

FRAGEN UND ANTWORTEN ZUR GEFÖRDERTEN ERGÄNZENDEN PFLEGEVERSICHERUNG (GEPV)

Bei der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV) handelt es sich um eine Pflegegeld-Versicherung, die ab dem 1. Januar 2013 von privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten wird. Im Versicherungsfall wird der bei Vertragsabschluss vereinbarte Betrag monatlich an den Versicherungsnehmer ohne Nachweis der tatsächlich anfallenden Pflegekosten ausgezahlt, kann also nach individuellen Präferenzen verwendet werden.

Die Förderbedingungen sind im 13. Kapitel des SGB XI geregelt. Danach müssen die geförderten Verträge bestimmte Rahmenbedingungen erfüllen. So sind alle über 18-jährigen Versicherten der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung förderfähig, sofern sie noch keine Pflege- oder Betreuungsleistungen erhalten. Diese Personen müssen von den anbietenden Versicherungsunternehmen aufgenommen werden (so genannter Kontrahierungszwang). Bei Abschluss dieser geförderten private Pflegezusatzversicherung gibt es keine Gesundheitsprüfungen, Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse. Der Mindesteigenbeitrag des Versicherten muss 10 Euro im Monat betragen. Der Vertrag muss zudem bestimmte Mindestleistungen vorsehen: 600 Euro „Pflegegeld“ monatlich in Pflegestufe III sowie Leistungen auch in allen anderen Pflegestufen von 0 bis III. Zwischen Vertragsabschluss und Leistungsbeginn liegt eine Wartezeit von bis zu 5 Jahren. Allerdings kann jedes Versicherungsunternehmen in seinen Tarifbedingungen auch günstigere Regelungen für die Versicherten vorsehen.

► WIE HOCH IST DIE STAATLICHE FÖRDERUNG?

Die staatliche Förderung beträgt einheitlich 5 Euro pro Monat. Eine Pflegezusatzversicherung ist dann förderfähig, wenn der Eigenbeitrag des Versicherten mindestens 10 Euro monatlich beträgt. Zusammen mit dem Eigenbeitrag ergibt sich also ein monatlicher Mindestbeitrag von 15 Euro. Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch die „Deutsche Rentenversicherung Bund“ direkt an den Versicherer. Die staatliche Förderung wird jeweils nur für einen Vertrag pro Person gezahlt.

► WER KANN DIE GEFÖRDERTE PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG ABSCHLIESSEN?

Die geförderte Pflegezusatzversicherung kann von allen abgeschlossen werden, die in der sozialen bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind, sofern sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und bei Vertragsabschluss noch nicht pflegebedürftig sind. Es gibt keine Altersgrenze nach oben. Für die Versicherungsunternehmen gilt Annahmewang, etwaige Vorerkrankungen dürfen für den Vertragsabschluss nicht abgefragt werden und haben daher keinen Einfluss auf das Zustandekommen des Vertrages, den Versicherungsumfang oder die Beitragshöhe.

► WIE HOCH IST DER BEITRAG?

Die Höhe richtet sich nach dem vereinbarten Pflegegeld und dem Lebensalter des Versicherten bei Vertragsabschluss. Der Beitrag ist für Männer und Frauen jeweils gleich hoch. Jüngere Versicherte können für den gleichen Beitrag eine höhere Leistung versichern als ältere Versicherte. Zusammen mit der Förderung muss der Beitrag mindestens 15 Euro betragen, davon entfallen auf die Förderung 5 Euro, die nicht vom Versicherten, sondern von einer zentralen staatlichen Förderstelle an das Versicherungsunternehmen zu zahlen sind.

Um einen zukünftigen Wertverlust des vereinbarten Pflegegeldes zu verhindern, können die Versicherungsverträge vorsehen, dass das Pflegegeld in Höhe der jährlichen Inflationsrate dynamisiert wird. Entscheidet sich der Versicherte für eine solche Dynamisierung, wird auch der Beitrag jeweils entsprechend angepasst.

Hinweis: Da die Höhe der Prämie vom Lebensalter bei Vertragsschluss abhängt, kann es vorkommen, dass jüngere Versicherte für ihren Mindestbeitrag von 15 Euro eine Leistung angeboten bekommen, die über die gesetzlich vorgeschriebene Mindestleistung von 600 Euro in Pflegestufe III hinausgeht. Umgekehrt kann es bei älteren Versicherten vorkommen, dass sie einen höheren Eigenanteil als die für die Förderfähigkeit notwendigen 10 Euro zahlen müssen, um auf die vorgeschriebenen Mindestleistung von 600 Euro in Pflegestufe III zu kommen.

► SIND BEITRAGSANPASSUNGEN MÖGLICH?

Wenn sich die allgemeine Lebenserwartung, die Häufigkeit oder die Dauer der Pflegezeiten insgesamt ändert, sind Beitragsanpassungen möglich, um die vertraglich garantierte Leistungszusage erfüllen zu können. Dafür ist auf jeden Fall die Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders erforderlich. Je nach Entwicklung können die Beiträge bei diesem Verfahren nicht nur steigen, sondern durchaus auch sinken. So hat zum Beispiel die private Pflegepflichtversicherung im Jahr 2012 die Beiträge senken können.

Hinweis: Sollten die Beiträge unter 15 Euro sinken, würde nach den gesetzlichen Bestimmungen die Förderfähigkeit verlorengehen. Damit das nicht geschieht, setzt der Versicherer in diesem Fall den Beitrag neu fest, erhöht das Pflegegeld entsprechend und teilt dies dem Versicherungsnehmer mit. Dieser kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten widersprechen. Da im Fall eines Widerspruchs jedoch die Förderfähigkeit nicht mehr gegeben wäre, würde der Versicherungsvertrag dann enden.

Eine Beitragsanpassung ist zudem möglich, wenn sich die dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen ändern – zum Beispiel, wenn durch Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bisher nicht berücksichtigte Personengruppen leistungsberechtigt werden.

► WIE HOCH IST DER LEISTUNGSUMFANG?

Damit der Versicherungsvertrag förderfähig ist, muss er ein Pflegegeld für alle Pflegestufen von 0 bis III vorsehen, auf jeden Fall jedoch eine Mindestleistung von 600 Euro monatlich in Pflegestufe III. In der Pflegestufe I beträgt das Monatsgeld mindestens 20 Prozent und in Pflegestufe II mindestens 30 Prozent der Summe in Pflegestufe III. Besteht ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (so genannte Pflegestufe 0), beträgt das Pflegegeld mindestens 10 Prozent der Leistungen in Pflegestufe III.

Die Versicherungsunternehmen können auch höhere Leistungen anbieten. Der Höchstbetrag darf laut Gesetz aber die Höhe der bei Vertragsabschluss jeweils geltenden Leistungen aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung nicht überschreiten.

Anspruch auf die vereinbarten Leistungen besteht nach einer Wartezeit von maximal fünf Jahren nach Vertragsschluss. Der Versicherer kann jedoch auch eine kürzere Wartezeit vorsehen.

► WANN BEGINNT DIE LEISTUNG UND WIE WIRD DER ANSPRUCH GELTEND GEMACHT?

Anspruch auf das vereinbarte Pflegegeld besteht auf Antrag des Versicherten von dem Zeitpunkt an, ab dem die soziale Pflegeversicherung oder die private Pflegepflichtversicherung Leistungen erbringen. Zusammen mit dem Antrag muss der Versicherte den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse oder die Leistungsmitteilung des privaten Versicherungsunternehmens vorlegen, aus dem sich die Pflegestufe und der Leistungsbeginn ergeben. Wird der Antrag in der geförderten Pflegezusatzversicherung später gestellt, werden die Leistungen nachgezahlt. Maßgeblich für die Leistungshöhe ist die jeweilige Pflegestufe. Diese wird bei den Versicherten der sozialen Pflegepflichtversicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, bei den Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung durch das Unternehmen MEDICPROOF festgestellt.

► KANN DER VERSICHERER DEN VERTRAG NACHTRÄGLICH ÄNDERN ODER KÜNDIGEN?

Eine nachträgliche Änderung des Versicherungsvertrages durch den Versicherer ist grundsätzlich nicht möglich. Allerdings können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Zustimmung des Treuhänders bei angemessener Wahrung der Versicherteninteressen angepasst werden, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft ändern sollten (z. B. bei einer gesetzlichen Neufestlegung der Pflegestufen). Gleiches gilt für den vereinbarten Beitrag.

Die Versicherungsunternehmen verzichten darüber hinaus auf ein ordentliches Kündigungsrecht. Unberührt bleiben jedoch die gesetzlichen Regelungen zu einem außerordentlichen Kündigungsrecht (z. B. bei Nichtzahlung der Beiträge).

► WANN KANN DER VERSICHERUNGSNEHMER KÜNDIGEN?

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von maximal zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Bei einer Erhöhung des Beitrags hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht.

► WAS GESCHIEHT, WENN DER BEITRAG NICHT MEHR GEZAHLT WERDEN KANN?

Wenn der Versicherte hilfebedürftig wird, kann er den Versicherungsvertrag bis zu drei Jahre ohne Beitragszahlung ruhen lassen. Die Tarifbestimmungen der einzelnen Versicherungsunternehmen können auch einen längeren Zeitraum vorsehen. In der Zeit des Ruhens besteht kein Leistungsanspruch. Alternativ kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb von drei Monaten rückwirkend zum Eintritt der Hilfebedürftigkeit kündigen.

► WAS GESCHIEHT MIT DEN ÜBERSCHÜSSEN, DIE DER VERSICHERER ERZIELT?

Überschüsse, die das Unternehmen erzielt, werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten eingesetzt. Zunächst zur Vermeidung von Beitragserhöhungen oder – sofern die Versicherten davon nicht betroffen sind – zur Dynamisierung der Versicherungsleistungen.

► KANN AUCH EINE BESTEHENDE PFLEGE-ZUSATZVERSICHERUNG GEFÖRDERT WERDEN?

Eine am 1. Januar 2013 bereits bestehende Pflege-Zusatzversicherung kann nach den gesetzlichen Vorgaben nicht gefördert werden, da sie nicht die für die Förderfähigkeit festgelegten Rahmenbedingungen erfüllt.

► WIE KANN MAN DIE GEFÖRDERTE PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG ABSCHLIESSEN?

Für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung gelten die gleichen Vertriebswege wie für andere Versicherungsprodukte der Privaten Krankenversicherung. Interessenten können sich zum Beispiel direkt an die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung wenden. Die Kontaktdaten sind im Internet unter www.pkv.de/verband/mitgliedsunternehmen zu finden.

► WELCHE KOSTENSÄTZE DÜRFEN DIE VERSICHERER FÜR ABSCHLUSS UND VERWALTUNG DER PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG EINKALKULIEREN?

Die maximal zulässigen Kostensätze sind in der Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung (PflvDV) festgelegt. Danach dürfen die Abschlusskosten das zweifache der auf den ersten Monat entfallenden Prämie nicht übersteigen. Bei einem Monatsbeitrag von 15 Euro sind das also höchstens 30 Euro.

Auch für die Verwaltungskosten legt die Verordnung eine Höchstgrenze fest. Sie dürfen 10 Prozent der Bruttoprämie nicht übersteigen. Durch die gesetzlichen Vorgaben und unbürokratischen Rahmenbedingungen sind in der geförderten Pflegezusatzversicherung deutlich günstigere Verwaltungskosten möglich als in den klassischen Pflegezusatzversicherungen.

► WANN BESTEHT DER ANSPRUCH AUF DIE ZULAGE?

Der Anspruch auf die Zulage entsteht nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem Beiträge zu einer entsprechenden Pflegezusatzversicherung geleistet worden sind. Die Zulage wird also jeweils rückwirkend für alle Monate gezahlt, in denen der Versicherungsnehmer seinen Mindestbeitrag geleistet hat. Da die staatliche Zulage Teil des Beitrags ist, treten die Versicherungsunternehmen im Hinblick auf diesen Teil also in Vorleistung. Somit wird der Zulagen-Anteil am Beitrag dem Versicherten gestundet, bis er von der Zulagenstelle gezahlt wird.

► WIE WERDEN DIE ZULAGEN AUSGEZAHLT?

Die Auszahlung der staatlichen Förderung wird über eine zentrale Stelle bei der „Deutschen Rentenversicherung Bund“ abgewickelt. Der Versicherungsnehmer bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit Vertragsabschluss, die Zulage bei der zentralen Stelle zu beantragen.

Das Unternehmen übermittelt der zentralen Stelle für jeden Versicherungsnehmer alle dafür notwendigen Angaben. Dazu gehören etwa die Antrags- und Vertragsdaten, die Höhe der geleisteten Beiträge sowie eine Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag den gesetzlichen Vorgaben für die Förderfähigkeit entspricht. Sind alle Voraussetzungen für die Förderung erfüllt, zahlt die zentrale Stelle die Zulage direkt an das Versicherungsunternehmen aus, das sie unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutschreiben muss.

Die Zulage kann nicht geteilt werden. Es ist also immer nur ein Vertrag für den gleichen Zeitraum förderfähig.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse (z. B. den Wegfall der Pflegepflichtversicherung) mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulagenanspruchs führen. Das Unternehmen muss in diesem Fall einen bereits gestellten Zulagenantrag bei der zentralen Stelle stornieren.

► IST EIN TARIF- BZW. UNTERNEHMENSWECHSEL MÖGLICH?

Ein Tarifwechsel innerhalb eines Unternehmens ist jederzeit in einen Tarif möglich, der ebenfalls den gesetzlichen Vorgaben für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung entspricht. Bietet ein Unternehmen also mehr als eine förderfähige Pflegezusatzversicherung an, kann der Versicherte jederzeit unter Anrechnung der erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen zwischen beiden Tarifen wechseln. Ein Wechsel zwischen förderfähigen und nicht förderfähigen Tarifen ist hingegen ausgeschlossen.

Bei einem Wechsel des Versicherten in eine förderfähige Pflegezusatzversicherung eines anderen Unternehmens verbleiben die aufgebauten Alterungsrückstellungen im alten Unternehmen und kommen der dortigen Versichertengemeinschaft zu Gute.

► GIBT ES EINEN FINANZAUSGLEICH ZWISCHEN DEN VERSICHERUNGS- UNTERNEHMEN (POOL-LÖSUNG)?

Das Pflegeneuausrichtungsgesetz ermächtigt den Verband der Privaten Krankenversicherung ausdrücklich, einen Risikoausgleich für die beteiligten Versicherungsunternehmen einzurichten. Der Beitritt zu einem solchen so genannten Pool ist freiwillig. Seine Einrichtung ist keine Bedingung für das Angebot der geförderten Pflegezusatzversicherung.