



DEUTSCHE
FAMILIEN
VERSICHERUNG

DeutschlandPflege FLEX



- ✓ Über 10 Jahre Spezialisierung
- ✓ Unabhängige & kompetente Beratung
- ✓ Mit Bestpreis-Garantie!

Versicherungsmakler Experten GmbH
Maximilian und Sandra Waizmann
Feursstr. 56 (RGB)
82140 Olching

Tel: 08142 - 651 39 28
Fax: 08142 - 651 39 29

Liebe Interessenten,

auf den folgenden Seiten haben wir für Sie einige Informationen rund um das Thema Pflegezusatzversicherung zusammengestellt. Zusätzlich finden Sie auch eine ausführliche Leistungsbeschreibung des gewünschten Tarifes. Bitte bewahren Sie diese Unterlagen gut auf, damit sie später griffbereit sind.

Informationen zum gewünschten Tarif

Ausführliche Leistungsbeschreibung Seite 1-4

Allgemeine Informationen zum Thema Pflegeversicherung

Übersicht: gesetzliche Leistungen ab 2017 Seite 5
Versorgungslücke im Pflegefall: professionelle Pflege Seite 5-6
Versorgungslücke im Pflegefall: Laienpflege Seite 7
Ehepaare sollten sich gegenseitig absichern Seite 7-8
„Kinder haften für Ihre Eltern“ - wer muss für Pflegekosten zahlen Seite 8
Definition: Pflegegrad 1 bis 5 ab 2017 Seite 9-10

Informationen zum Thema Pflegezusatzversicherung – Allgemein

Checkliste Pflegezusatzversicherung – darauf sollten Sie achten Seite 11
Pflegezusatzversicherung: Gesundheitsprüfung & Vorerkrankungen Seite 12
Lohnt sich der staatlich geförderte „Pflege-Bahr“? Seite 13

Wir hoffen, dass alle Ihre Fragen in unserer Broschüre verständlich beantwortet werden. Sollte jetzt oder auch später im Leistungsfall weiterer Beratungsbedarf bestehen, dürfen Sie uns natürlich jederzeit via E-Mail oder Telefon kontaktieren.

Wir beraten Sie gerne - rufen Sie einfach an: 08142 – 651 39 28

✓ **unsere Bestpreisgarantie**

Unsere Beratung & Betreuung kostet Sie nichts und Sie bezahlen denselben Beitrag wie wenn Sie die Versicherung direkt beim Anbieter abschließen würden! Durch unsere Dienstleistung entstehen Ihnen keinerlei zusätzliche Kosten!

✓ **Kostenlose Expertenberatung**

Wir beschäftigen uns seit vielen Jahren ausschließlich mit dem Thema Krankenzusatzversicherungen. Sie erhalten von uns Beratung auf qualitativ höchstem Niveau.

✓ **100% Unabhängigkeit**

Als Versicherungsmakler sind wir absolut unabhängig von den Interessen einzelner Versicherungsgesellschaften – wir vergleichen den gesamten Markt für Pflegezusatzversicherungen, um Ihnen die passenden Lösungen zu empfehlen.

I. Einleitung

Diese FAQ liefern Ihnen einen umfassenden Überblick über die Erstattungsleistungen der gewählten Pflegeversicherung. Die Leistungsaussagen sind so formuliert und erläutert, dass sie auch für einen Laien verständlich sind. Alle Leistungen sind genauestens von uns recherchiert und bei der jeweiligen Leistungsabteilung hinterfragt worden. Es kann jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit und Aktualität übernommen werden, da es sich teilweise um Aussagen aus der Leistungspraxis handelt. Rechtlich bindend sind ausschließlich die allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem Vertrag zugrunde liegen!

II. Höhe des vereinbarten Pflegetagegeldes

Die DFV DeutschlandPflege FLEX ist eine absolut flexible Pflegetagegeldversicherung. Sie können hier fast vollkommen frei über die Leistungshöhe bestimmen. Im Gegensatz zu anderen Anbietern sind die einzelnen Leistungsstufen nicht voneinander abhängig. Die Werte sind lediglich in den einzelnen Pflegegraden auf ein Maximum beschränkt (siehe unten)

1. Pflegetagegeld bei ambulanter Pflege

Unter „ambulanter“ Pflege versteht man die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Personen.

Leistungshöhe bei ambulanter Pflege	
Pflegegrad 1	Flexibel – max. 600 €
Pflegegrad 2	Flexibel – max. 1.350 €
Pflegegrad 3	Flexibel – max. 2.250 €
Pflegegrad 4	Flexibel – max. 3.000 €
Pflegegrad 5	Flexibel – max. 3.750 €

2. Pflegetagegeld bei teilstationärer Pflege

Unter „teilstationärer“ Pflege versteht man die Versorgung von pflegebedürftigen Personen teilweise ambulant zu Hause und teilweise in einer stationären Einrichtung. Anwendung findet sie z.B. wenn die reguläre Pflegeperson krankheits- oder urlaubsbedingt ausfällt (z.B. auch die sog. „Tages-“ oder „Nachtpflege“).

Teilstationäre Pflege < 12 Stunden täglich

Wird die pflegebedürftige Person weniger als 12 Stunden täglich in einer stationären Einrichtung gepflegt, wird bei der DFV DeutschlandPflege die Leistung für ambulante Pflege ausbezahlt (siehe Punkt 1.).

Teilstationäre Pflege > 12 Stunden täglich

Wird die pflegebedürftige Person mindestens 1 x täglich für mindestens 12 Stunden in einer stationären Einrichtung untergebracht und gepflegt, wird die Leistung für stationäre Pflege ausbezahlt (siehe Punkt 3.)

3. Pflegetagegeld bei vollstationärer Pflege

Unter vollstationärer Pflege versteht man die dauerhafte Unterbringung und Betreuung der pflegebedürftigen Person in einer professionellen Pflegeeinrichtung (Pflegeheim).

Leistungshöhe bei vollstationärer Pflege	
Pflegegrad 1	Flexibel – max. 3.750 €
Pflegegrad 2	Flexibel – max. 3.750 €
Pflegegrad 3	Flexibel – max. 3.750 €
Pflegegrad 4	Flexibel – max. 3.750 €
Pflegegrad 5	Flexibel – max. 3.750 €

Allgemeiner Hinweis zum Thema Demenzerkrankung:

Mit Umsetzung der Pflegereform 2017 (Pflegerstärkungsgesetz II) werden künftig Menschen mit geistigen Einschränkungen (z.B. Demenzerkrankung) mit körperlich eingeschränkten Menschen gleichgestellt. Sofern eine demenzkranke Person im Sinne des Sozialgesetzbuches „pflegebedürftig“ bzw. in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt ist, besteht auch Anspruch auf Leistungen des entsprechenden Pflegegrades – das kann durchaus zu einer Einstufung in einen der höheren Pflegegrade führen (im Gegensatz zu „früher“, wo man mit Demenzerkrankung maximal in die Pflegestufe 0 eingestuft werden konnte).

III. Allgemeine Tarifaussagen und Besonderheiten

1. Beitragsfreistellung im Pflegefall

Die versicherte Person wird von der Beitragszahlung freigestellt, sobald eine Einstufung in den

Pflegegrad 1

festgestellt wird.

2. Einmalzahlungen bei Eintritt Pflegebedürftigkeit

Eine Einmalzahlung (zusätzlich zum festgelegten Tagegeld) kann optional gegen Mehrbeitrag mit versichert werden:

Einmalleistung bei Ein- und Höherstufung in einen versicherten Pflegegrad

→ der Versicherte kann optional zwischen 1.000 und 4.000 € zusätzliche Leistung versichern – diese wird dann (sofern versichert) bei erstmaliger Einstufung in einen (versicherten) Pflegegrad, sowie bei jeder Höherstufung in einen (versicherten) Pflegegrad ausbezahlt

Einmalleistung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

→ der Versicherte kann optional zwischen 1.000 und 40.000 € zusätzliche Leistung versichern – diese wird einmalig ausbezahlt, sofern die versicherte Person unfallbedingt erstmalig in einen (versicherten) Pflegegrad eingestuft wird.

3. Anfängliche Wartezeiten

Es besteht keine anfängliche Wartezeit!

4. Höchstaufnahmealter

Der Tarif ist maximal bis zu einem Alter von 75 Jahren abschließbar.

5. Leistung für häusliche Pflege durch „Laien“

Die Leistung bei ambulanter Pflege wird auch dann vollständig ausbezahlt, wenn die Pflege nicht durch einen professionellen Pflegedienst durchgeführt wird, sondern durch „Laien“ (z.B. Angehörige oder Menschen mit einer in Deutschland nicht anerkannten Fachausbildung).

6. Einfacher Nachweis der Pflegebedürftigkeit

Der Versicherer akzeptiert als Nachweis der Pflegebedürftigkeit die Überprüfung des medizinischen Dienstes, der die Einstufung für die gesetzliche Pflegeversicherung vornimmt.

Stellt der medizinische Dienst einen Pflegegrad 1-5 fest, erhalten Sie das vereinbarte Pflegetageld, ohne dass ein weiterer Nachweis (z.B. mittels ärztlicher Untersuchung o.Ä.) über die Pflegebedürftigkeit verlangt wird.

7. Erfolgt eine Leistung europaweit

Ja, die Leistung erfolgt sogar weltweit ohne Einschränkungen auf bestimmte Länder / Staaten.

8. Dynamik-Option – automatische Leistungserhöhung ohne Gesundheitsprüfung

Die DFV bietet optional für alle Versicherten eine dynamische Leistungserhöhung von 5% alle 3 Jahre an (hierbei wird das Pflegemonatsgeld auf volle Euro aufgerundet). Die Versicherungsdynamik kann maximal bis zur Verdopplung des erstmalig für den höchsten Pflegegrad versicherten Pflegemonatsgeldes in Anspruch genommen werden (Erhöhungen aus anderen Nachversicherungsoptionen werden ebenfalls mit berücksichtigt).

Die dynamische Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung endet mit dem 60. Lebensjahr. Darüber hinaus ist eine Teilnahme an der dynamischen Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung nur möglich, wenn die versicherte Person an den drei unmittelbar vor Vollendung des 60. Lebensjahres vorausgegangenen Versicherungsdynamiken teilgenommen hat. Die dynamische Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung endet, sobald die versicherte Person einen Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Pflegeversicherung hat.

Der Versicherte hat die Möglichkeit, jeder dynamischen Erhöhung zu widersprechen!

Widerspricht der Versicherungsnehmer der dynamischen Erhöhung drei mal unmittelbar hintereinander, erlischt das Recht auf Dynamik ohne Gesundheitsprüfung für die weitere Vertragslaufzeit. Wenn der Anspruch auf Dynamik durch mehrmaligen Widerspruch erloschen ist, besteht die Möglichkeit durch eine erneute Risikoprüfung eine Wiederaufnahme der Dynamik-Regelung bei der Allianz zu beantragen (dem wird seitens der Allianz natürlich nur bei unverändert gutem Gesundheitszustand stattgegeben).

Dynamisierung im Leistungsfall – optional versicherbar:

Gegen Zahlung eines zusätzlichen Beitrages lässt sich optional eine Dynamisierung im Leistungsfall (sogenannte Passiv-Dynamik) mit versichern. Der zusätzliche Beitrag wird individuell anhand Eintrittsalter und konkreter Leistungskonstellation berechnet – im Normfall erhöht sich der Beitrag dadurch um ca. 10 bis 20%. Sofern die Dynamik im Leistungsfall vereinbart wird, erhöht die DFV die Leistungen nach Eintritt des Versicherungsfalles **alle 3 Jahre um 10%**.

Hinweis: Die Dynamisierung ist ein vertragliches Recht (keine Verpflichtung!), welches Sie als Versicherungsnehmer besitzen. Die Dynamik-Option soll Ihnen die Möglichkeit geben, die zu erwartende Inflation auszugleichen – Pflege ist ein Risiko, was die meisten Menschen statistisch erst im höheren Alter betrifft. Je nachdem, zu welchem Zeitpunkt Sie die Pflegezusatzversicherung abschließen können bis zum Eintritt des Leistungsfalles viele Jahre vergehen – ob die heute festgelegte Leistung dann noch ausreicht, ist unklar – optimalerweise sollten Sie daher versuchen, die Dynamisierung regelmäßig in Anspruch zu nehmen.

9. Mindestvertragsdauer und Kündigungsmodalitäten

Es besteht keine anfängliche Mindestvertragslaufzeit.

Der Vertrag kann vom Versicherungsnehmer ohne Einhaltung einer Frist täglich gekündigt werden!

10. Besonderheiten des Tarifes

Nachversicherungsoption bei Eintritt verschiedener Ereignisse

Die DFV bietet bei verschiedenen Ereignissen die Möglichkeit, die versicherte Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung um bis zu 30% zu erhöhen.

Eine Erhöhung ist möglich:

- innerhalb von 5 Jahren nach Abschluss der Versicherung (maximal bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person)
- innerhalb von 6 Monaten nach dem Tod eines leiblichen oder adoptierten Kindes
- innerhalb von 6 Monaten nach dem Tod des Ehepartners der versicherten Person
- innerhalb von 6 Monaten nach einer Scheidung
- innerhalb von 6 Monaten nach dem Umzug in ein anderes Bundesland innerhalb der BRD aufgrund eines beruflichen Wechsels der versicherten Person bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres

Die Option kann nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit genutzt werden. Die Leistung kann maximal bis zur Verdopplung des erstmalig für den höchsten Pflegegrad vereinbarten Pflegemonatsgeldes in Anspruch genommen werden (Erhöhungen aus der Dynamisierung ohne Gesundheitsprüfung werden ebenfalls berücksichtigt!).

Übersicht: gesetzliche Leistungen ab 2017

Die Pflegebedürftigkeit bemisst sich künftig nicht mehr nach Pflegestufen, sondern nach 5 verschiedenen Pflegegraden – nachfolgend eine Übersicht der gesetzlichen Leistungen:

Pflegegrad	ambulante Pflege		vollstationäre Pflege
	Geldleistung (Pflegegeld)	Sachleistung (Pflegedienst)	Sachleistung (Pflegeheim)
Pflegegrad 1	0 €	0 €	125 €
Pflegegrad 2	316 €	689 €	770 €
Pflegegrad 3	545 €	1.298 €	1.262 €
Pflegegrad 4	728 €	1.612 €	1.775 €
Pflegegrad 5	901 €	1.995 €	2.005 €
	Entlastungsbetrag: bis zu 125 € (zweckgebunden)		

Versorgungslücke im Pflegefall – professionelle Pflege

Pflege ist aufwändig und kostet viel Geld. Diese Erkenntnis haben die meisten Menschen oftmals erst dann, wenn sie selbst im unmittelbaren Umfeld einen Pflegefall miterleben, beispielsweise bei den eigenen Eltern oder Großeltern. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung reichen bei weitem nicht aus, um die wirklich real entstehenden Kosten im Pflegefall voll abzudecken.

Die Kosten für ambulante Pflege richten sich nach den im Einzelfall anfallenden Tätigkeiten. So wird beispielsweise eine Anfahrtspauschale von rund 1,50 bis 2 Euro berechnet. Eine Ganzkörperwäsche schlägt mit rund 10 bis 15 Euro zu Buche. Wenn dann noch das Wechseln von Windeln oder ein Toilettengang hinzukommen, wird es teurer. Benötigt der Pflegebedürftige Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, kostet das je nach Pflegedienst in etwa 10 Euro.

So können auch für die **ambulante Pflege** erhebliche Kosten entstehen. Durchschnittlich ergeben sich bei professioneller ambulanter Pflege ca. folgende **Versorgungslücken**:

Versorgungslücke bei ambulanter Pflege			
	Durchschnittliche Kosten	Gesetzliche Leistung 2017	Versorgungslücke
Pflegegrad 1	600 €	125 €	475 €
Pflegegrad 2	1.400 €	689 €	711 €
Pflegegrad 3	2.100 €	1.298 €	802 €
Pflegegrad 4	3.300 €	1.612 €	1.688 €
Pflegegrad 5	4.000 €	1.995 €	2.005 €

Um diese Lücke vollständig über eine private Pflegezusatzversicherung zu schließen, müsste die Versicherung etwa eine Gesamtleistung von ca. 2100 Euro in Pflegegrad 5 bieten (das entspricht einem Tagegeld von 70 Euro) – die Abstufung in den niedrigeren Pflegegraden ist jedoch bei allen Anbietern ein wenig anders – es gibt auch flexible Tarife, wo Sie selbst die Leistung je Pflegegrad festlegen könnten.

Noch teurer ist im Regelfall die **stationäre Pflege**. Ein Platz in einem stationären Pflegeheim kann gut und gerne **bis zu ca. 4500 Euro** im Monat kosten – die gesetzliche Pflegeversicherung übernimmt nur einen kleinen Teil dieser Kosten.

Versorgungslücke bei stationärer Pflege			
	Durchschnittliche Kosten	Gesetzliche Leistung 2017	Versorgungslücke
Pflegegrad 1	2.300 €	125 €	2.175 €
Pflegegrad 2	2.800 €	770 €	2.030 €
Pflegegrad 3	3.292 €	1.262 €	2.030 €
Pflegegrad 4	3.805 €	1.775 €	2.030 €
Pflegegrad 5	4.035 €	2.005 €	2.030 €

Achtung: seit dem 1.1.2017 müssen stationäre Pflegeeinrichtungen in Pflegegrad 2 bis 5 einen sogenannten „einrichtungseinheitlichen Eigenanteil“ (EEE) berechnen – es findet keine „Staffelung“ der Zuzahlung mehr statt. Das bedeutet, dass die **monatliche Zuzahlung des Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 immer gleich hoch ausfällt**, abhängig von der gewählten Pflegeeinrichtung.

Die Kosten für stationäre Pflegeheime sind deutschlandweit sehr unterschiedlich. In teuren Regionen (z.B. Köln, Düsseldorf, München, Frankfurt) liegen die Eigenanteile tendenziell zwischen rund 2.000 und 2.600 Euro monatlich (nach Abzug der gesetzlichen Leistungen).

In günstigeren Regionen (z.B. Berlin, Leipzig, Nürnberg) muss man eher mit einem monatlichen Eigenanteil von rund 1400 bis 2.000 Euro rechnen.

Im Schnitt dürfte sich die monatliche Zuzahlung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen bundesweit bei rund 2.000 Euro monatlich bewegen (siehe obiges Beispiel).

Individuelle Versorgungslücke bei stationärer Pflege – z.B. Pflegegrad 3

Ihre Versorgungslücke: stationäre Pflege	
Kosten Pflegeheim (Pflegegrad 3)	3.292 €
- gesetzliche Leistung	1.262 €
Ihr monatlicher Eigenanteil	2.030 €
- mögliche Eigenleistung (z.B. Rente)	
Ihre individuelle Versorgungslücke	

Reicht das Einkommen bzw. die Vermögenswerte der pflegebedürftigen Person selbst nicht aus um die Pflegekosten zu decken, haften auch nahe Angehörige (z.B. die eigenen Kinder) zum Teil mit Ihrem Einkommen oder Vermögen.

Versorgungslücke im Pflegefall – Laienpflege

Nicht jeder möchte bei der Pflege auf professionelle Hilfe zurückgreifen – in vielen Fällen wird die Pflege nicht durch Fachpersonal durchgeführt, sondern durch Angehörige, Bekannte oder sonstige Personen.

Klassische Fälle von „Laienpflege“

- Ehepartner pflegen sich gegenseitig (funktioniert natürlich nur so lange, wie ein Partner „fit“ genug ist, seinen Ehepartner zu versorgen)
- Kinder pflegen ihre Eltern
- Nachbarn oder andere Bekannte übernehmen die Pflege Tätigkeit
- ausländische Pflegekräfte (häufig aus Osteuropa) ohne in Deutschland anerkannte Pflegeausbildung übernehmen die Pflege Tätigkeiten

In all diesen Fällen können Sie gegenüber der gesetzlichen Pflegekasse keinen Sachleistungsanspruch geltend machen. Anspruch besteht für den Pflegebedürftigen nur in Höhe des sogenannten Pflegegeldes – diese Barleistung fällt niedriger aus als die Sachleistung im selben Pflegegrad, wird jedoch nicht zweckgebunden, also zur freien Verfügung ausbezahlt. Davon können Sie z.B. auch Angehörigen oder sonstigen Pflegepersonen einen Ausgleich für ihre Tätigkeit bezahlen.

Pflegegeld ab 2017	
Pflegegrad 1	0 €
Pflegegrad 2	316 €
Pflegegrad 3	545 €
Pflegegrad 4	728 €
Pflegegrad 5	901 €

Grundsätzlich ist es natürlich immer schwierig, für die Zukunft exakt voranzuplanen, wie die Pflege im Einzelfall durchgeführt wird. Sicherlich hat man Hoffnungen und Wünsche – Ehepartner gehen z.B. im Regelfall davon aus, sich gegenseitig unterstützen zu können – ob das dann später auch realisierbar ist, bleibt offen.

Ehepaare sollten sich gegenseitig absichern

Wer ein gutes Alterseinkommen und etwas Vermögen hat und verheiratet ist, sieht sich erfahrungsgemäß gut abgesichert, was das Thema Pflege anbelangt. Doch es ist Vorsicht geboten: wird ein Ehepartner zum schweren Pflegefall und müsste in einem stationären Pflegeheim untergebracht werden (z.B. bei schwerer Demenzerkrankung mit notwendiger 24-Stunden-Betreuung), dann sind hier auf einen Schlag etwa 2.000 Euro zusätzlich im Monat (bereits nach Abzug der gesetzlichen Leistungen) aufzubringen, während der „gesunde“ und nicht pflegebedürftige Partner alle sonstigen laufenden Kosten für Wohnen und Lebenshaltung fast in derselben Höhe weiterhin aufbringen müsste, wie wenn sein Partner noch im Haushalt leben würde. Die wenigsten Menschen möchten in einer solchen Situation aus rein finanziellen Gründen in eine kleinere Wohnung umziehen und das über lange Jahre gewohnte Umfeld verlassen.

Auch für verheiratete Paare, die eigentlich planen, sich im Alter gegenseitig zu unterstützen, sollte optimalerweise eine ausreichende Pflegezusatzversicherung abgeschlossen werden.

Auch die Pflege zweier Menschen zu Hause, ist ein teures Unterfangen. Selbst die vermeintlich „günstige“ Pflegekraft aus Osteuropa ist nicht für die häufig kolportierten 1000 Euro monatlich zu haben – je nach Umfang der Pfl egetätigkeit kostet eine osteuropäische Pflegekraft im Regelfall eher zwischen 1500 und 2500 Euro monatlich, zuzüglich freier Kost und Logis. Bei einem Ehepaar kann sich diese Art der pflegerischen Versorgung durchaus rechnen.

Versorgungslücke 2 Personen ambulante Pflege – z.B. ausländische Pflegekraft

Ihre Versorgungslücke: Pflegekraft aus Osteuropa – für 2 Personen	
Kosten 24-Stunden-Pflegekraft	2.700 € (inkl. freie Kost & Logis)
- gesetzliche Leistung Pflegegrad 2	316 €
- gesetzliche Leistung Pflegegrad 3	545 €
Ihr monatlicher Eigenanteil	1.839 €
- mögliche Eigenleistung (z.B. Differenz aus Lebenshaltungskosten und Alterseinkommen)	
Ihre individuelle Versorgungslücke	

Kinder haften für Ihre Eltern - wer muss für Pflegekosten zahlen

Reichen Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Person selbst nicht mehr aus, um die teils immensen Kosten für Unterbringung und Pflege zu decken, werden die Einkommen und Vermögenswerte der Kinder herangezogen.

Zwar springt zunächst das Sozialamt ein und sorgt für die Bezahlung der Pflegekosten – gemäß Sozialrecht prüft das Sozialamt allerdings, ob seitens Dritter eine Unterhaltsverpflichtung gegenüber der pflegebedürftigen Person besteht, z.B. der Kinder, Ehepartner oder im gleichen Haushalt lebender Partner.

Die finanziellen Belastungen durch Pflegebedürftigkeit sind auf keinen Fall zu unterschätzen. Eine private Pflegezusatzversicherung ist also in jedem Fall sinnvoll, insbesondere auch, um Ihre Kinder und Ihren Partner vor finanziellen Forderungen zu schützen.

Aufgenommen wird man in eine solche Versicherung natürlich nur, solange man noch gesund ist und keine schweren (Vor)Erkrankungen hat oder hatte. Es macht also durchaus Sinn, eine Pflegezusatzversicherung möglichst frühzeitig abzuschließen, solange man noch gesund ist. Viele Menschen denken an den Abschluss einer solchen privaten Pflegeversicherung erst dann, wenn sie nicht mehr gesund sind – doch dann ist es oftmals nicht mehr so einfach bzw. teilweise unmöglich, einen guten Versicherungsschutz zu bekommen.

Definition: Pflegegrad 1 bis 5 ab dem Jahr 2017

Wer wird ab 2017 nach der Reform als pflegebedürftig eingestuft? Das ist eine wichtige Frage, die sich momentan viele stellen, die sich mit dem Thema Pflege und gesetzliche Pflegeversicherung beschäftigen.

Bisher war ausschlaggebend, in welchem zeitlichen Umfang – das heißt, wie oft (z.B. 1 x, 2 x oder mehrmals täglich) und zu welchen Zeiten (z.B. nur morgens, nur Abends, oder auch nachts) – jemand Hilfe benötigt hat. Umgangssprachlich hat sich auch der Begriff „Minutenpflege“ eingebürgert – viele Menschen, die eine Pflegestufe beantragen wollten, haben vor der Antragstellung mit einem Pflegetagebuch genau darüber Buch geführt, um gegenüber dem Medizinischen Dienst (MDK) der gesetzlichen Krankenkassen nachweisen zu können, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch vorliegt oder nicht. Berücksichtigt wurden für die Beurteilung ausschließlich körperliche Einschränkungen des Pflegebedürftigen – der geistige Zustand (z.B. durch psychische Erkrankungen oder Demenz / Alzheimer) spielte bislang für die Beurteilung keine Rolle.

Gleichstellung von körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen

Die wichtigste Neuerung ab 2017: Künftig ist es egal, ob man aufgrund körperlicher oder seelischer (geistiger) Erkrankungen pflegebedürftig geworden ist. Auch der zeitliche Umfang des Hilfebedarfs ist künftig nicht mehr ausschlaggebend. Künftig wird der Grad der Pflegebedürftigkeit danach bemessen, wie stark die Selbstständigkeit der hilfsbedürftigen Person eingeschränkt ist. Betrachtet werden dazu 6 verschiedene Bereiche (Module):

Bewertung der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit in 6 Modulen		
Modul 1	Mobilität	10%
Modul 2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	
Modul 3	Verhaltensweisen und psychische Probleme	15%*
Modul 4	Selbstversorgung	40%
Modul 5	Bewältigung von krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen u. Belastungen	20%
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15%

* gewertet wird bei Modul 2 und 3 nur das Modul mit der stärkeren Ausprägung

Beurteilt wird die Pflegebedürftigkeit in Zukunft danach, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist (oder nicht) ein selbstständiges Leben zu führen.

Gewertet werden mit unterschiedlicher Gewichtung 6 Module:

1. Mobilität (z.B. Treppensteigen, Fortbewegung in der eigenen Wohnung, Positionswechsel im Bett)
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z.B. örtliche und zeitliche Orientierung, Erkennung von Risiken und Gefahren)
3. Verhaltensweisen und psychische Probleme (z.B. Schlafstörungen, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Wahnvorstellungen, Ängste)
4. Selbstversorgung (z.B. Ernährung, Körperpflege, An- und Auskleiden)
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z.B. Verfolgung krankheitsbedingter Therapieplanungen, Medikamenteneinnahme, Arztbesuche)
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (z.B. Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Allgemeine Beschäftigung, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds)

In diesen 6 Lebensbereichen werden jeweils Punkte vergeben, je nachdem, ob die pflegebedürftige Person die einzelnen Bereiche eher selbstständig oder eher unselbstständig ausführen kann. Damit ergeben sich insgesamt 100 Gesamtpunkte – je nach erreichtem Punktwert, erfolgt eine Einstufung in die Pflegegrade 1 bis 5:

Erreichte Punkte	Beeinträchtigung	Pflegegrad
unter 12,5	Keine	---
ab 12,5	Geringe Beeinträchtigung	Pflegegrad 1
ab 27	Erhebliche Beeinträchtigung	Pflegegrad 2
ab 47,5	Schwere Beeinträchtigung	Pflegegrad 3
ab 70	Schwerste Beeinträchtigung	Pflegegrad 4
ab 90	Schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	Pflegegrad 5

Checkliste Pflegezusatzversicherung – darauf sollten Sie achten

- ✓ **Abstufung der Leistungen bei ambulanter / stationärer Pflege:** wenn Sie Tarife mit einer festen Monatsleistung vergleichen, z.B. 1200 € Absicherung – dann unterscheiden sich die Tarife in der Leistungshöhe. Achten Sie auf die Höhe der prozentualen Abstufung in den einzelnen Pflegegraden – bei stationärer Pflege bieten einige Anbieter eine 100%-Leistung in den höheren Pflegegraden

Beispiel: Leistungsvergleich bei einer Absicherung von monatlich 900 €

	Beitrag für Alter			ambulante Pflege					stationäre Pflege					BB ab PG
	40 Jahre	50	60	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Württembergische PTPU	23 €	39 €	69 €	45	360	585	765	900	45	900	900	900	900	2
Allianz PZTBest	22 €	34 €	56 €	180	270	450	720	900	180	900	900	900	900	5
DKV PTG	26 €	42 €	67 €	270	360	630	900	1350	900	900	900	900	1350	x
AXA Vario	27 €	39 €	60 €	180	360	540	720	900	180	360	540	720	900	4
DKV KPET	18 €	29 €	49 €	90	225	450	675	900	90	900	900	900	900	x
DFV DP Basis	27 €	42 €	67 €	125	316	545	728	901	901	901	901	901	901	1

*BB = Beitragsbefreiung im Leistungsfall

- ✓ **Beitragsfreistellung bei Pflegebedürftigkeit:** einige Anbieter befreien den Versicherten im Leistungsfall von der Beitragszahlung, z.B. ab Pflegegrad 1 oder später – bei manchen Anbietern muss der monatliche Beitrag auch im Leistungsfall weiter bezahlt werden (die Leistungen vermindern sich entsprechend)
- ✓ **Einfacher Nachweis der Pflegebedürftigkeit:** als Nachweis der Pflegebedürftigkeit reicht die Leistungszusage der gesetzlichen Pflegeversicherung. Der Versicherer verzichtet dann auf eine eigene Überprüfung der Leistungseinstufung.
- ✓ **Wartezeitverzicht:** bei Tarifen ohne Wartezeit haben Sie sofort Anspruch auf Leistungen, falls Sie nach Abschluss z.B. durch einen Schlaganfall pflegebedürftig werden sollten. Teilweise bestehen anfängliche Wartezeiten von bis zu 5 Jahren
- ✓ **Dynamisierung:** gute Tarife bieten optional die Möglichkeit, die Leistungen später ohne neue Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Das ist wichtig, um Inflation auszugleichen. Eine gute Dynamisierungs-Klausel greift auch im Leistungsfall ohne Höchstalter und bietet Flexibilität (z.B. mehrfache Widerspruchsmöglichkeit).
- ✓ **Einfache und geschlossene Gesundheitsfragen:** Die Gesundheitsfragen sind sehr unterschiedlich. Einige Anbieter fragen sehr viele Sachverhalte ab und / oder stellen offene Gesundheitsfragen. Optimal sind Anbieter mit einfachen Fragestellungen, wo z.B. nur sehr schwere Erkrankungen abgefragt werden. Damit minimieren Sie das Risiko, versehentlich falsche Angaben zum Gesundheitszustand zu machen.

Pflegezusatzversicherung – Gesundheitsfragen & Vorerkrankungen

Für die Auswahl der passenden Versicherung ist auch die Frage der Gesundheitsprüfung wichtig – der beste Tarif hilft Ihnen nichts, wenn Sie ihn nicht abschließen können.

Wichtig: Die Gesundheitsfragen sind bei jedem Anbieter anders – nicht jede Erkrankung führt bei allen Gesellschaften zur Ablehnung. Durch unsere jahrelange Erfahrung können wir gut einschätzen, wo gute Annahmehancen bestehen. Mit nachfolgender Übersicht möchten wir einen Überblick über einige der gängigsten Erkrankungsbilder geben.

Diagnose	Württembergische	Allianz	DKV	UKV / VKB	VIGO	Münchener Verein
BMI Annahme bis	36	40	40 – RZ	32	39	35
Erwerbsunfähigkeit	x	x	x	ja	ja*	x
GdB < 50%	ja	ja	Ja – RZ	ja	ja*	ja
GdB >= 50%	x	ja	x	x	ja*	x (ab >50%)
Arthrose / Gelenkersatz	ja	ja*	Ja – RZ	x	ja*	x
Asthma bronchiale	ja	ja	ja	ja	ja*	ja
Bluthochdruck	ja	ja	Ja – RZ	ja	ja	ja
COPD	x	ja*	x	x	ja*	x
Colitis Ulcerosa	x	ja*	x	ja	ja	ja
Morbus Crohn	x	ja*	x	ja	ja	ja
leichte Depression / Burn-Out (nur ambulant)	ja	ja*	x	x	ja*	x
schwere psychische Erkrankungen	x	x	x	x	x	x
Diabetes Mellitus – insulinpflichtig	x	x	x	x	ja*	x
Diabetes Mellitus – nicht insulinpflichtig	x	x	x	x	ja*	ja
Epilepsie	x	ja	x	x	x	x
KHK (koronare Herzerkrankung)	x	ja*	x	x	ja	x
Herzinfarkt	x	x	x	x	ja	x
Krebserkrankung < 3 J.	x	x	x	x	ja*	x
Krebserkrankung 3-5 J.	x	x	x	x	ja*	ja
Krebserkrankung > 5 J.	x	ja*	x	ja	ja	ja
Osteoporose	x	ja*	x	x	ja*	ja
rheumatische Erkrankung	x	x	x	x	ja*	x
Schlaganfall	x	x	x	x	ja*	x
Schlafapnoe-Syndrom	x	ja*	x	ja	ja	ja
Niereninsuffizienz	x	ja*	x	x	ja*	x

x = Ablehnung ja = Annahme ja* = Einzelfallprüfung ja – RZ = Annahme mit Zuschlag

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um eine Aufstellung handelt, die auf unseren Erfahrungswerten basiert. Wir übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit – im Zweifel kontaktieren Sie uns bitte, um Ihre individuelle Situation zu besprechen und eine Einschätzung zur Annahmefähigkeit zu erhalten.

Ihre Diagnose ist nicht aufgeführt? Rufen Sie an: 08142 – 651 39 28

Lohnt sich der staatlich geförderte „Pflege-Bahr“?

Auf den ersten Blick klingt es gut – der Staat fördert private Pflegezusatztarife mit 5€ im Monat – doch das hat auf den zweiten Blick auch Nachteile!

„Lieber ohne staatliche Förderung“ (Zitat Stiftung Warentest, 5-2013)

So urteilte sogar die Stiftung Warentest in ihrer Ausgabe 5-2013 über staatlich geförderte Pflegezusatzversicherungen und bezeichnete diese sogar als „Mogelpackung“.

Die Förderung gibt es leider nicht für alle Tarife, sondern nur für solche, die bestimmte Auflagen erfüllen:

- der Versicherte muss einen Eigenbeitrag in Höhe von mind. 10€ monatlich tragen
- der Tarif muss mindestens 600€ monatlich in Pflegestufe III leisten
- auf dieser Basis mindestens 30% in PS II, 20% in PS 1 und 10% in PS 0
- die Tarife müssen **ohne Gesundheitsprüfung** angeboten werden
- zum Ausgleich dürfen bis zu 5 Jahre Wartezeit vereinbart werden

Ab einem Eintrittsalter von etwa 40 Jahren (je nach Anbieter +- ein paar Jahre) bieten die meisten Tarife nur die obligatorischen 600 € in Pflegestufe III – die Leistungen in den niedrigeren Pflegestufen fallen bei vielen Anbietern höher aus als die Mindestvorgaben, dennoch kommen i.d.R. keine besonders hohen Leistungen raus.

Die fehlende Gesundheitsprüfung wirkt sich zudem negativ auf das Beitragsniveau der Pflege-Bahr-Tarife aus – es ist ja auch nachvollziehbar, weil die Versicherungen davon ausgehen müssen, dass sich hier gezielt eher Menschen mit teils erheblichen Vorerkrankungen versichern, die in den „normalen“ Tarifen nicht mehr aufgenommen werden. Das führt zur Kalkulation von pauschalen Risikozuschlägen – im Vergleich mit Tarifen ohne Förderung sind die staatlich geförderten Produkte damit relativ unattraktiv.

Daher schließen wir uns der Einschätzung von Stiftung Warentest an:

Die staatlich geförderte Pflege-Bahr-Versicherung lohnt sich nicht für Menschen, die gesund genug sind, um eine „normale“ ungeförderte Pflegezusatzversicherung mit Gesundheitsprüfung bekommen zu können. Hier sind Sie deutlich flexibler was die Leistungshöhe in den einzelnen Pflegegraden anbelangt und die tariflichen Bedingungen sind bei vielen Angeboten deutlich besser.

Vorteile von ungeförderten Tarifen gegenüber Pflege-Bahr:

- ✓ viele Anbieter verzichten auf Wartezeiten
- ✓ bei vielen Tarifen gilt eine Beitragsfreistellung
- ✓ günstigere Grundkalkulation durch Risikoprüfung
- ✓ flexible Absicherung möglich, z.B. „nur stationär“, „hohe Leistung ambulant“, etc.
- ✓ bessere Dynamisierungs-Klauseln

Sie haben Fragen zu den Unterschieden zwischen Tarifen mit staatlicher Förderung und ohne? Rufen Sie uns gerne an: 08142 – 651 39 28

Leistungen in Kürze - DFV DeutschlandPflegetagegeld FLEX

Ambulante und Teilstationäre Pflege	Vom vereinbarten Pfegetagegeld
Pflegegrad 1	Flexibel – max. 600 €
Pflegegrad 2	Flexibel – max. 1.350 €
Pflegegrad 3	Flexibel – max. 2.250 €
Pflegegrad 4	Flexibel – max. 3.000 €
Pflegegrad 5	Flexibel – max. 3.750 €
Vollstationäre Pflege	Vom vereinbarten Pfegetagegeld
Pflegegrad 1	Flexibel – max. 3.750 €
Pflegegrad 2	Flexibel – max. 3.750 €
Pflegegrad 3	Flexibel – max. 3.750 €
Pflegegrad 4	Flexibel – max. 3.750 €
Pflegegrad 5	Flexibel – max. 3.750 €
Sonstige Leistungsdetails & Bedingungen	
Beitragsfreistellung im Pflegefall	Ab Pflegegrad 1
Einmalzahlungen bei Pflegebedürftigkeit	Optional versicherbar
Wartezeiten	keine Wartezeit
Dynamik ohne Gesundheitsprüfung	Alle 3 Jahre Erhöhung um 5% möglich, maximal bis zum 60 Lebensjahr, nur bis zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit <u>optional</u> : Dynamik im Leistungsfall gegen Mehrbeitrag versicherbar, 10% alle 3 Jahre, ohne Höchstalter
Leistung für häusliche Pflege durch „Laien“	Ja
Einfacher Nachweis der Pflegebedürftigkeit	Ja
Leistung bei Suchterkrankung	Ja
Leistung bei stationären Aufenthalten, Kur oder Reha-Maßnahmen	Ja
Leistung europaweit	Ja, weltweite Geltung
Höchstaufnahmealter	75 Jahre
Besonderheiten	Erhöhungsoption bei verschiedenen Ereignissen