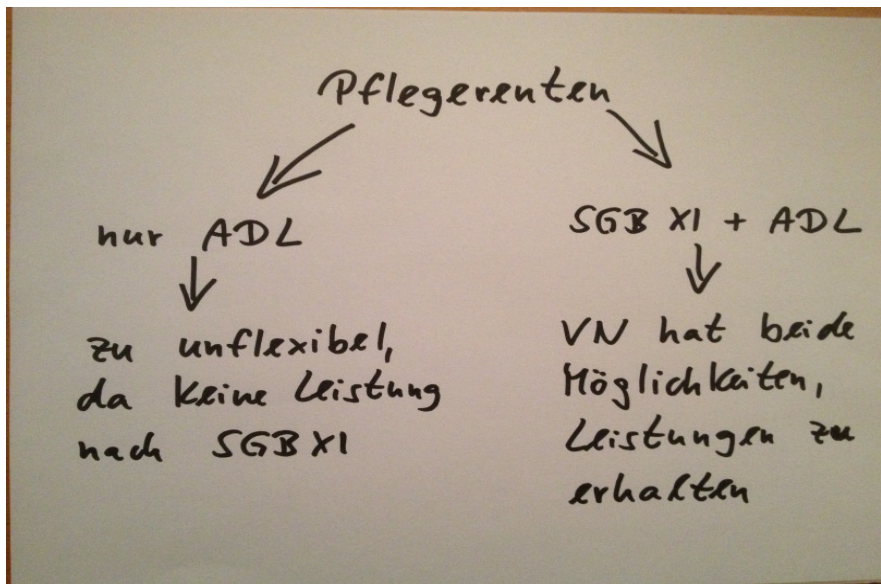


Irgend etwas stimmt mit den Pflegerenten nicht!

Ich habe mir die Pflegerenten einmal etwas genauer angesehen, und zwar unter dem Aspekt: wenn durch den MDK die Pflegebedürftigkeit geprüft und festgestellt wurde und die Pflegekasse einen Leistungsbescheid ausstellt, der die Pflegestufe und die Leistung beinhaltet: erhalte ich dann eigentlich Leistungen aus der privaten Pflegezusatzversicherung, also aus der Pflegerente? Immerhin ist man lt. SGB XI geprüft worden, d.h. man hat eine staatliche Einstufung/Prüfung hinter sich.

Das Fazit ist wirklich erschreckend!

Zuerst einmal unterscheidet man zwei Kategorien von Anbietern:



(ADL = activities of daily living = Aktivitäten des Täglichen Lebens = ATL)

Die Versicherungsbedingungen sprechen bei den Pflegerenten eine ganz andere Sprache als bei den Pfl egetagegeldern.

Fast alle Bedingungen, vor allem die Paragraphen „Mitwirkungspflichten des VN“ und „Nachprüfung“ und auch die Antragsfragen sind an die hauseigene BU angelehnt und haben nicht viel mit dem SGB XI zu tun!

Es gibt für die Feststellung einer BU keine gesetzliche Einstufung, daher ist es normal, dass ein Arzt die BU feststellen muss und noch weitere Unterlagen eingereicht werden müssen. Formulierungen wie: „ärztliche Feststellung“ hat wohl etwas mit BU zu tun, aber sicher nicht mit der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit gibt es ein Gesetz seit 1995, das SGB XI, und dort ist geregelt, wie die Pflegebedürftigkeit festgestellt wird und das wird vom MDK/Medic Proof umgesetzt.

Mir stellt sich hier wirklich die Frage: wurden die Bedingungen der BU einfach nur übernommen und/oder hat man sich mit dem Thema Pflege nicht auseinandergesetzt? Oder wollen die Versicherer einfach nur dabei sein, um auch eine Pflegezusatz anzubieten?

Meine Meinung ist: die Pflegerenten, so wie sie zurzeit auf dem Markt angeboten werden, sind komplett am Bedarf vorbei.

Einzige Ausnahme stellt die IDEAL dar, die ja als Gesellschaft keine BU anbietet (zur IDEAL wird es demnächst einen extra Beitrag geben).

Somit kann man den Pflegerenten-Markt ganz einfach in folgende Kategorien aufteilen:

| | |
|---|-------------------------------|
| BU-Versicherer, die Pflegerenten-Tarife anbieten | IDEAL Lebensversicherung a.G. |
|---|-------------------------------|

Folgende Formulierungen findet man in den Bedingungen und zum Teil habe ich diese als schriftliche Antwort von den Gesellschaften erhalten:

- Der Stand SGB XI ist bei den Gesellschaften unterschiedlich geregelt, z.B. Dt. Ring: 01.09.2011 / Inter 01.01.2008 / Signal 19.12.2007 / VolkswohlBund 15.12.2008 / WWK 15.12.2008. Wer weiß denn schon genau, was dort geregelt war? Ich finde das sehr verwirrend.
- Wir können außerdem weitere medizinische Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und **zusätzliche ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte** sowie notwendige Nachweise verlangen.
- Im Rahmen der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht ist die versicherte Person verpflichtet, **zumutbare Anordnungen zu befolgen**, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, **um die Heilung zu fördern oder die Pflegebedürftigkeit zu mindern**. Zumutbar ist zum Beispiel die **Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (bspw. das Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen)**.
- Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und **erforderliche Erhebungen selbst anstellen**.
- Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist an die Pflegebedürftigkeit i. S. der §§ 14 und 15 des SGB XI **angelehnt**.
- Der in unseren Bedingungen und in den Tarifbedingungen **verwendete Begriff der Pflegebedürftigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne überein**.
- Bei der Formulierung der Leistungsvoraussetzungen haben wir uns an denen der gesetzlichen Versorgung **orientiert**.
- ... **eigene Maßstäbe bei der Leistungsprüfung anzuwenden**.

Vor ein paar Tagen erhielt ich einen Flyer von der Swiss Life, worin die Versicherungsgesellschaft wie folgt wirbt:

BAGSO empfiehlt: Swiss Life Pflege- & Vermögensschutz

Die BAGSO vergibt per November 2012 eine Verbraucherempfehlung für den Swiss Life Pflege- & Vermögensschutz als verbrauchergerechtes und zielgruppenorientiertes Produkt.

Was bewertet die BAGSO?

Die Beurteilung der BAGSO bezieht sich auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Klarheit der Prospektangaben einschließlich der Plausibilität der in den Informationsmaterialien enthaltenen Werturteile und der Schlüssigkeit von Folgerungen. Die BAGSO hat unter anderem die Prospekte auf folgende Merkmale geprüft:

1. Ist das Produkt generell für ältere Menschen?
2. Ist das Informationsmaterial verbrauchergerecht aufgebaut?
3. Werden klare Informationen zur Abwicklung bei Eintritt des Versicherungsfalls gegeben?



Das ist schön, das Informationsmaterialien bewertet werden, nur: wer kann damit etwas anfangen? Sind Versicherungsbedingungen gar nicht wichtig? Das wäre ja toll, wenn man nur noch die Anträge mit den Kunden aufnehmen würde, den Flyer hinten dran und fertig.

Zu dem Punkt 3. „Werden klare Informationen zur Abwicklung bei Eintritt des Versicherungsfalls gegeben?“ habe ich in dem Flyer leider nichts gefunden (der Flyer ist anbei). Vielleicht habe ich auch den falschen Flyer bekommen!?

Was sagen denn nun die Versicherungsbedingungen der Swiss Life: erhält der Versicherungsnehmer Leistungen aus der Pflegerente und wenn ja, was muss er alles erbringen (welche Unterlagen?) und wie läuft die Nachprüfung ab?

Bitte achten Sie auf das **Rot-Markierte** und darauf, dass zwischen den Aufzählungen kein „**oder**“ steht, das heißt, alle Punkte sind zu erfüllen! Hier muss ich kurz anmerken, dass die Swiss Life mit zu den Versicherern gehört, die vergleichsweise wenig Unterlagen verlangen!

**Swiss Life Pflege- & Vermögensschutz, Stand: 04.2012
(AVB_EV_APV_2012_04)**

§3 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit haben Sie Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

3.1 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangt werden?

Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen

3.1.1 Werden Leistungen aus der Versicherung aufgrund von Pflegebedürftigkeit bzw. der Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit verlangt, hat uns der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der berechtigte Dritte die **ärztliche Feststellung der versicherten Pflegebedürftigkeit** anzuzeigen. Hierfür sind uns ohne schuldhaftes Verzögern folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit, z. B. das Gutachten des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung,**
- ausführliche Berichte der Ärzte**, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, **über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und den Umfang einer Pflegebedürftigkeit,**
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege. Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.**

3.1.2 Die Pflegebedürftigkeit infolge Demenz ist ärztlich nachzuweisen. Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrads der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie) durchgeführt und bestätigt werden.

3.1.3 **Wir können zur Feststellung unserer Leistungspflicht außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Wir können von der versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.** Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Untersuchungskosten übernehmen wir, nicht jedoch Reise- und

Aufenthaltskosten. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Hinweis zu Arztanordnungen

3.1.4 Wir machen die Leistung grundsätzlich nicht davon abhängig, dass die versicherte Person unzumutbaren ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitszustands folgt. Sie entscheidet darüber in freier persönlicher Verantwortung.

3.1.5 Die versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen Schadenminderungspflicht gemäß § 242 BGB verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind grundsätzlich Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Grenze der Leistungsregelung gemäß 2.2) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, Tragen von Prothesen).

3.1.6 Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet um die Heilung zu fördern oder die Pflegebedürftigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Pflegerentenversicherung nicht entgegen.

4 Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit

4.1 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?

4.1.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit und ihren Umfang nachzuprüfen.

4.1.2 Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen von 3.1.3 und 3.1.7 gelten entsprechend.

Meine Bemerkungen dazu:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit, z. B. das Gutachten des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und den Umfang einer Pflegebedürftigkeit,
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege. Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.

Wie oben schon erwähnt: warum reicht der Leistungsbescheid nicht aus, worin steht, dass ich Pflegestufe 1,2 oder 3 und folgende Leistungen (Geldleistungen, Sachleistungen (Pflegedienst) oder

stationäre Leistungen) erhalte. Man muss also noch das Gutachten von der Pflegekasse besorgen, welches diese nicht so ohne Weiteres heraus gibt. Das stellt oft eine Tortour dar, man muss hinterher sein und oft nachtelefonieren. Das fällt einem als 80-jähriger Pflegebedürftiger natürlich leicht. Außerdem wollen die Pflegekassen auch nicht, dass das Gutachten jemand sieht: dort kann man genau nachlesen, was und wie der MDK geprüft hat. Und: Könnte dieses Gutachten für den privaten Versicherer etwa interessant sein???? Ich denke sehr, denn dort stehen alle, aber auch wirklich alle Diagnosen und Wehwehchen des VN/Pflegebedürftigen drin.

Und wenn man das Gutachten nach ca. 2-3 Monaten endlich von der Pflegekasse hat und einreichen kann, müssen die behandelnden Ärzte auch noch Bescheinigungen ausfüllen „über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und den Umfang einer Pflegebedürftigkeit“. Da frage ich mich: wie soll ein Arzt diesen ganzen Pflegeumfang feststellen, er ist ja nicht der MDK und ausgebildet, um eine Pflegebedürftigkeit und deren Dauer und Umfang festzustellen.

Schon diese beiden Punkte sind komplett an der Realität vorbei!

Der Pflegedienst oder das Pflegeheim oder der Angehörige müssen zusätzlich Bescheinigungen ausstellen über Art und Umfang der Pflege. Und diese Kosten muss der VN selbst tragen.

3.1.3 Wir können zur Feststellung unserer Leistungspflicht außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Wir können von der versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.

Die Swiss Life kann außerdem auf ihre Kosten weitere ärztliche Untersuchungen verlangen. Wo muss der Pflegebedürftige denn noch alles hin? Und die Swiss Life darf alle Ärzte, Krankenhäuser etc. um Auskunft bitten. Und das alles unterschreibt man mit Antragsstellung.

3.1.5 Die versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen Schadenminderungspflicht gemäß § 242 BGB verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind grundsätzlich Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Grenze der Leistungsregelung gemäß 2.2) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, Tragen von Prothesen).

Im SGB XI §18 hat der Pflegebedürftige **Anspruch** auf Maßnahmen zur Verbesserung und Minderung des Gesundheitszustandes.

In dem Absatz 3.1.5 der Swiss Life **muss** er die Maßnahmen befolgen. Heißt das, dass der Versicherer sich hier aussuchen kann, ob er wie wann leistet? Was nützt einem bei dem Punkt eigentlich die MDK-Einstufung?

Dieser Passus geht in Richtung der ADL-Definitionen: lieber Pflegebedürftige, verwende doch bitte erst einmal sämtliche Hilfsmittel, die zur Verfügung gestellt werden und z.B. mit einer Beinprothese wird man ja noch einmal so richtig fitt. Erst wenn das alles nicht mehr hilft, werden wir, der Versicherer, entscheiden, ob das alles richtig angewendet wurde und ob wir dann leisten.

In dem Absatz 3.1.5 habe ich allerdings nicht gefunden, dass er sich nur auf die ADL-Definitionen bezieht, somit ist er für die Leistungen aus dem SGB XI auch anwendbar. Damit reden sich die Versicherungsunternehmen gern heraus, indem sie darauf verweisen, dass sie nach SGB XI und den ADLs leisten. Ist für mich nicht nachvollziehbar, dass diese beiden vom Ansatz her total verschiedene Leistungen über einen Kamm geschert werden. Zu den ADLs wird es demnächst noch einen extra Artikel geben.

4.1.2 Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

Und als 80-Jähriger muss man einmal jährlich umfassende Untersuchungen durch die Swiss Life-Ärzte durchführen lassen. Natürlich gern. Was nützt einem auch hier die staatliche Einstufung? Der Leistungsbescheid von der Pflegekasse ist meistens unbefristet und es kommt nur bei den Pflegegeld-Empfängern halbjährlich ein zugelassener Pflegedienst vorbei, um zu prüfen, ob die Pflegestufe noch aktuell ist und um evtl. Empfehlungen zur Verbesserung der Hilfemöglichkeiten zu geben. Pflegt ein Pflegedienst oder befindet sich der Pflegebedürftige in einem Pflegeheim, entfällt diese Überprüfung.

Ich denke, dass die Versicherer, die Berufsunfähigkeitsversicherungen anbieten, bei ihren Pflegerenten-Tarifen so einiges durcheinander bringen oder: ist es so gewollt? Diese Frage stellt sich mir, weil ich das so, wie gerade beschrieben, oder ganz ähnlich bei allen BU-Versicherern gefunden habe. Die WWK und die Inter setzen noch eins drauf: die wollen **gar keinen** Bescheid lt. SGB XI, also keinen Leistungsbescheid und kein Gutachten, sehen. Leisten aber nach SGB XI?

Zum Schluss ein Beispiel zur Gegenüberstellung der Formulierungen der Pflegerenten- und BU-Bedingungen der Nürnberger. Es ist wirklich nur ein Beispiel, das findet man bei allen anderen BU-Versicherern auch oder ähnlich (schwarz: Pflegerente-Bedingungen, rot: BU-Bedingungen).

Übrigens ist die Nürnberger wenigstens so ehrlich und hat mir folgendes geantwortet:

„Der in unseren Bedingungen und in den Tarifbedingungen **verwendete Begriff der Pflegebedürftigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung überein**. Grundsätzlich bewirkt deshalb eine Entscheidung eines Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung allein noch keinen Leistungsanspruch, wenngleich eine hieraus vorliegende positive Entscheidung ein **starkes Indiz** für einen Leistungsfall im Sinne unserer Bedingungen ist.

Hintergrund dieser - **unseres Erachtens marktüblichen** - Vorgehensweise ist die Tatsache, dass wir im Rahmen unserer Leistungsprüfung Punkte wie "vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung" und "Ausschlussstatbestände" berücksichtigen müssen.

Der verwendete Begriff der Pflegebedürftigkeit stimmt nicht mit dem SGB XI überein. Deshalb besteht erst einmal kein Leistungsanspruch, wenn man vom MDK eingestuft wurde. Das ist nur ein starkes Indiz. Und auch nach den gesetzlich geregelten 10 Jahren Verjährungsfrist für Arglist prüft man bei der Nürnberger noch die VVA. Und das ist alles marktüblich. Was soll man dazu noch sagen? Ich bin sprachlos.

Nürnberger Pflegerente NP2610 - Versicherungsbedingungen

§ 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung (bei Vertragsablauf beitragsfreier Versicherungen: die Auszahlung eines eventuell vorhandenen Überschussguthabens sowie Werte aus eventuell gutgebrachten Bewertungsreserven) verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

a) der Versicherungsschein;

a) der Versicherungsschein;

b) ein Nachweis über die letzte Beitragszahlung.

b) ein Nachweis über die letzte Beitragszahlung

(2) Bei Tod der versicherten Person ist zusätzlich eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde einzureichen.

(3) Bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person sind zusätzlich einzureichen:

(3) Bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person sind zusätzlich einzureichen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit bzw. bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;

c) eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

d) **gegebenenfalls** der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(5) Wir können außerdem - allerdings auf unsere Kosten - **weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen**, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

(6) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Pflegebedürftigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Pflegeversicherung nicht entgegen. Sie ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht **verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. die Verwendung von Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Seh- und Hörhilfen).**

FAZIT

Was nützen einem gute Leistungspakete, wenn man die Leistungen im Leistungsfall – vielleicht - gar nicht erhält?

Was nützen dem Verbraucher Empfehlungen von BRASGO oder ähnlichen Institutionen/Vereinen, die Flyer begutachten?

Im Pflegerenten-Bereich gibt es einfach die Unterscheidung zwischen den BU-Versicherern und der IDEAL. Da die IDEAL keine Berufsunfähigkeitsversicherung anbietet, kann sie die Bedingungen auch nicht übernommen haben. Und auch der Antrag ist kein BU-Antrag (Beitrag über die IDEAL folgt).

Die Pflegerenten sind komplett am Bedarf und an der Realität vorbei. Wenn man solche Versicherungsbedingungen vorfindet, können die Vorteile einer Pflegerente, wie sie immer aufgezählt werden (Bildung von Rückkaufswerten, flexibel in der Einzahlung (Beitragsaussetzung, -stundung etc.), relativ stabile Beiträge, weltweiter Geltungsbereich, relativ hohe Demenzabsicherung möglich etc.) mich nicht überzeugen. Außerdem ist für mich die Pflegebedürftigkeit eine Risikoabsicherung, welche mit den Pflegetagegeldern und Pflegekostentarifen abgedeckt werden kann. Zusätzlich sollte man immer gut finanziell fürs Alter vorsorgen.

Anlage 1: BRASGO empfiehlt Swiss Life

Anlage 2: Flyer Swiss Life