

Megatrend Pflege

Die Palette an Pflegezusatztarifen ist groß geworden. Auch weil die meisten Versicherer die Gesetzesänderung des SGB XI 2017 zum Anlass genommen, ihre Produkte zu überarbeiten. Jetzt muss nur noch der Kunde vom Wert der Pflegeversicherung überzeugt werden.

Von Leonie Pfennig

Das Pflege Thema ist seit Jahren in den Medien sehr präsent, zum Beispiel mit der Umstellung der Pflegestufen in die Pflegegrade zum 1. Januar 2017, der jahrzehntelangen Diskussion um den Pflegefachkräftemangel oder der Einführung des Angehörigen-Entlastungsgesetzes im Januar 2020 (Freigrenze für die Kinder bis einschließlich 100.000 Euro Jahresbruttoeinkommen). Höchst interessant scheinen auch die Überlegungen, die künstliche Intelligenz in den Pflegebereich zu integrieren: Wie können Pflegeroboter in der Zukunft das Pflegepersonal und die Angehörigen bei der körperlich anstrengenden Pflege entlasten? Wie kann man hochentwickelte technische Geräte, wie z.B. das Exoskelett, welches einem den aufrechten Gang ermöglicht, einsetzen? Die Kunden kommen aus diesen Gründen immer mehr von selbst auf einen zu und bitten um Beratung. Natürlich ist auch nach wie vor die Motivation zum Abschluss einer Pflegezusatzversicherung sehr hoch, wenn sich im Familienkreis oder der nahen Umgebung ein Pflegefall befindet und die Angehörigen, Freunde und Bekannte hautnah miterleben, was die Pflege eines Menschen finanziell, physisch und psychisch bedeutet.

ANSATZPUNKTE ZUR KUNDENANSPRACHE

Diesen – ich nenne es mal kleinen Hype - sollte man als Versicherungsmakler jetzt nutzen. Es gibt mehrere Situationen im Beratungsgespräch, in denen man die Kunden ansprechen kann. Es gibt praktisch bei fast jeder Sparte eine Verbindung zum Pflege Thema, z.B. bei der Beratung von Berufsunfähigkeitsversicherungen (einige Tarife haben ja Pflegeleistungen schon mit im Tarif), bei Privaten Krankenvoll- oder Zusatz-



versicherungen, bei Risikolebensversicherungen, bei Wohngebäudeversicherungen. Das Pflegethema eignet sich auch dafür, den Kunden ganzheitlich zu betrachten und zu beraten. Die individuelle Situation des Kunden spielt eine große Rolle, es sollte die ganze Familie inklusive der Kinder betrachtet werden. Apropos Kinder: Bei den Pflegetagegeldern gibt es die Möglichkeit, das Neugeborene über die Kinderversicherung ohne Gesundheitsprüfung zwei Monate nach der Geburt in gleicher Höhe wie das Elternteil zu versichern, wenn dieses seit mindestens drei Monaten vor der Geburt selbst eine Pflegetagegeldversicherung abgeschlossen hat.

Immer wieder berichten Kollegen, dass sich eine zeitlich aufwendige Pflegeberatung finanziell nicht lohnt. Außerdem denken sie, dass dem Kunden ganz genau das Pflegeversicherungsgesetz erklärt werden muss. Für die Kundenberatung ist es nicht notwendig, das SGB XI auswendig zu kennen. Es reicht völlig aus, wenn man zwei bis drei Eckdaten weiß, z.B. wie hoch die Entgelte in den einzelnen Pflegegraden sind und was die Pflegegrade 1 und 5 wirklich bedeuten.

„Sollte der Kunde in der BU abgelehnt oder nur mit starken Einschränkungen angenommen werden, ist es ratsam, eine Risikovorfrage im Pflegebereich zu stellen.“

Ein kleines, manchmal auch großes Hindernis stellt die Gesundheit des Kunden dar. Die Risiken werden hier anders als in der BU- oder Krankenvollversicherung geprüft. Sollte der Kunde in der BU abgelehnt oder nur mit starken Einschränkungen angenommen werden, ist es ratsam, eine Risikovorfrage im Pflegebereich zu stellen. Oder schauen Sie sich auch gern die Grundfähigkeiten- oder Dread Disease-Tarife an. Ein weiterer Ansatzpunkt zur Kundenansprache ist die Vermittlung der anwaltlichen Erstellung von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. Das ist ein Service für den Kunden und auch hier bespricht man seine Absicherungen und eventuell sogar seine finanziellen Mittel.

Für uns Versicherungsmakler ist es wichtig, dass der Kunde seine finanziellen Angelegenheiten regelt. Ein fremder Betreuer, bestellt vom Betreuungsgericht, kann Versicherungen und Anlagenformen auflösen. Das ist für den Kunden eine Katastrophe, für uns Makler bedeutet das den Verlust

der Kundenverbindung. Meine Beratungsgespräche laufen immer ähnlich ab. Zuerst beantworte ich die Anfangsfragen des Kunden. Danach schicke ich meinen Gesundheitsfragebogen zu. Dieser beinhaltet die Gesundheitsfragen der Versicherer, die ich favorisiere. In dem Bogen frage ich nicht nur die Gesundheit ab, sondern auch die Wünsche des Kunden, wie zum Beispiel die Absicherungshöhe und seine Beweggründe für den Abschluss einer Pflegezusatzversicherung.

Wenn der Kunde keine weiteren gesundheitlichen Probleme hat, bekommt er von mir bis zu drei Empfehlungen. Hierbei achte ich besonders auf die Leistungsmerkmale eines Tarifes. Gleichzeitig ist mir wichtig, dass der Kunde im Leistungsfall relativ schnell und problemlos seine Leistungen erhält. Sollte er die Gesundheitsfragen in Teilen mit einem Ja beantworten, mache ich eine anonyme Risikovorfrage. Gibt es z.B. nur ein Problem mit dem Verhältnis von Größe und Gewicht, gibt es einige wenige Versicherer, die nicht danach fragen. Nachdem ich das Votum der Versicherer bekommen habe, teile ich dieses Ergebnis dem Kunden mit und schicke ihm eine Empfehlung mit dem einen Tarif oder den Tarifen, die in Frage kommen. Ich habe eine Excel-Tabelle entwickelt, die die Leistungsmerkmale enthält, die ich wichtig finde. Zusätzlich habe ich Mindestanforderungen formuliert, die ich an einen Tarif stelle. Ich verwende keine Vergleichsrechner, sondern sehe mir die Versicherungs- und Tarifbedingungen an und prüfe diese auf Praxistauglichkeit. Regelmäßig analysiere ich den Pflegezusatz-Markt und halte die Tabelle auf dem aktuellsten Stand.

WAS DER KUNDE BRAUCHT

Erst jetzt führe ich mit dem Kunden ein Beratungsgespräch durch, indem ich mit ihm die Leistungsmerkmale durchgehe und ihn zur Höhe der Absicherung berate. Meine Empfehlung aufgrund meiner jahrelangen Erfahrung als Versicherungsmaklerin und auch aus der Pflegepraxiserfahrung als Inhaberin eines ambulanten Pflegedienstes heraus sind 70 Euro Tagessatz im Pflegegrad 5 das Absicherungs-Minimum. Es gibt viele Quellen, die man verwenden kann, um dem Kunden aufzuzeigen, wie teuer ein Pflegeheimplatz bei ihm um die Ecke ist, wie zum Beispiel den AOK-Pflegenavigator (www.pflege-navigator.de). Das Statistische Bundesamt (www.destatis.de), die verschiedenen Fachjournale oder der PKV-Verband bieten auch diverse Informationen dazu.

Die Zusatzkosten, die im Pflegefall entstehen können, sind finanziell nicht zu unterschätzen. An allererster Stelle stehen die Hilfsmittel wie Inkontinenzwindeln, Bettunterlagen, Desinfektionsmittel etc. Hier übernimmt die Pflegekasse bis maximal 40 Euro im Monat, das reicht bei Weitem nicht aus. Wenn man inkontinent ist, muss man mit mindestens 150 bis 200 Euro monatlich für diese Hilfsmittel rechnen.

Diese zusätzlichen finanziellen Aufwendungen müssen in die Berechnung der Absicherungshöhe mit einfließen. Gibt es denn noch Verbesserungspotentiale bei den Pflegezusatztarifen? Hier meine Wunschliste:

1. Es könnte viel häufiger angeboten werden, dass der Kunde die Wahl hat zwischen den Tarifen kalkuliert mit und ohne Alterungsrückstellungen (Risikovarianten). Die komplette Umstellung in den Tarif mit Alterungsrückstellungen sollte mit dem 65. bis 67. Lebensjahr erfolgen, zu dem Zeitpunkt, wo die meisten BU-Versicherungen auslaufen.

2. Es sollte der Leistungsbescheid der Pflegekasse zur Leistungsprüfung ausreichen. Eine private Pflegezusatzversicherung ist eine Ergänzungsversicherung zum SGB XI. Der Kunde wurde schon vom MDK lt. SGB XI eingestuft. Der Versicherer sollte dieses Prozedere akzeptieren und nicht noch einmal alles nachprüfen, indem er zur Leistungsprüfung immer das MDK-Gutachten verlangt. Sollte der Versicherer Bedenken wegen der VVA haben, kann er natürlich diesen Vorgang separat prüfen und dann auch gern durch Einreichung des MDK-Gutachtens.

3. Ein Tarif sollte so flexibel wie möglich sein, damit die Kunden es leichter haben, sich auch schon in jüngeren Jah-

ren, wo sie noch das ganze Arbeitsleben vor sich haben, für eine Pflegeabsicherung entscheiden zu können. „Baukastensysteme“ würden sich anbieten. Der Kunde sollte wählen können, ob er eine Einmalleistung wünscht, ab wann er eine Beitragsbefreiung für angemessen hält bzw. ob er diese überhaupt möchte, ob er die Absicherung im Pflegegrad 1 sinnvoll findet oder ob er eine Alternativprüfung nach den ADLs wichtig findet.

Das Pflegeversicherungsgesetz SGB XI gibt es nun schon seit 25 Jahren und es hat sich nichts daran geändert, dass es nach wie vor nur eine Teilabsicherung ist. Die Leistungen der Pflegekasse reichen, wenn man sich professionell durch einen Pflegedienst oder in einem Pflegeheim pflegen lässt, nur bis ca. der Mitte eines Monats. Ob jung oder alt, ich würde allen Menschen dazu raten, eine Pflegezusatzversicherung abzuschließen.

Leonie Pfennig, unabhängige Finanz- und Versicherungsmaklerin mit Spezialisierung auf Pflegezusatzversicherung sowie Dozentin für private und gesetzliche Pflegeversicherung.

FONDSPiLOT
powered by SAII

Jetzt anmelden zur Tour unter:
vertriebstour.stuttgarter.de

Auf Erfolgskurs mit dem FONDSPiLOT:

einfach, schnell und noch sicherer.

Die Stuttgarter hat mit dem FONDSPiLOT eine innovative Lösung entwickelt, die Vermittler entlastet, ihre Beratung erleichtert und ihnen dabei zusätzliche Sicherheit gibt. Erfahren Sie mehr über unser neues digitales Beratungstool zur Portfolio-Auswahl und unsere zukunftsweisende Portfolio-Anpassung unter fondspilot.stuttgarter.de

Zukunft machen wir aus Tradition.



Die Stuttgarter
Der Vorsorgeversicherer