

PKV-Info



Die Private Pflegezusatzversicherung



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Die Private Pflegezusatzversicherung

Inhalt

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung	2
Die Kosten für die Pflege	5
Die passende Ergänzung: Die Pflegezusatzversicherung	6
Die Pflegetagegeldversicherung	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

Stand: Januar 2015
Bestell-Nr. 11-010215-06

Bildnachweis: Ute Grabowsky/photothek;
gettyimages: Simon Potter, Tetra Images



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. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit geht es um die Frage, bei welchen Verrichtungen wie Ankleiden und 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 (zum Beispiel 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 Angehörige ist nochmals deutlich niedriger.

Darüber hinaus gibt es folgende zusätzliche Leistungen:

- Für qualitätsgesicherte Betreuungs- und Entlastungsleistungen zahlt die Pflegeversicherung monatlich 104 Euro, bei erhöhtem Betreuungsbedarf 208 Euro.
- Ist die übliche Pflege zu Hause vorübergehend nicht möglich, können Versicherte Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege beantragen.

Leistungen der Pflegepflichtversicherung pro Monat

ambulante Pflege	Pflegegeld für die Betreuung durch Pflegepersonen¹	maximale Kostenerstattung bei häuslicher Pflegehilfe
Pflegestufe 0 erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	123 Euro	231 Euro
Pflegestufe I bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	244 Euro 316 Euro	468 Euro 689 Euro
Pflegestufe II bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	458 Euro 545 Euro	1.144 Euro 1.298 Euro
Pflegestufe III in Einzelfällen bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand	728 Euro	1.612 Euro 1.995 Euro

1 zum Beispiel Angehörige oder Bekannte

teilstationäre und stationäre Pflege	maximale Kostenerstattung bei teilstationärer Pflege	maximale Kostenerstattung bei stationärer Pflege
Pflegestufe 0 erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	231 Euro	
Pflegestufe I bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	468 Euro 689 Euro	1.064 Euro
Pflegestufe II bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	1.144 Euro 1.298 Euro	1.330 Euro
Pflegestufe III in Einzelfällen bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand	1.612 Euro	1.612 Euro 1.995 Euro

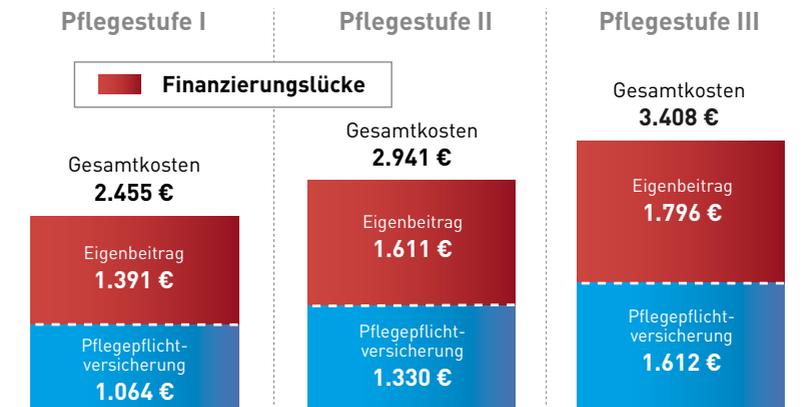
- Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes von bis zu 4.000 Euro sollen ermöglichen, dass Pflegebedürftige weiterhin in ihrer eigenen Wohnung leben können (beispielsweise durch eine barrierefreie Dusche).
- Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ werden Wohngruppen besonders gefördert, in denen mehrere Pflege- oder Betreuungsbedürftige zusammen wohnen und gemeinsam ihre Pflege organisieren. Bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe erhält jeder Bewohner mit Pflege- oder Betreuungsbedarf einmalig 2.500 Euro und monatlich eine Pauschale von 205 Euro.

Die Kosten für die Pflege

Wie teuer die Pflege ist, hängt auch von der Art der Betreuung ab. Deshalb sind die Leistungen der Pflegepflichtversicherung daran gekoppelt. Die günstigste Alternative ist die Pflege zu Hause durch einen Angehörigen – allerdings nur, wenn der Pflegendе keine hohen Verdienstaufälle hinnehmen muss. Am

Lücken der Pflegepflichtversicherung

durchschnittliche Kosten für vollstationäre Pflege¹ und Leistungen der Pflegepflichtversicherung ab 2015



¹ Pflegesatz, Unterkunft und Verpflegung sowie Kosten für Zweibettzimmer.

Quelle: PKV-Datenbank (Stand Dez. 2014)

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.

Wer auf stationäre Pflege angewiesen ist, muss 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 aber 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 und in welchem Umfang der Versicherte Leistungen erhält, hängt vom gewählten Tarif ab. Auch die sogenannte Pflegestufe 0 ist bei den meisten Unternehmen versicherbar. Um Leistungen aus der Pflegezusatzversicherung zu erhalten, muss der Versicherte pflegebedürftig oder erheblich in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt sein. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einer Pflegestufe erfolgt in Anlehnung an die Pflegepflichtversicherung. In der Re-

gel genügt den Versicherungsunternehmen die medizinische Beurteilung der Pflegepflichtversicherung als Nachweis. Diese Beurteilung übernimmt für die Soziale Pflegeversicherung der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), für die Private Pflegepflichtversicherung die MEDICPROOF GmbH. Der Versicherte kann aber auch auf andere Ärzte und Verfahren zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit zurückgreifen.

Bei Abschluss einer Pflegezusatzversicherung gilt in der Regel eine Wartezeit von drei Jahren, bevor der Versicherte Leistungen in Anspruch nehmen kann. Viele Versicherte 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 Dienstleis-

Wartezeit

*Pflegebedürftigkeit
im Ausland*

Dienstleistungen



tungen, sogenannter Assistance-Leistungen, ist unterschiedlich. Die Versicherungen bieten unter anderem Hilfe bei der Suche eines Pflegedienstes, einer stationären Pflegeeinrichtung, eines Fahrdienstes oder einer Reinigungskraft 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.

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 der Versicherte in den Pflegestufen 0, I und II einen prozentualen Anteil bekommt. Die Angebote der Versicherer variieren von 10 bis 40 Prozent für Pflegestufe 0, 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 20 Prozent in Pflegestufe 0, 30 Prozent in Pflegestufe I und 65 Prozent in Pflegestufe II. Hat er für Pflegestufe III ein Pflegetagegeld von 80 Euro abgeschlossen, erhält er in Pflegestufe 0 16 Euro, in Pflegestufe I 24 Euro und in Pflegestufe II 52 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. Auch für Pflegestufe 0 bieten einige Versicherer ein frei wählbares Tagegeld an, das meistens auf einen Betrag von 20 bis 50 Euro pro Tag begrenzt ist.

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, beispielsweise 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 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, etwa zu Beginn eines in den Vertragsbedingungen genannten Versicherungsjahres oder bei Erreichen eines bestimmten Alters. 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. Die Erhöhungen sind zudem nicht verpflichtend, die Versicherten können widersprechen.

Sonderzahlungen

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.

Anspruch auf Förderung hat jeder, der

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

Nach oben gibt es keine Altersgrenze.

Wer die Voraussetzungen für die Förderung erfüllt, hat einen Anspruch auf Aufnahme und darf nicht abgelehnt werden. Etwasige Vorerkrankungen dürfen für den Vertragsabschluss nicht abgefragt werden und haben daher keinen Einfluss auf den Versicherungsumfang und die Beitragshöhe. Dies bedeutet, dass Menschen, die aufgrund von Erkrankungen keine sonstige Pflegezusatzversicherung abschließen können, von dieser Vorsorgemöglichkeit besonders profitieren.

Die geförderte Pflegezusatzversicherung ist eine Tagegeldversicherung, 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, zum Beispiel 30 und 60 Prozent. Einige erhöhen auch die Leistung in Pflegestufe 0 auf 20 Prozent.

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.

Wer in jungen Jahren eine geförderte Pflegezusatzversicherung abschließt, erhält mehr als 600 Euro in Pflegestufe III. Entsprechend höher sind 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.

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

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 verursacht.

Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung mildert die finanzielle Belastung im Pflegefall, aber auch sie 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 Tarife an, die genau auf die geförderte Pflegezusatzversicherung abgestimmt sind. Eine solche Kombination aus geförderter und nicht geförderter Pflegezusatzversicherung bedeutet häufig nicht nur höhere Leistungen. Der Versicherte kann auch 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 in Pflegestufe II bei ambulanter Pflege zusätzlich zur Leistung aus der Pflichtversicherung von 1.144 Euro noch 572 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, zum Beispiel Angehörige; in diesem Fall erhält der Versicherte ein Pflegegeld, da keine Kosten entstehen, die erstattet werden könnten
- ärztlich verordnete Pflegehilfsmittel wie Krankenfahrstühle
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, beispielsweise 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, zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt
- Verhinderungspflege; eine Ersatzpflegekraft übernimmt für bis zu sechs Wochen im Jahr die Aufgaben einer ehrenamtlichen Pflegeperson, etwa während deren Urlaubs.

Darüber hinaus zahlen einzelne Versicherer für:

- Unterkunft 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.

Der Versicherungsbeitrag

Der Beitrag für die Pflegezusatzversicherung wird unter Berücksichtigung des individuellen Risikos kalkuliert. Entscheidend für die Beitragshöhe sind deshalb das Alter bei Versicherungsbeginn, der Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss (Ausnahme: die geförderte Pflegezusatzversicherung) sowie der gewählte Leistungsumfang. Die rechtlichen Grundlagen für die Beitragsberechnung sind insbesondere das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und die Kalkulationsverordnung.

Der Beitrag ist über die gesamte Laufzeit der Versicherung zu leisten. Damit der Versicherte auch im Falle einer Pflegebedürftigkeit dazu in der Lage ist, sollte er möglichst den Beitrag bei der Festlegung der Versicherungshöhe berücksichtigen. Wer vermeiden will, sich als Pflegebedürftiger noch um seinen Versicherungsbeitrag kümmern zu müssen, hat allerdings eine Alternative: Einige Versicherungsunternehmen bieten Tarife mit Beitragsfreiheit bei Pflegebedürftigkeit an.

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 in folgenden Broschüren:

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

Darüber hinaus informieren unsere Internetseiten



rund um das Thema Pflege.



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

 **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

Glinkastraße 40 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 66 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de