegerentenversicherung bietet der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV), Wilhelmstraße 43 / 43 G, 10117 Berlin, [www.gdv.de](http://www.gdv.de).

## Der Versicherungsbeitrag

Der Beitrag für die private Pflegezusatzversicherung wird ebenso wie der für die private Krankenversicherung berechnet: risikoadäquat und kapitalgedeckt. Entscheidend für die Beitragshöhe sind deshalb das Alter bei Versicherungsbeginn, der Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss (Ausnahme: die geförderte Pflegezusatzversicherung) sowie der gewählte Leistungsumfang. Anhand von Statistiken über die durchschnittliche Lebenserwartung und die Dauer und Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit berechnen die Versicherungsunternehmen den individuellen Beitrag des Versicherten. Verändert sich die durchschnittliche Lebenserwartung oder weichen die kalkulierten Kosten von den tatsächlichen Kosten nachweisbar und dauerhaft ab, müssen die Versicherer die Beiträge anpassen – sprich: erhöhen oder senken.

Auf welche Weise die Beiträge zu kalkulieren sind und wie sie angepasst werden dürfen oder müssen, ist insbesondere im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und der Kalkulationsverordnung festgelegt.

### Beitragsfreiheit bei Pflegebedürftigkeit

Im Pflegefall noch die Kosten für eine Versicherung aufzubringen, kann zur finanziellen Belastung werden. Deshalb müssen die Versicherten in einigen Tarifen keine Beiträge mehr zahlen, wenn sie pflegebedürftig sind. Wer eine Pflegegeldversicherung ohne eine solche Regelung wählt, sollte das Tagesgeld gegebenenfalls entsprechend höher ansetzen.



Zudem muss stets ein unabhängiger Treuhänder zustimmen. Die Aufsicht liegt bei der BaFin, der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Bei der geförderten Pflegezusatzversicherung kontrolliert außerdem das Bundesministerium für Gesundheit die Versicherungsbedingungen.

## Die staatliche Unterstützung für die Pflegezusatzversicherung

Neben der 5-Euro-Zulage für eine geförderte Pflegezusatzversicherung gibt es noch eine weitere Form der staatlichen Unterstützung: Die Beiträge für eine Pflegezusatzversicherung werden bei der Steuer berücksichtigt. Sie sind als Vorsorgeaufwendungen im Rahmen der steuerlichen Höchstbeträge abzugsfähig und mindern so die Steuerlast des Versicherten. Diese Regelung gilt seit 2005. Zuvor konnten die Versicherten ihre Beiträge in der Steuererklärung bis zu einer Höhe von 184 Euro gesondert geltend machen. Das zu versteuernde Einkommen wurde dann entsprechend gemindert. Diese alte Regelung wird vom Finanzamt bis 2019 automatisch angewendet, wenn sie für den Steuerpflichtigen günstiger ist.

*§ 10 Abs. 1 Nr. 3 a  
und Abs. 4 Einkommensteuergesetz  
(EStG)*



## Weitere Informationen

zur privaten Pflegezusatzversicherung und zur Pflegepflichtversicherung finden Sie auf [www.pkv.de](http://www.pkv.de) in folgenden Broschüren:

- Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV)
- Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV)
- Private Pflegepflichtversicherung - Sicherheit im Pflegefall
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV)



## Weil Sie später keinem auf der Tasche liegen wollen. Die Pflege-Zusatzversicherung.

Wenn im Pflegefall Kosten von mehreren Tausend Euro im Monat zusammenkommen, reicht die gesetzliche Pflegeversicherung nicht aus. Letztlich müssen unsere Kinder für unsere Pflege aufkommen. Gut, dass der Staat jetzt die zusätzliche private Pflegevorsorge fördert. Sie hilft jung und Alt. Erfahren Sie mehr unter [www.pkv.de](http://www.pkv.de)

 **PKV**  
Verband der Privaten  
Krankenversicherung



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

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

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

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)