



Marktstandards in der Pflegerentenversicherung

Stand 08/2020

Marktstandards in der Pflegerentenversicherung

Bei der **Analyse von Pflege-Bedingungen** hat sich **infinma - Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH** dazu entschlossen, einen Katalog von insgesamt **18 Kriterien** zugrunde zu legen. Diese Kriterien beziehen sich ausschließlich auf die Bedingungswerke, nicht aber auf technische Gestaltungsmöglichkeiten, wie bspw. die Höhe einer beitragsfrei versicherbaren Rente.

Aus diesen 18 Kriterien wird ausdrücklich **kein Rating erstellt, da wir auf dem Standpunkt stehen, dass sich die einzelnen Bedingungsbestandteile nicht gegeneinander „aufrechnen“ lassen**. Aus genau diesem Grund nehmen wir auch keine Bewertung in Form von Punkten vor, sondern stellen für die einzelnen Kriterien lediglich dar, ob der Versicherer eine Regelung getroffen hat, die besser oder schlechter als der Marktstandard ist. Der Marktstandard wird für uns durch die Regelung definiert, die in den betrachteten Bedingungswerken am Häufigsten verwendet wird.

Gerade im Hinblick auf **„Best Advice“** halten wir es für sehr sinnvoll, die einzelnen Bedingungswerke daran zu messen, was aktuell am Markt üblich ist. Es ist für den Berater und Kunden wenig hilfreich zu wissen, dass ein bestimmtes Merkmal aus Kundensicht unbefriedigend ausgestaltet ist, wenn am Markt keine besseren Alternativen erhältlich sind.

Insgesamt betrachten wir die folgenden 18 Kriterien:

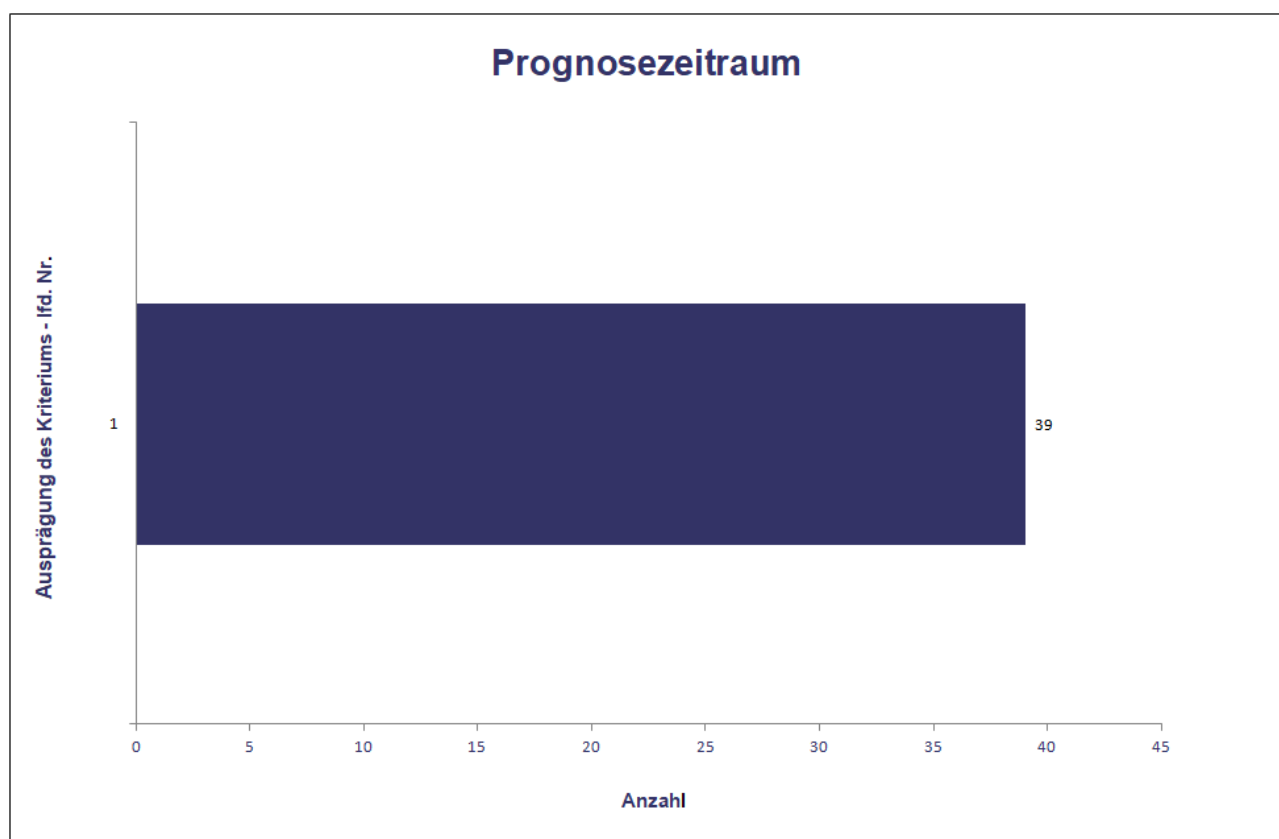
<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
Prognosezeitraum	4
Rückwirkende Leistung bei fehlender Prognose	5
Leistungsbeginn	6
Stundung nach Leistungsmeldung	7
Meldepflichten	8
Herabsetzung / Wegfall der Pflegerente („Leistungsgarantie“)	9
Untersuchungen im Ausland	11
Leistungen im Ausland	13
Umstellungsoption	15
Wiedereingliederungshilfe	16
Garantierte Leistungsdynamik	17
Meldefristen	18
Befristetes Anerkenntnis	19
Beitragsstundung bei Zahlungsschwierigkeiten	21
Unabhängige Nachversicherungsmöglichkeit	23
Leistung kann über ADL beantragt werden	25
Leistung kann über Pflegegrade beantragt werden	26
Leistung kann über Demenz beantragt werden	27

Prognosezeitraum

Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen aus einer Pflegerentenversicherung ist eine ärztliche Prognose, in der der versicherten Person attestiert wird, dass sie über einen bestimmten Zeitraum hinweg voraussichtlich pflegebedürftig sein wird. Ein Arzt wird eine solche Prognose um so eher stellen können, je kürzer der Zeitraum ist, für den die Prognose Gültigkeit haben soll. Marktüblich ist inzwischen eine Prognose, die auf einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens 6 Monaten abstellt.

Ausprägungen:

1. Prognosezeitraum: 6 Monate

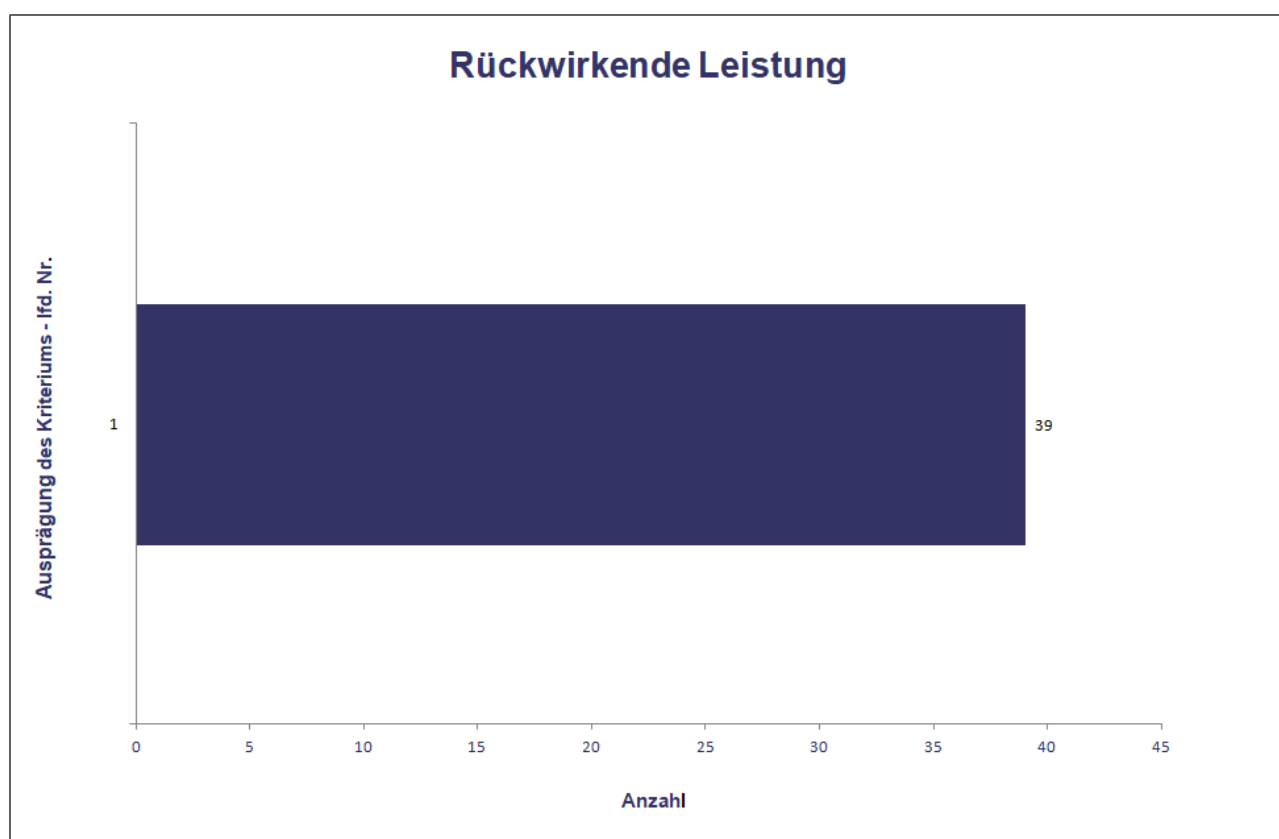


Rückwirkende Leistung

Sollte keine ärztliche Prognose über den erforderlichen Zeitraum möglich sein, so greift ein zweites "Auffangkriterium". Die versicherte Person gilt auch dann als pflegebedürftig, wenn Sie bereits 6 Monate ununterbrochen pflegebedürftig war. In diesem Fall kann es bei den einzelnen Anbietern Unterschiede im Zeitpunkt des Leistungsbeginns geben. Aus Kundensicht ist eine rückwirkende Leistung zum Eintritt der Pflege zu begrüßen.

Ausprägungen:

1. Rückwirkende Leistung nach 6 Monaten bestehende Pflege

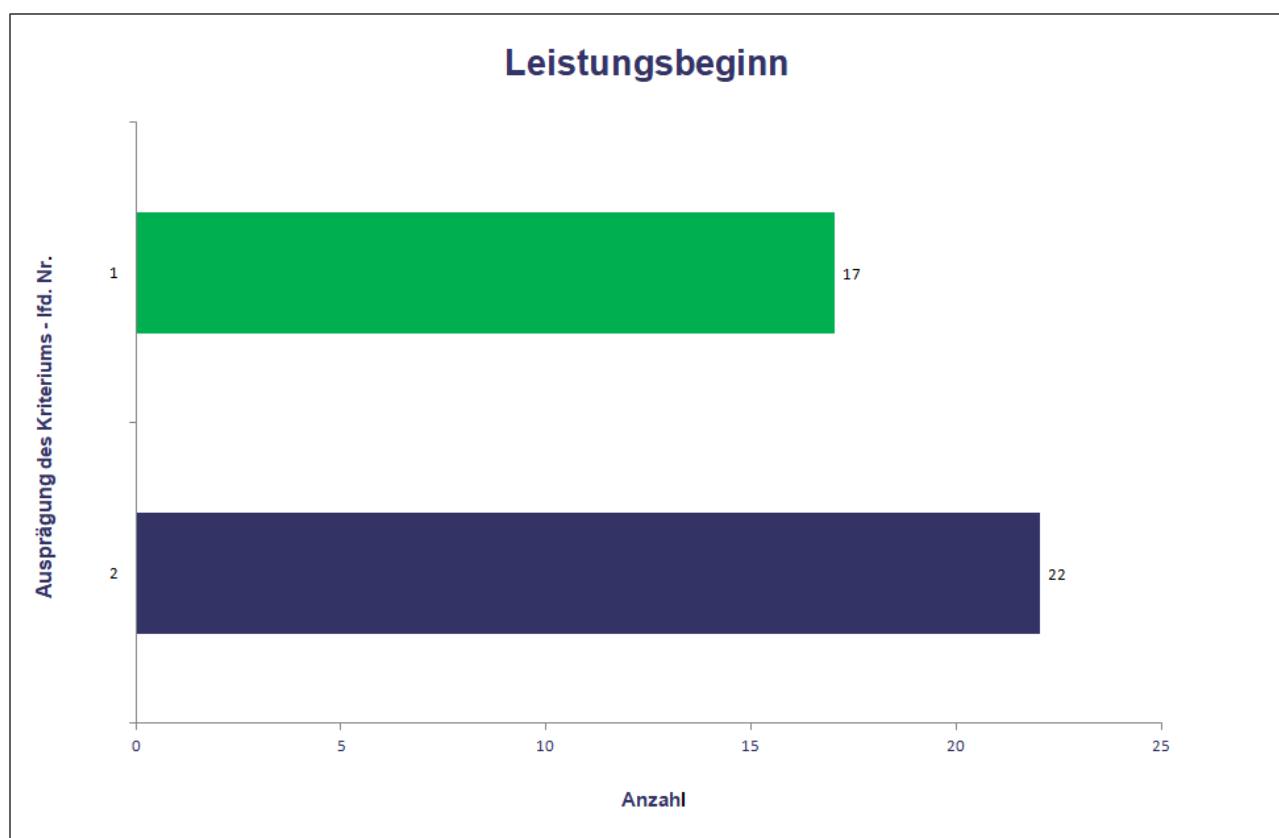


Leistungsbeginn

In der Pflegerentenversicherung ist es wichtig, möglichst früh Leistungen zu erhalten. Die durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit beträgt 3 Jahre für Männer bzw. 4 Jahre für Frauen. Daher kann ein zusätzlicher Monat hier einen signifikanten Unterschied in der Gesamthöhe der Leistungen ausmachen.

Ausprägungen:

1. Monat des Eintritts der Pflegebedürftigkeit
- 2. Folgemonat des Eintritts der Pflegebedürftigkeit**

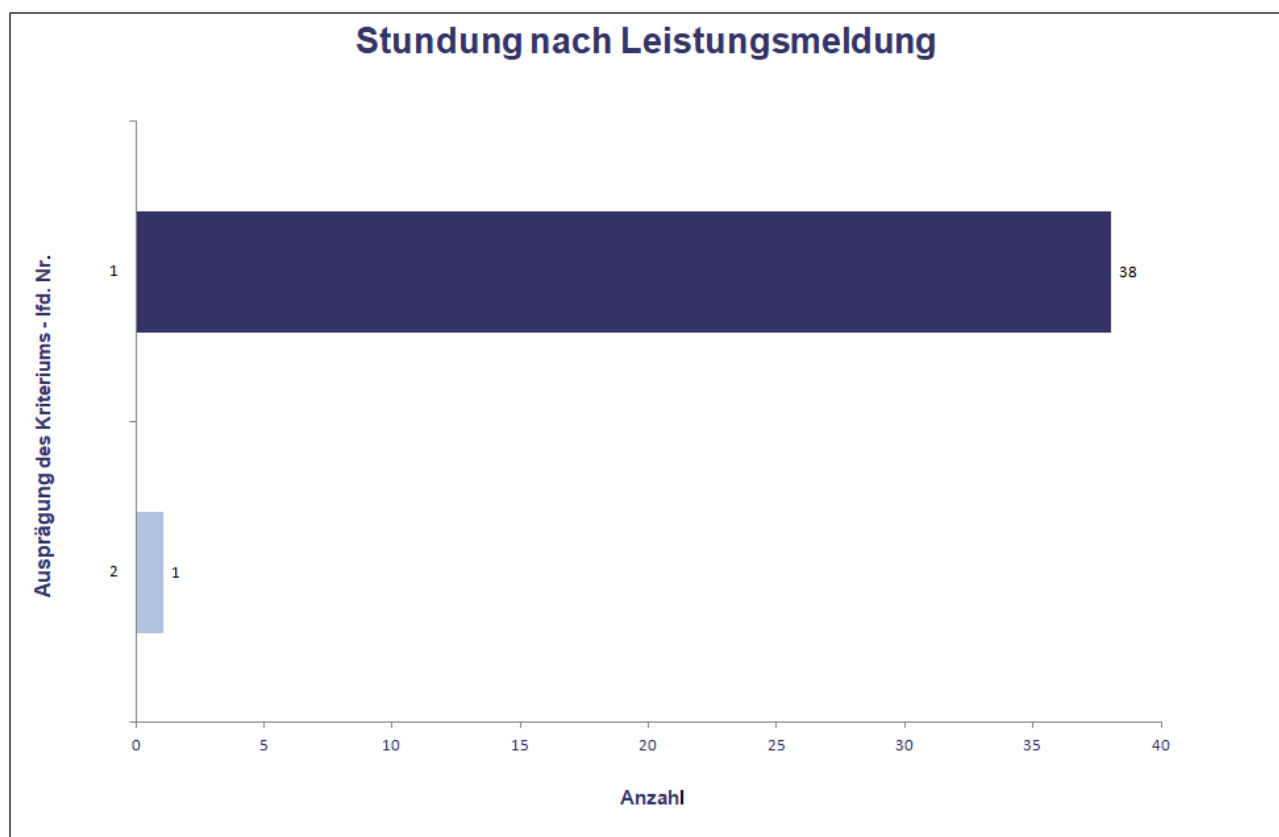


Stundung nach Leistungsmeldung

Grundsätzlich müssen die Beiträge bei einer Pflegerentenversicherung auch während der Leistungsprüfung weiter gezahlt werden. Die meisten Versicherer bieten hier jedoch während der Leistungsprüfung eine Beitragsstundung an. Hierfür sollten im Sinne des Kunden keine Stundungszinsen erhoben werden.

Ausprägungen:

1. **Stundung ohne Stundungszinsen möglich**
2. Entfällt, da Tarif nur gegen Einmalbeitrag abgeschlossen werden kann (wird nicht bewertet)

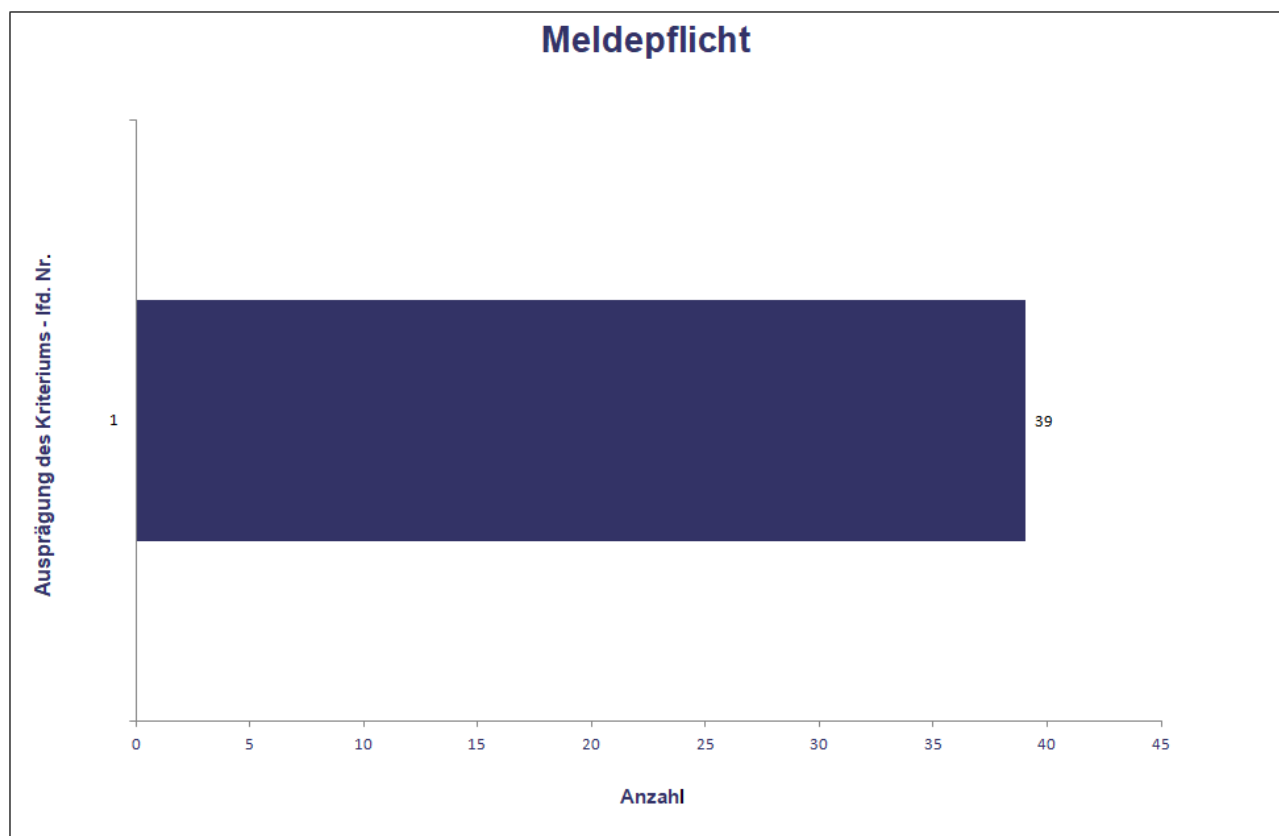


Meldepflicht

Derzeit besteht bei allen untersuchten Versicherern eine Meldepflicht bei einer Verbesserung des Gesundheitszustands. Häufig fehlt der versicherten Person jedoch der Sachverstand um eine Minderung der Pflegebedürftigkeit selbständig zu erkennen. Ähnlich wie bei einigen Tarifen der Berufsunfähigkeitsversicherung könnte hier zum Vorteil des Kunden auf eine Meldepflicht verzichtet werden, der Versicherer hätte weiterhin das Recht auf Nachprüfungen.

Ausprägungen:

1. Bei einer Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit besteht eine Meldepflicht



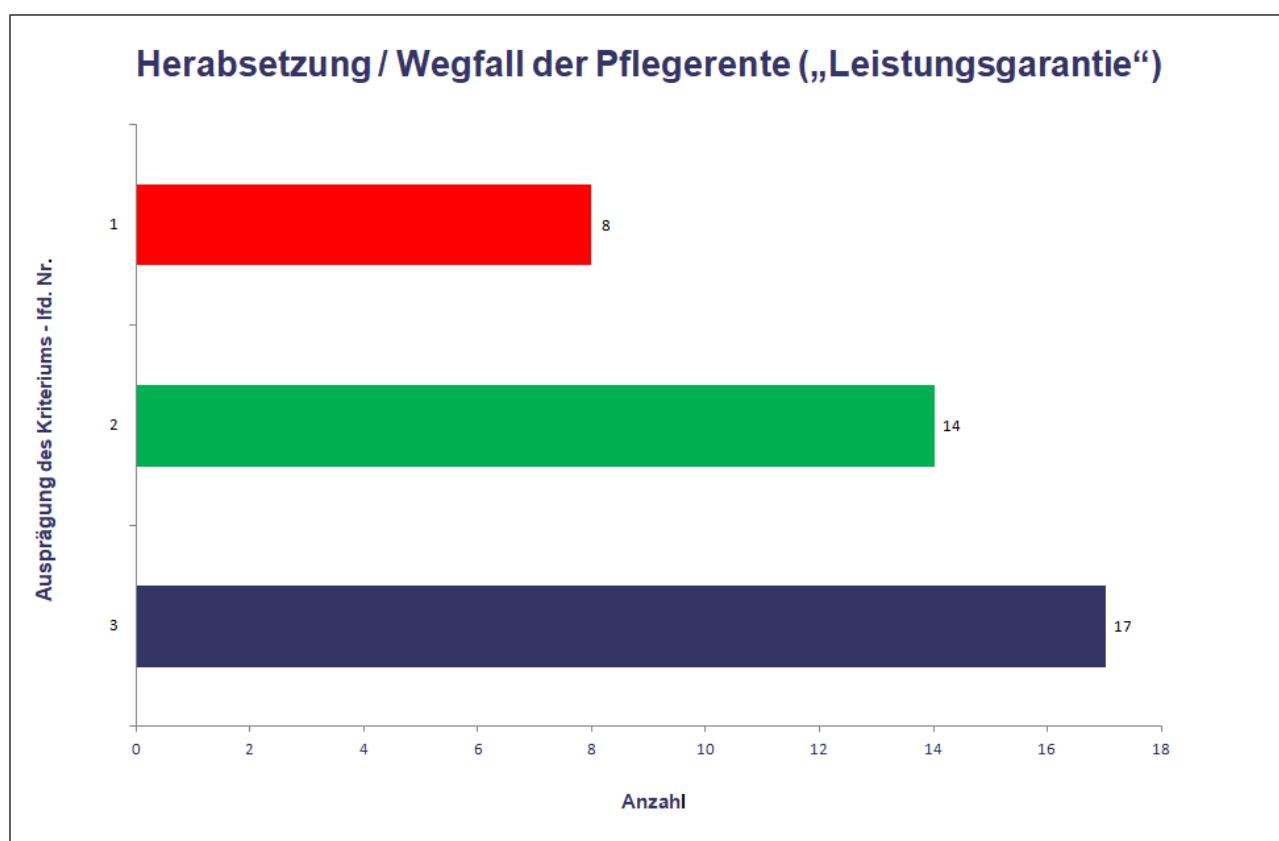
Herabsetzung / Wegfall der Pflegerente („Leistungsgarantie“)

Grundsätzlich endet die Pflegerentenzahlung zu dem Zeitpunkt, an dem die versicherte Person stirbt oder die Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. Ebenso verringert sich der Anspruch, sobald eine geringere Pflegestufe festgestellt wird. Einige Versicherer leisten jedoch auch nach Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit weiter, wenn die Pflegebedürftigkeit schon über einen längeren Zeitraum bestanden hat.

Herabsetzung / Wegfall der Pflegerente („Leistungsgarantie“)

Ausprägungen:

1. Keine Leistungsgarantie nach einer definierten Rentenzahlungsdauer
2. Nach 18 Monaten ununterbrochener Pflegerentenzahlung in Pflegegrad 5 erfolgt keine Herabsetzung der Pflegerente mehr
3. **Nach 12 Monaten ununterbrochener Pflegerentenzahlung in Pflegegrad 4 oder 5 bleibt die Beitragsbefreiung bestehen, nach 24 Monaten wird auch die Rente lebenslang gezahlt**



Untersuchungen im Ausland

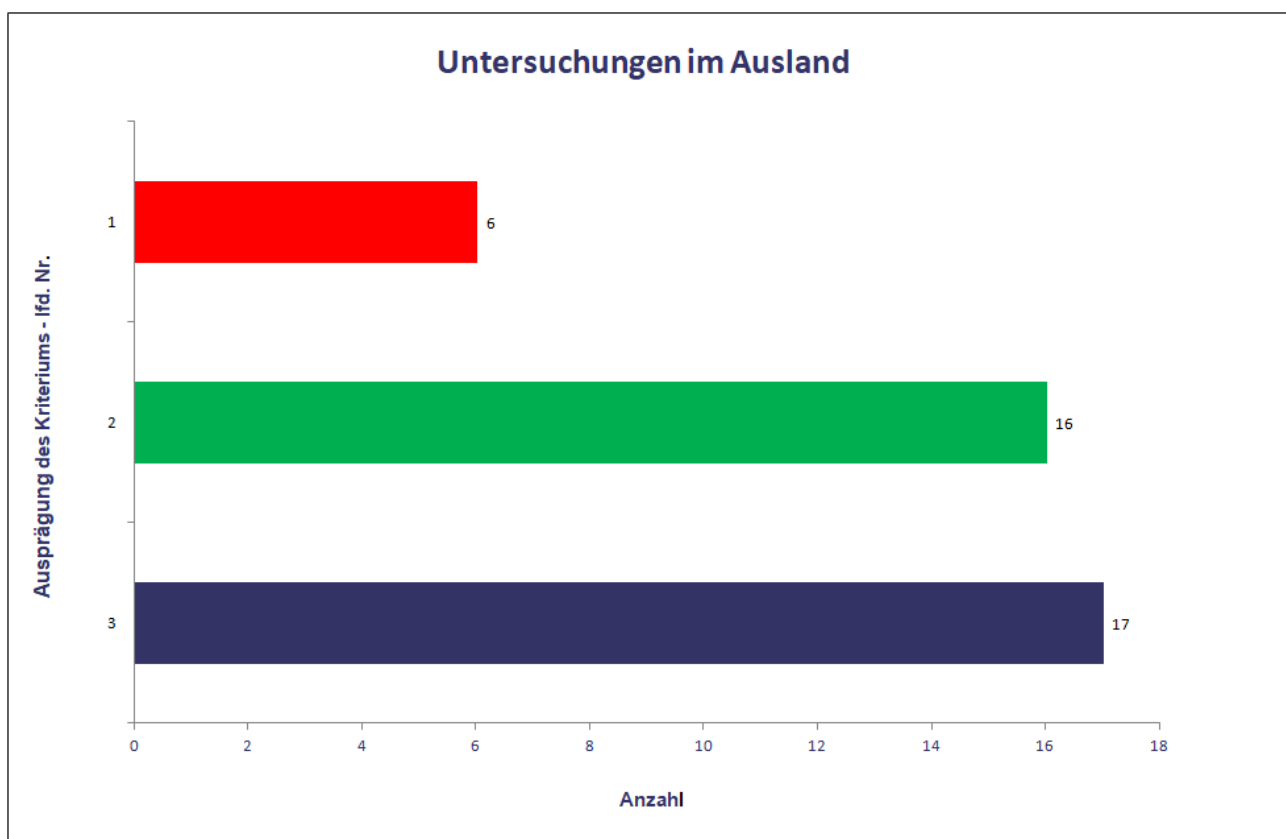
Für die versicherte Person kann es sehr wichtig sein, dass der Versicherungsschutz weltweit gilt. Nicht immer kann schließlich davon ausgegangen werden, dass der Pflegefall nur in Deutschland eintritt. Jede Einschränkung des Geltungsbereichs ist daher nachteilig für den Kunden.

Neben dem Geltungsbereich ist von Bedeutung, was im Falle der Leistungsprüfung geschieht. Wenn der Versicherungsschutz zwar grundsätzlich weltweit besteht, ärztliche Untersuchungen aber nur in Deutschland durchgeführt werden dürfen, ist auch dies nachteilig für die versicherte Person. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die versicherte Person die Kosten für die Reise nach Deutschland selber zu tragen hat, und das, obwohl sie sich vielleicht im entfernten Ausland aufhält.

Untersuchungen im Ausland

Ausprägungen:

1. Es werden keine Untersuchungen im Ausland angeboten
2. Untersuchungen im Ausland werden angeboten
3. **Die Untersuchungen müssen in der EU, Norwegen oder Schweiz durchgeführt werden**



Pflegeleistung im Ausland

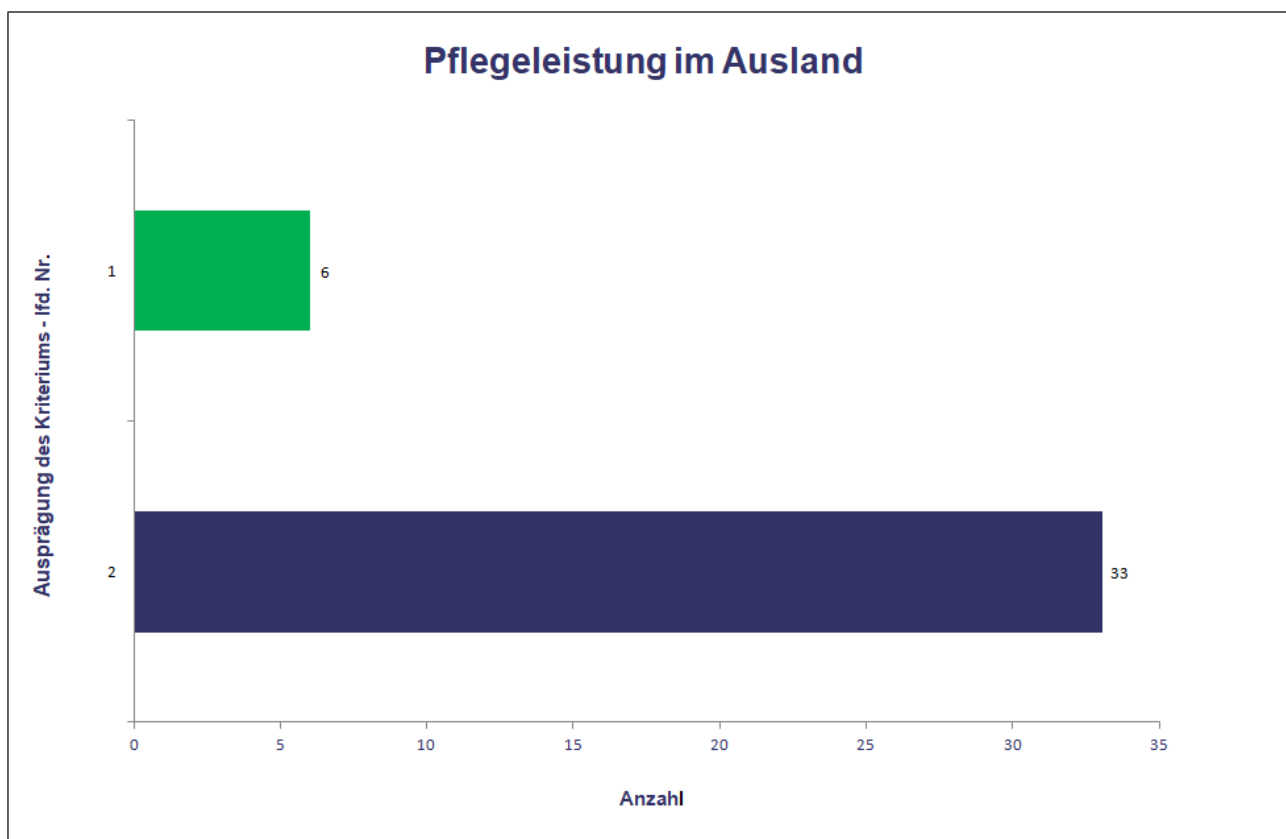
Für die versicherte Person kann es sehr wichtig sein, dass der Versicherungsschutz weltweit gilt. Nicht immer kann schließlich davon ausgegangen werden, dass der Pflegefall nur in Deutschland eintritt. Jede Einschränkung des Geltungsbereichs ist daher nachteilig für den Kunden.

Neben dem Geltungsbereich ist von Bedeutung, was im Leistungsfall geschieht. Wenn der Versicherungsschutz zwar grundsätzlich weltweit besteht, die Rente aber nicht gezahlt wird, da sich die versicherte Person im Ausland aufhält, ist auch dies nachteilig für die versicherte Person.

Pflegeleistung im Ausland

Ausprägungen:

1. Die Pflegerente wird auch im Ausland unbegrenzt gezahlt
2. Die Pflegerentenzahlungen im Ausland sind zeitlich oder örtlich eingeschränkt

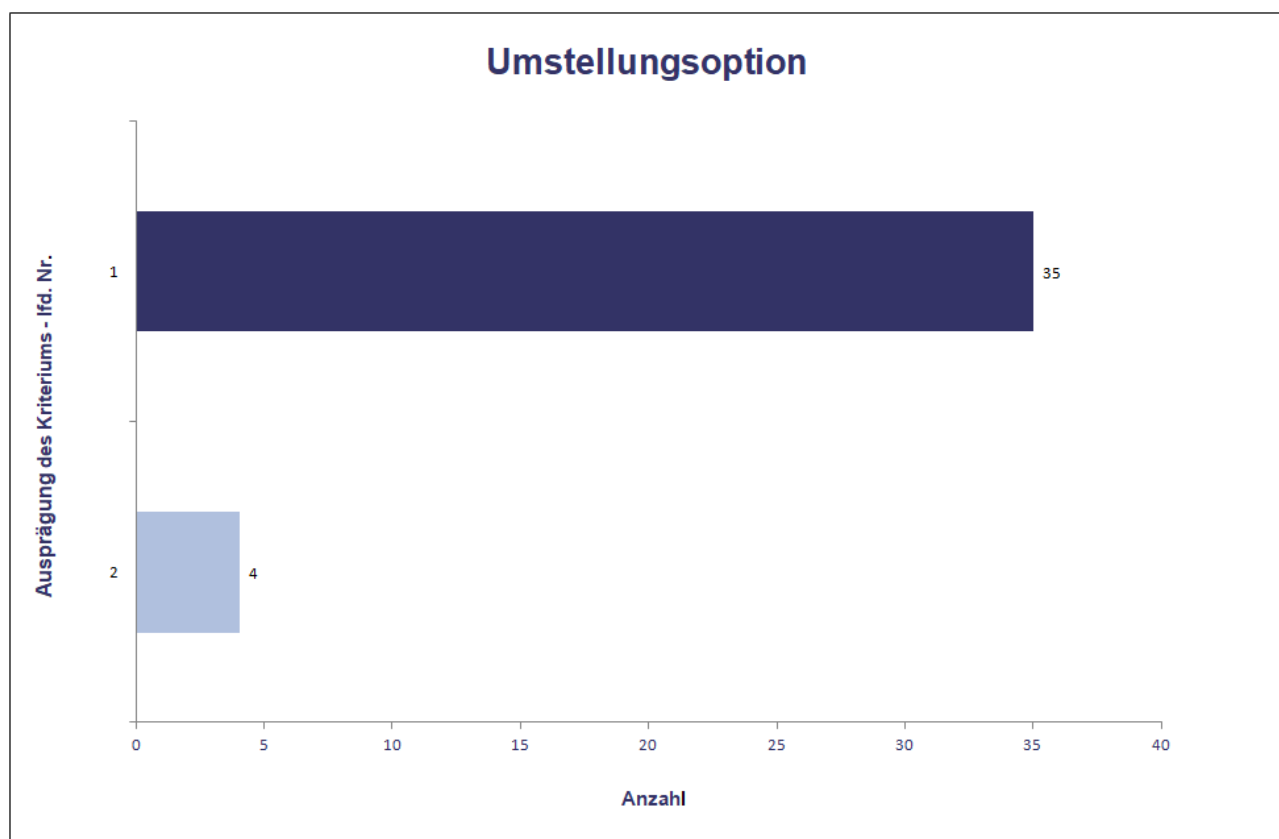


Umstellungsoption

Nach einer Änderung der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit, kann der Kunde bei einigen Tarifen in einen neuen Tarif wechseln, der diese neue Gesetzeslage berücksichtigt. Eine solche Möglichkeit bewerten wir positiv.

Ausprägungen:

1. Umstellungsoption bei Änderung der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit
2. Nicht relevant, da keine Leistung nach gesetzlicher Definition

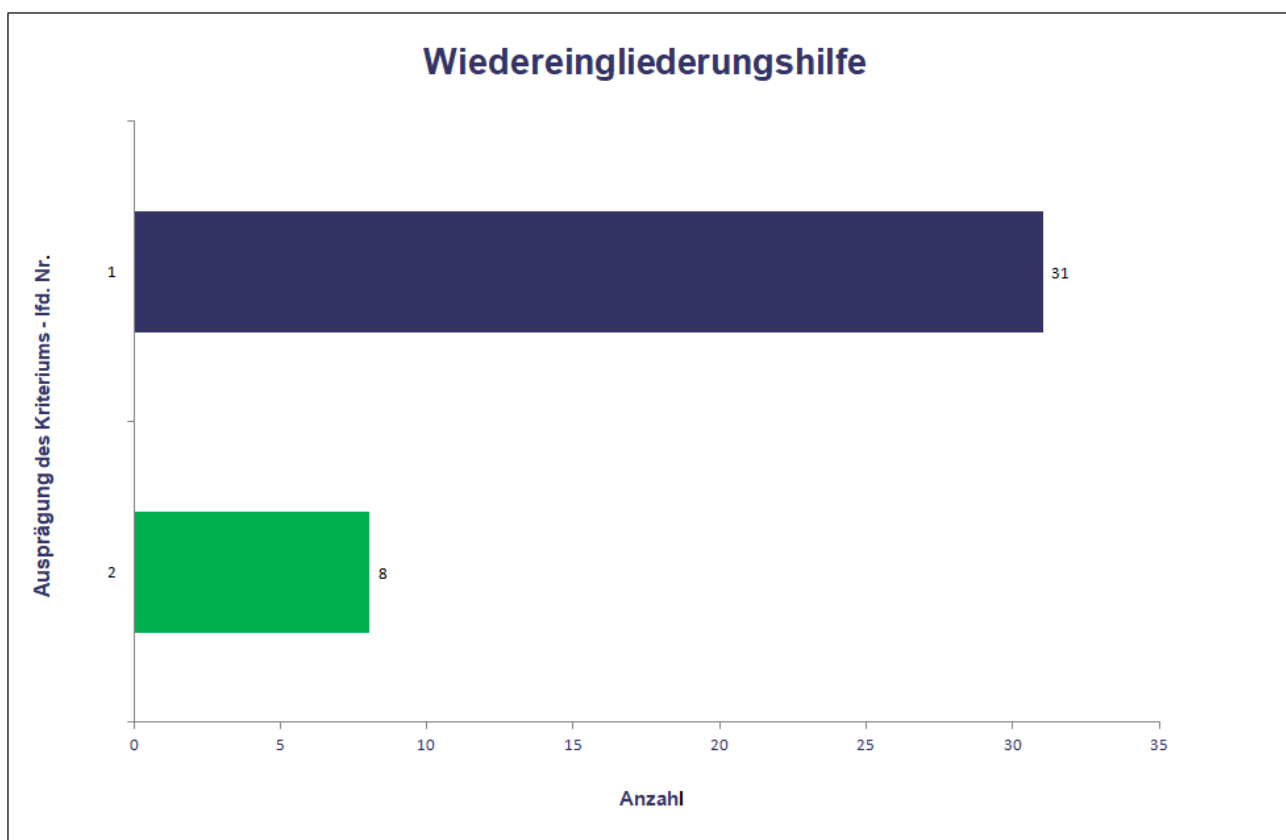


Wiedereingliederungshilfe

Nach Einstellung der Versicherungsleistungen zahlen einige Versicherer eine Wiedereingliederungshilfe.

Ausprägungen:

1. Es wird keine Wiedereingliederungshilfe gezahlt
2. Es wird eine Wiedereingliederungshilfe gezahlt

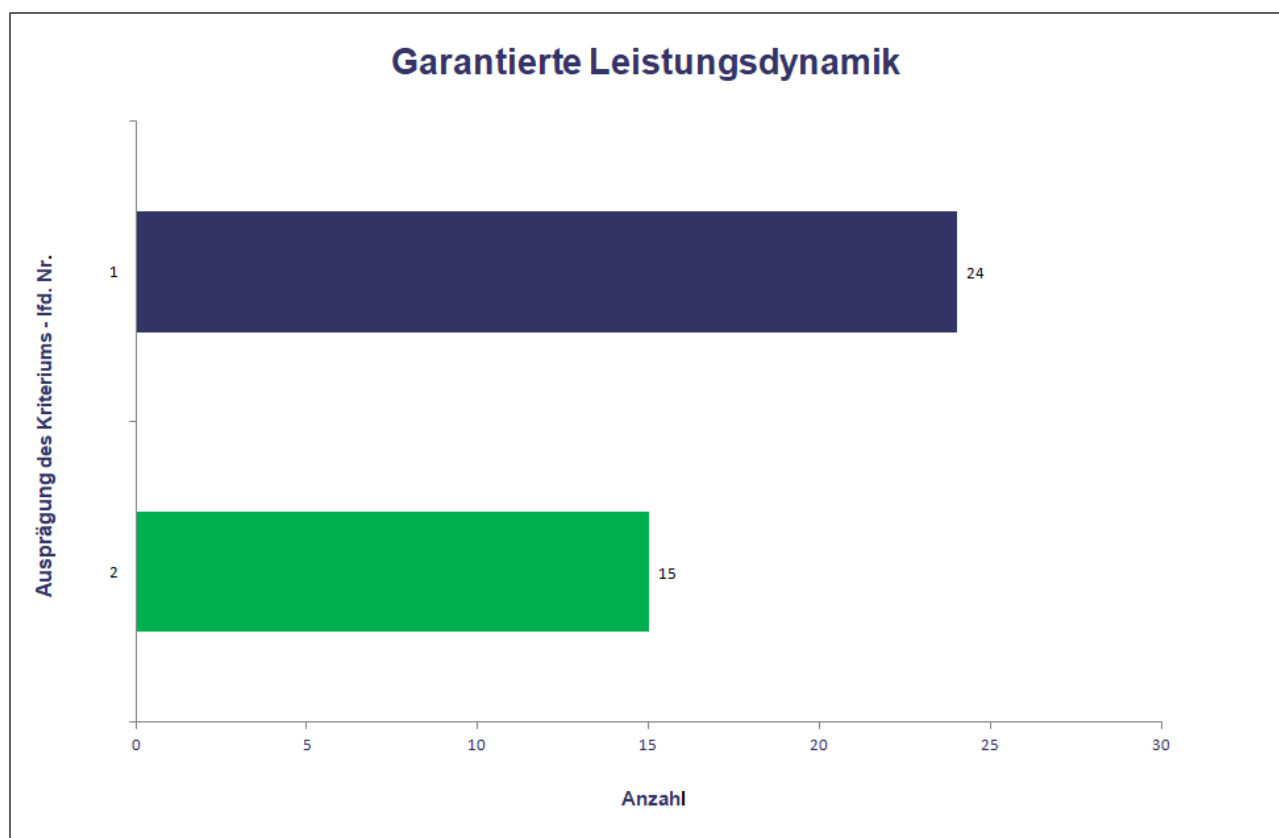


Garantierte Leistungsdynamik

Einige Versicherer bieten ihren Kunden - i.d.R. gegen entsprechenden Mehrbeitrag - die Option, eine garantierte Dynamik für den Leistungsfall zu vereinbaren. Dann wird eine fällige Pflege-Rente unabhängig von den Leistungen aus einer evtl. Überschussbeteiligung jedes Jahr um den vorher vereinbarten Prozentsatz gesteigert.

Ausprägungen:

1. Es wird keine garantierte Leistungsdynamik angeboten
2. Es wird eine garantierte Leistungsdynamik angeboten

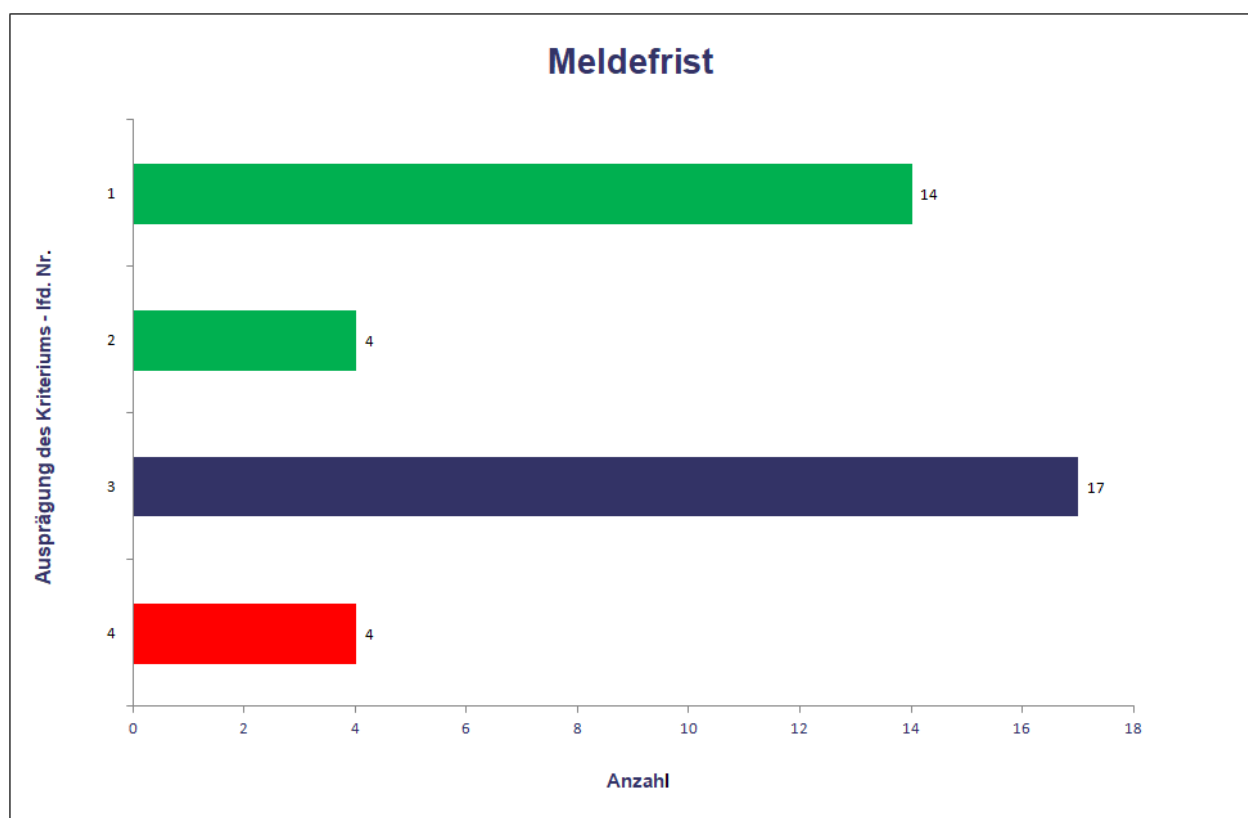


Meldefristen

Auch wenn eine unverzügliche Meldung der Pflegebedürftigkeit ratsam ist, kann es vorkommen, dass die Pflegebedürftigkeit verspätet gemeldet wird. In diesem Fall leisten die Versicherer auch rückwirkend. Je länger rückwirkend geleistet wird, desto besser für den Kunden.

Ausprägungen:

1. bei verspäteter Meldung unbegrenzt rückwirkend
2. bei verspäteter Meldung bis zu 36 Monate rückwirkend
- 3. bei verspäteter Meldung bis zu 12 Monate rückwirkend**
4. Meldefrist: ab 6. Monat; Leistung ab Meldung



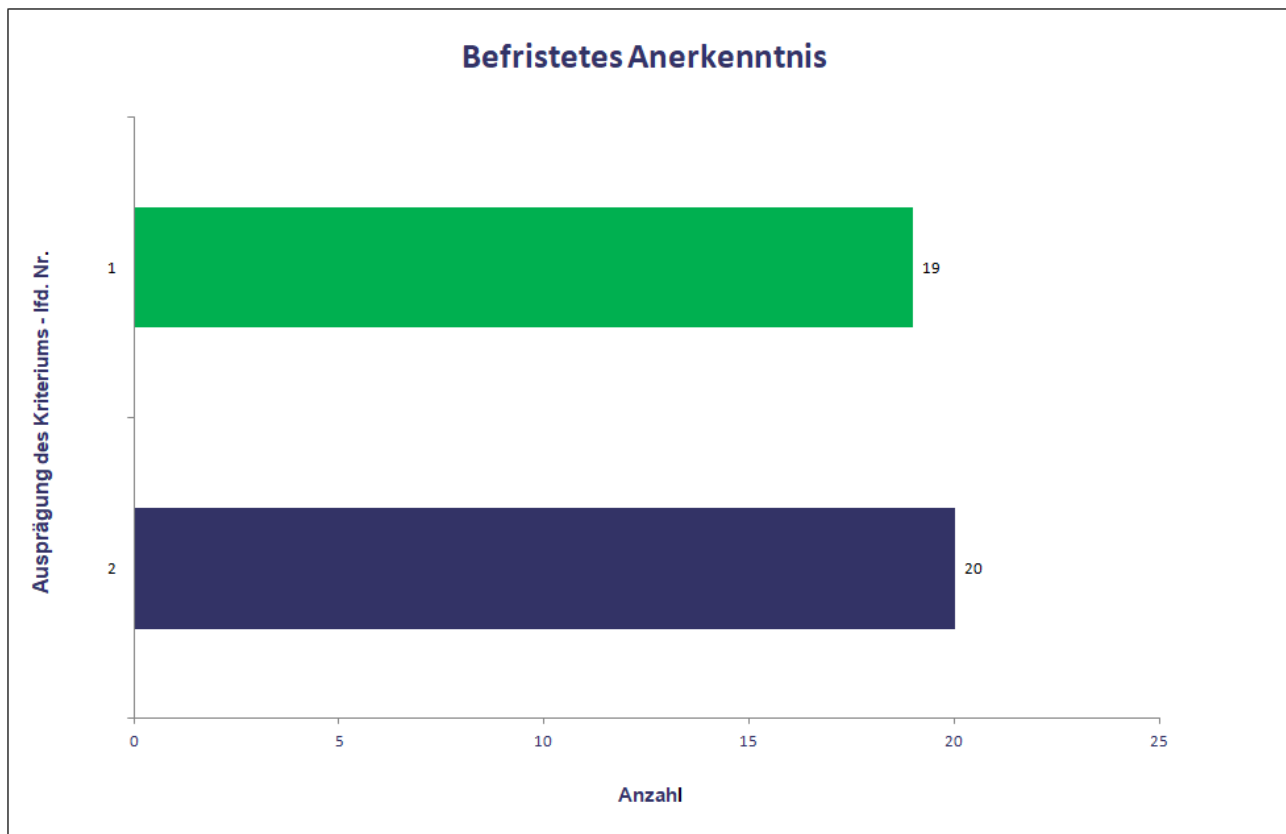
Befristetes Anerkenntnis

Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit kann eine erhebliche Zeit in Anspruch nehmen. Einige Versicherer bieten daher an, für den Zeitraum der Leistungsprüfung Pflegeleistungen befristet anzuerkennen. Dies kann für die versicherte Person aber durchaus problematisch werden, da ein zeitlich befristetes Anerkenntnis keine rechtlich verbindliche Leistungspflicht begründet. Dies führt insgesamt für die versicherte Person zu einer großen Rechtsunsicherheit. Daher sollte der Versicherer nach Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen möglichst zügig eine endgültige und rechtsverbindliche Entscheidung über die Leistungspflicht treffen.

Befristetes Anerkenntnis

Ausprägungen:

1. Es wird auf ein befristetes Anerkenntnis verzichtet
2. Die Versicherungsleistung kann auf 12 Monate befristet werden



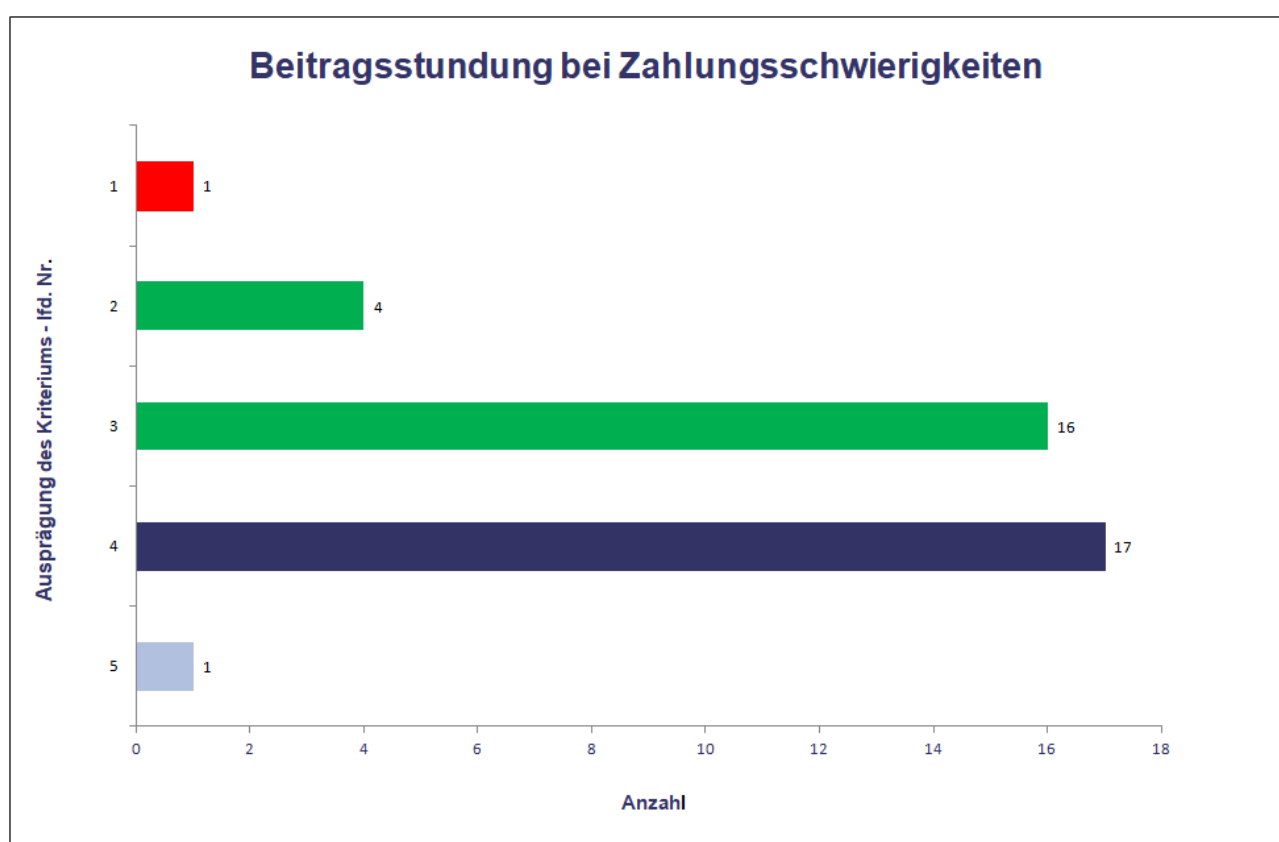
Beitragsstundung bei Zahlungsschwierigkeiten

Die Beitragsstundung ist bei Zahlungsschwierigkeiten eine Alternative zur unnötigen Kündigung eines bestehenden Vertrages. Im Detail betrachtet, wird durch die Beitragsstundung ein zeitlich begrenzter Aufschub bei vollem Versicherungsschutz der fälligen Beitragszahlung erwirkt. Nach Ablauf der zeitlich begrenzten Beitragsstundung hat der Versicherungsnehmer die gestundeten Beiträge zuzüglich der vereinbarten Stundungszinsen nachzuzahlen.

Beitragsstundung bei Zahlungsschwierigkeiten

Ausprägungen:

1. Es wird keine Beitragsstundung angeboten
2. Eine Beitragsstundung ist bis zu 24 Monate möglich (bei Elternzeit 36 Monate)
3. Eine Beitragsstundung ist bis zu 12 Monate möglich
- 4. Eine Beitragsstundung ist bis zu 6 Monate möglich**
5. Nicht relevant, da Einmalbeitrag



Nachversicherungsmöglichkeit ohne Anlass

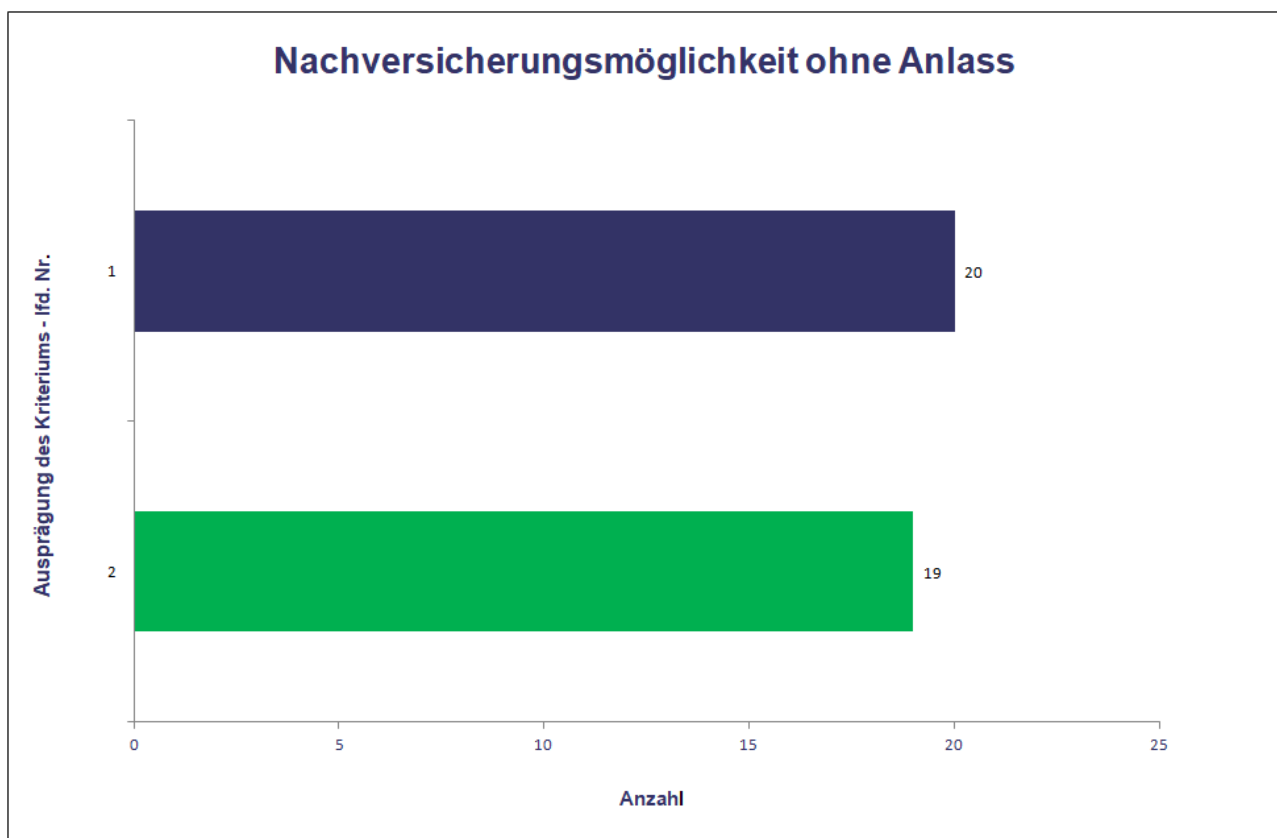
Erhöhungen ermöglichen es der versicherten Person, ohne erneute Gesundheitsprüfung den Versicherungsschutz zu erhöhen. Dieses Recht kann auf einen bestimmten Zeitraum (z.B. 5 Jahre) nach Vertragsabschluss und/oder den Eintritt bestimmter Lebensereignisse (z.B. Heirat, Geburt eines Kindes oder Aufnahme einer Finanzierung) begrenzt sein.

Bei einer Erhöhung ohne Anlass ist man nicht an bestimmte Ereignisse gebunden, doch gelten hier eindeutige zeitliche Einschränkungen. Trotzdem ist dies positiv zu bewerten, da es der versicherten Person die Möglichkeit bietet ihren Versicherungsschutz in einem bestimmten Rahmen nachzubessern.

Nachversicherungsmöglichkeit ohne Anlass

Ausprägungen:

1. **Es wird keine Nachversicherungsmöglichkeit ohne bestimmtes Ereignis angeboten**
2. Es wird keine Nachversicherungsmöglichkeit ohne bestimmtes Ereignis angeboten

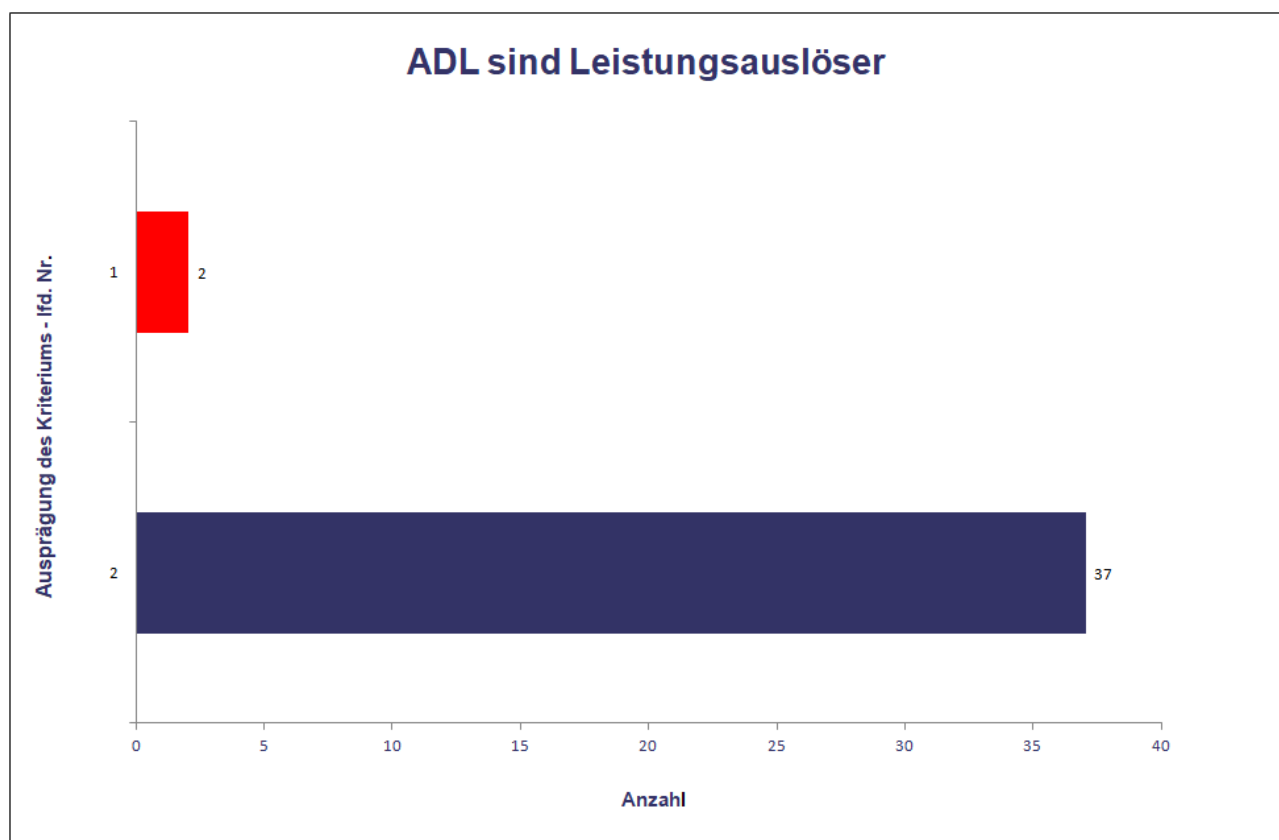


ADL sind Leistungsauslöser

Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit können verschiedene Verfahren zu Rate gezogen werden. Der Leistungsnachweis ist möglich anhand der gesetzlichen Bestimmungen (Pflegegrade), **des ADL-Punktesystems („Activities of Daily Living“ / „Tätigkeiten des täglichen Lebens“)** oder über die Schweregrade der Demenz. Entsprechend der Schwere der Erkrankung wird eine Leistung fällig. Vorteilhaft für die versicherte Person ist es, wenn es mehrere Alternativen der Leistungsbeurteilung gibt.

Ausprägungen:

1. ADL sind keine Leistungsauslöser
- 2. ADL sind Leistungsauslöser**

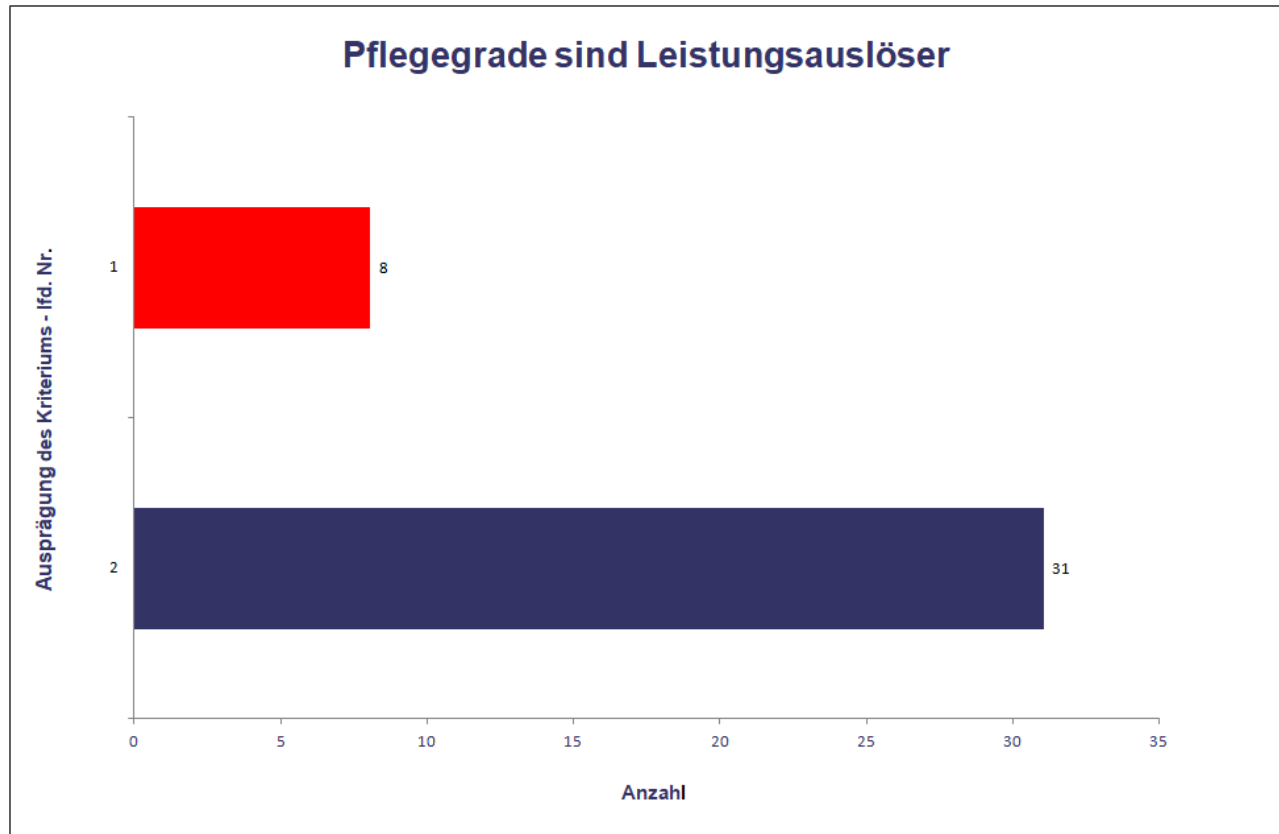


Pflegegrade sind Leistungsauslöser

Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit können verschiedene Verfahren zu Rate gezogen werden. Der Leistungsnachweis ist möglich anhand **der gesetzlichen Bestimmungen (Pflegegrade)**, des ADL-Punktesystems („Activities of Daily Living“ / „Tätigkeiten des täglichen Lebens“) oder über die Schweregrade der Demenz. Entsprechend der Schwere der Erkrankung wird eine Leistung fällig. Vorteilhaft für die versicherte Person ist es, wenn es mehrere Alternativen der Leistungsbeurteilung gibt.

Ausprägungen:

1. Pflegegrade sind keine Leistungsauslöser
2. **Pflegegrade sind Leistungsauslöser**

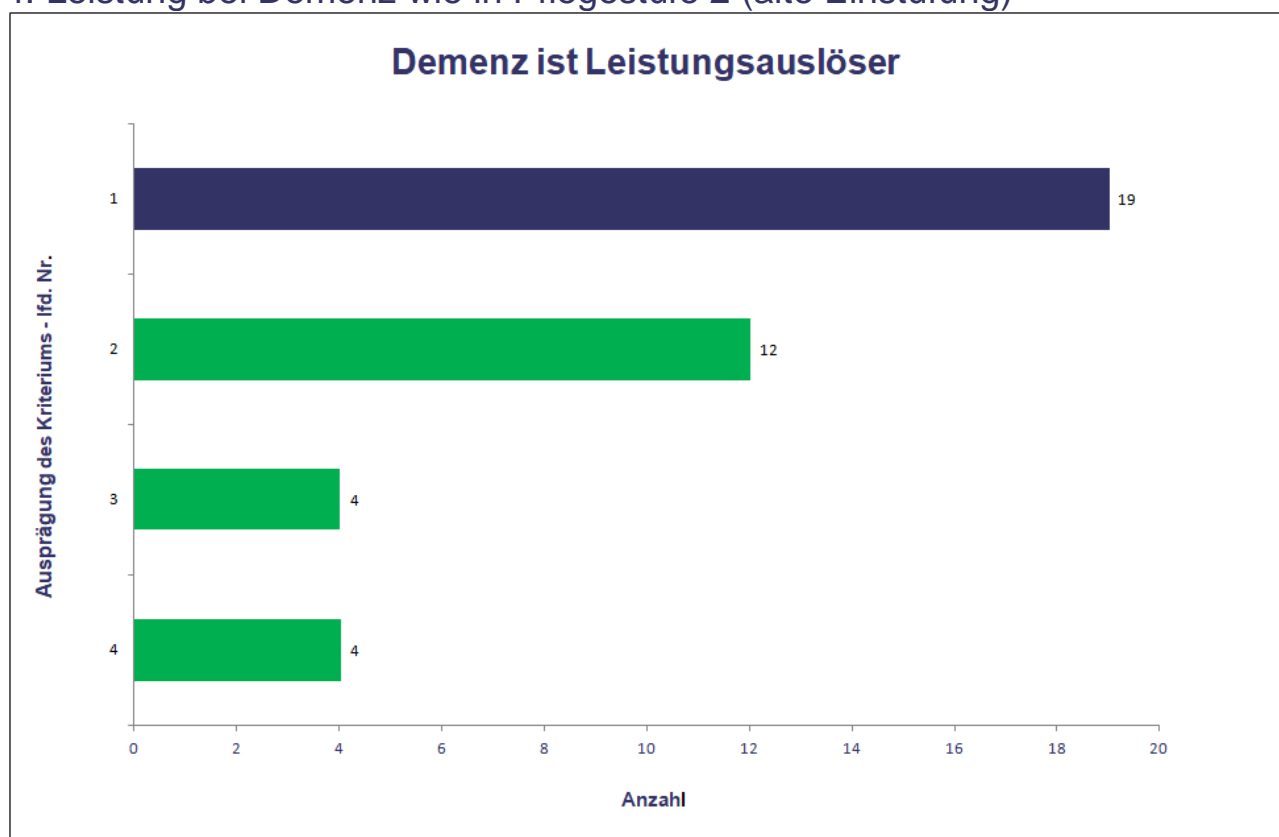


Demenz ist Leistungsauslöser

Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit können verschiedene Verfahren zu Rate gezogen werden. Der Leistungsnachweis ist möglich anhand der gesetzlichen Bestimmungen (Pflegegrade), des ADL-Punktesystems („Activities of Daily Living“ / „Tätigkeiten des täglichen Lebens“) oder über **die Schweregrade der Demenz**. Entsprechend der Schwere der Erkrankung wird eine Leistung fällig. Vorteilhaft für die versicherte Person ist es, wenn es mehrere Alternativen der Leistungsbeurteilung gibt.

Ausprägungen:

1. Keine Leistung über Demenz
2. Leistung bei Demenz wie Pflegegrad 2 bei Schweregrad 5 oder PG 4 bei SG 7
3. Beitragsbefreiung bei Demenz ab Schweregrad 5
4. Leistung bei Demenz wie in Pflegestufe 2 (alte Einstufung)





infinma – Institut für Finanz-Markt-Analyse GmbH

**Max-Planck-Str. 37 A
50858 Köln**

Telefon: (0 22 34) 9 33 69 - 0

Telefax: (0 22 34) 9 33 69 - 79

E-Mail : info@infinma.de