

Absicherung von nachgewiesenen Restkosten: **Pflegekostentarife**

Anbieter: Arag – Axa – Continentale – DKV – Gothaer – Hallesche – LKH (PEV) – Mannheimer – Stuttgarter (AktivPflege)**

von Stephan Witte

In aller Regel zahlen Pflegekostenversicherungen nach Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung bis zu einer bestimmten Höhe (absolut oder prozentual) die verbliebenen Pflegekosten.

Entfällt die Vorleistung von Pflegekosten seitens der Pflichtversicherer, so betrifft dies naturgemäß fast immer auch die tarifliche Leistung. Anders als bei den üblichen Pflegetagegeld- und Pflegerentenversicherungen sind die konkreten Kosten vom Versicherten nachzuweisen.

Die meisten Pflegekostentarife leisten auch die Kostenübernahme für Maßnahmen zur pflegegerechten Umgestaltung des Wohnumfeldes, für Pflegehilfsmittel (z.B. Einlagen und Einweghandschuhe) sowie technische Hilfsmittel (z.B. Treppen) oder Wannentelpe) im jeweiligen tariflichen Rahmen.

Laienpflege eingeschlossen

Prinzipiell leisten alle aktuellen Pflegekostentarife auch bei Laienpflege, etwa durch die Tochter oder den Sohn der versicherten Person.

Praktisch sind die Leistungen in Anlehnung an die gesetzliche Pflegepflichtversicherung dann jedoch eher eingeschränkt.

Die vollen Versicherungsleistungen sehen die verschiedenen Wettbewerber bei vollstationärer Unterbringung und Pflege durch professionelle Pflegekräfte vor. Mitunter wird auch zwischen ambulanter, teilstationärer und

vollstationärer Pflege unterschieden. Wem in erster Linie an häuslicher Pflege durch Angehörige liegt, sollte von der Wahl einer Pflegekostenversicherung Abstand nehmen und über eine Pflegerenten- oder Pflegetagegeldversicherung nachdenken.

Unterschiedliche Erstattungspraxis

Eine echte Vergleichbarkeit der Tarife wird durch die teilweise stark unterschiedliche Erstattungspraxis sehr erschwert.

Ausschlussbestimmungen und Obliegenheiten

Wie alle Versicherungstarife sehen auch Pflegekostentarife umfangreiche Ausschlussbestimmungen und Obliegenheiten vor. Vielfach wird etwa die Pflegebedürftigkeit durch Sucht ausgeschlossen, generell verständlicherweise die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalls. Vielfach besteht der Versicherungsschutz nur, wenn er in Deutschland eingetreten ist.

Meldefristen

Der Leistungsfall ist je nach Versicherer mehr oder weniger schnell zu melden, z.B. innerhalb von 3 Monaten bei der Halleschen, aber nur innerhalb von 30 Tagen bei der DKV. Keine Frist wird von der Gothaer sowie der Mannheimer gesetzt. Auch bei der LKH gilt eine Frist von einem Monat. Erfolgt die Meldung verspätet, wird erst ab dem entsprechenden Monat geleistet.

Private Pflegekostenversicherungen leisten im Fall einer langfristigen Pflegesituation. In der Regel wird die Pflegekostenversicherung als Restkostentarif von Unternehmen der privaten Krankenversicherung angeboten. Da die privaten Krankenversicherer Alterungsrückstellungen einkalkulieren, ist eine zwischenzeitliche Beitragsunterbrechung wegen finanzieller Engpässe nicht möglich. Bei Kündigung gehen die bis dahin aufgebauten Alterungsrückstellungen und Beiträge ersatzlos verloren. Dafür sind Pflegekostenversicherungen natürlich auch deutlich preiswerter als die Angebote aus der Lebensversicherungswelt. Eine echte Weiterentwicklung dieser Tarifwelt während der letzten Jahre hat aber nicht stattgefunden, da sich die Versicherer auf das für den Kunden flexibel verwendbare Pflegetagegeld konzentriert haben.

Nachweise

Pflegekostenversicherer verlangen, dass dem Versicherer der Abschluss eines weiteren oder die Erhöhung eines bereits bestehenden Pflegekostentarifs anzuzeigen ist. Damit verbunden ist ein Vetorecht des Versicherers wegen des gegebenenfalls zu hohen subjektiven Risikos.

Grundsätzlich besteht auch bei allen Anbietern das Recht auf Nachprüfung

einer noch immer bestehenden Pflegebedürftigkeit in bestimmten zeitlichen Abständen sowie die Verpflichtung, den Wegfall der Pflegebedürftigkeit aktiv anzuzeigen.

**Zwischen den Welten:
die Pflegekostenversicherung
der Landeskrankenhilfe (LKH)**

Der Pflegekostentarif PEV der LKH stellt ein Bindeglied zwischen Pflegegeld- und Pflegekostenversicherung dar. Auf Grundlage der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erhöhen sich die Leistungen um 20% (PEV 20) bis 200% (PEV 200). Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass Leistungen bei Demenz dann erbracht werden, wenn auch aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflicht Leistungen resultieren. Damit erspart sich die LKH eine eigenständige Prüfung, da der Entscheid von MDK bzw. MedicProof einzige Bewilligungsgrundlage ist. Wie es sonst für Pflegegeldtarife üblich ist, steht das Geld aus dem Tarif PEV frei verfügbar, statt wie bei Pflegekostenversicherungen zweckgebunden eingesetzt werden zu müssen.

Kein Erhöhungspotenzial

Da die gesetzliche Leistung bei häuslicher Pflege durch Angehörige nur ein

geringeres Pflegegeld vorsieht, gilt analog eine reduzierte Leistung auch für den PEV. Ohne Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung würden auch Versicherte der LKH leer ausgehen.

Eine reine Änderung der gesetzlichen Leistungen würde jedoch lediglich zu einer Prämienmodifikation führen: „Werden die Leistungen oder Beiträge der privaten Pflegepflichtversicherung geändert, so werden die Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.“

Inflation zehrt an der Leistung

Wenig vorteilhaft ist, dass keine Erhöhung der privaten Pflegeleistungen erfolgt, wenn von staatlicher Seite keine Erhöhungen oder sogar Kürzungen vorgenommen werden. So erfolgte etwa für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung von 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 Inflationausgleich kann hier also nicht gesprochen werden.

Technische Hilfsmittel: Nein

Anders als in der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung ersetzt die LKH nicht die Kosten für technische Hilfsmittel (z.B. verstellbare Pflegebetten), wie es sonst üblich ist. Der Tarif PEV sieht eine Wartezeit von 3 Jahren vor.

Pflege in Deutschland

Der Versicherungsschutz nach § 1 Nr. 12 bezieht sich ausschließlich auf Pflege in Deutschland.

Der Versicherungsschutz entfällt nach § 2 Nr. 1c), „solange sich versicherte Personen in Staaten aufhalten, die nicht Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden“.

* Kein klassisches Pflegekosten-Tarifmodell

www.finanzarchiv.com

Know-how: Fonds | ETFs | Honorarberatung | Versicherungen

Alte Infos auffrischen. Dateien für Ihre Kunden **kostenfrei** downloaden.

