

Infoblatt zur Altersvorsorge und zum Risiko

Pflegebedürftigkeit (Minderung des Lebensstandards):

Pflegezusatzversicherung

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) setzt sich seit seiner Gründung im Jahr 1982 dafür ein, Verbraucherrechte gegenüber Politik, Staat und Versicherungslobby zu vertreten. Er ist als gemeinnütziger Verein anerkannt und mit seinen rund 45.000 Mitgliedern eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands. Der BdV finanziert sich über die Beiträge seiner Mitglieder und erhält keine öffentlichen Zuwendungen. So kann er sich überparteilich und unabhängig von politischer Einflussnahme als Interessenvertreter für Versicherte einsetzen.

Der BdV ► **informiert Verbraucher*innen** zu privaten Versicherungen und Altersvorsorge-Themen.

► **setzt sich für Versicherte ein** – aktiv auf politischer Ebene und offensiv über Verbandsklagen.

► **unterstützt seine Mitglieder** bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen und bietet ihnen die Möglichkeit, bestimmte private Risiken über Gruppenversicherungen und Gruppenrahmenverträge abzusichern.

Die Pfl egetagegeldversicherung (als ungeförderte Variante) ist eine der wichtigsten Versicherungen für Eheleute und eheähnliche Lebensgemeinschaften – es gibt dennoch Versicherungsverträge, die gleichermaßen wichtig (oder wichtiger) sein können. Andere Pflegezusatzversicherungen sind allenfalls als Ergänzung zur ungeförderten Pfl egetagegeldversicherung geeignet.

In diesem Infoblatt finden Sie die wichtigsten Informationen zu diesen und weiteren Themen zur Pflegezusatzversicherung und gezielt Antworten zu diesen Fragen:

- Was sollten Sie vor der Auswahl eines Versicherungsvertrages prüfen?
- Welche Informationen bekommen Sie als BdV-Mitglied zu empfehlenswerten Tarifen?

Auf der nächsten Seite finden Sie **das Wichtigste auf einen Blick**.

Das Wichtigste auf einen Blick

Allgemeiner Hinweis: Alle Informationen in diesem Infoblatt haben wir sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen zusammengestellt. Die Infoblätter aktualisieren wir regelmäßig und stellen sie unter <https://www.bunddersicherten.de> bereit – dabei behalten wir uns jederzeit inhaltliche Änderungen vor. Gleichwohl können wir für die Richtigkeit und Aktualität keine Gewähr übernehmen. Das Infoblatt gibt den aus der Fußzeile ersichtlichen Stand wieder, sofern nicht abweichend kenntlich gemacht. Das Infoblatt soll Ihnen eine erste Orientierungshilfe geben und kann keinesfalls eine individuelle Beratung für den konkreten Einzelfall ersetzen.

Die private Pflegetagegeldversicherung ist eine der wichtigsten Versicherungen für Eheleute und eheähnliche Lebensgemeinschaften. Ergänzend sollten Sie dennoch solche Absicherungen prüfen, die gleichermaßen wichtig (oder wichtiger) sein können.

Wenn Sie pflegebedürftig werden, können Sie mit einer privaten Pflegezusatzversicherung die Ausgabenbelastungen bei Pflegebedürftigkeit absichern.

Wenn die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) für die pflegebedürftige Person – zusammen mit ihren Vermögen und anderen Einkünften wie Altersrenten(!) – nicht ausreichen, um die Pflegeaufwendungen zu decken, sind Ehepartner*innen sowie Personen, die in nicht-ehelicher Lebensgemeinschaft mit Pflegebedürftigen im gemeinsamen Haushalt zusammenleben verpflichtet, sich an den Pflegekosten zu beteiligen (Ehegattenunterhalt), wobei deren bzw. dessen eigene Leistungsfähigkeit zu beachten ist. Kinder und Eltern müssen sich an den Pflegekosten beteiligen, wenn ihr eigenes Jahresbruttoeinkommen 100.000 Euro übersteigt.

Für Singles ist die Pflegetagegeldversicherung dann eine wichtige Versicherung, wenn der eigene Lebensstandard im Fall der Pflegebedürftigkeit erhalten werden soll.

Den besten Schutz zur Absicherung der Pflegebedürftigkeit bietet die (ungeförderte) Pflegetagegeldversicherung. Diese Variante wird von privaten Krankenversicherern angeboten. Sie leistet den vertraglich vereinbarten Tagessatz (als Monatsleistung) in Abhängigkeit vom Pflegegrad, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen voraussichtlich dauerhaft pflegebedürftig sind. Diese Leistung ist unabhängig von den tatsächlich entstandenen Pflegekosten. Die anderen Pflegezusatzversicherungen sind in Ihren Leistungen eingeschränkter und allenfalls als Ergänzung zur ungeförderten Pflegetagegeldversicherung geeignet.

Für Fragen rund um private Versicherungen, Altersvorsorge und die BdV-Mitgliedschaft:

Bund der Versicherten e. V.
Gasstr. 18 – Haus 4
22761 Hamburg

Telefon: +49 40 – 357 37 30 0 (für Mitglieder)
Telefon: +49 40 – 357 37 30 98 (für Nichtmitglieder)
Fax: +49 40 – 357 37 30 99
E-Mail: info@bunddersicherten.de
Internet: www.bunddersicherten.de

Vereinssitz: Hamburg
Amtsgericht Hamburg, VR 23888
Vorstand: Axel Kleinlein (Sprecher), Stephen Rehmke

Inhalt

- 1. Gesetzliche Versorgungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit**
- 2. Das leistet die Pflegezusatzversicherung**
- 3. Das kostet die Versicherung**
- 4. Wer braucht den Versicherungsschutz?**
- 5. Was brauchen Sie nicht?**
- 6. Das haben Sie beim Vertragsschluss zu beachten**
- 7. Diese Pflichten haben Sie aus dem Versicherungsvertrag**
- 8. Diese Kriterien sollte eine Pflegetagegeldversicherung (ungefördert) erfüllen**
- 9. BdV-Tarifempfehlungen**

1. Gesetzliche Versorgungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit

Es besteht eine gesetzliche Verpflichtung, sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern. GKV-Versicherte sind in der Regel über die soziale Pflegeversicherung (SPV) versichert. Bei PKV-Versicherten leistet die private Pflegepflichtversicherung (PPV) bei Pflegebedürftigkeit.

Das leisten SPV und PPV

Im Sozialgesetzbuch XI sind die Leistungen der Pflegepflichtversicherung festgelegt. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung den Alltag nicht allein bewältigen können. Die Leistungen der PPV und der SPV sind gleichwertig. Alle Pflegebedürftigen erhalten einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie unter körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen leiden.

Wer einen Antrag auf Pflegeleistungen stellt, wird anhand eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments in einen Pflegegrad eingestuft. Bei SPV-Versicherten nimmt der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) die Begutachtung vor, für PPV-Versicherte ist MEDICPROOF als Begutachter zuständig. Es gibt fünf Pflegegrade (PG 1 bis PG 5), die sich an der Art und Schwere der jeweiligen Beeinträchtigungen orientieren. Der Pflegegrad berechtigt die pflegebedürftige Person zu regelmäßigen monatlichen Leistungen (als Geldleistung, Kostenerstattung oder Pflegesachleistung).

Allgemeiner Hinweis: Diese Leistungen sind – gemäß der Zahlenwerte in der folgenden Tabelle – summenmäßig begrenzt. SPV und PPV leisten nicht für Aufwände, die diese Grenzen übersteigen.

PG	Vollstationäre Pflege im Pflegeheim	Pflegesachleistungen für ambulante häusliche Pflege durch Fachpersonal	Pflegegeld bei häuslicher Pflege*
1	125 Euro	0 Euro	0 Euro
2	770 Euro	724 Euro	316 Euro
3	1.262 Euro	1.363 Euro	545 Euro
4	1.775 Euro	1.693 Euro	728 Euro
5	2.005 Euro	2.095 Euro	901 Euro

* z. B. durch pflegende Angehörige

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die ambulant gepflegt werden, erhalten einen einheitlichen Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich. Dieser ist zweckgebunden. Er kann zur

Finanzierung einer teilstationären Tages- oder Nachtpflege, einer vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege oder für Leistungen ambulanter Pflegedienste verwendet werden. Dies gilt jedoch nicht in den Pflegegraden 2 bis 5 bei Leistungen im Bereich der Selbstversorgung. Der Betrag wird zusätzlich zu den sonstigen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege gewährt und wird nicht mit den anderen Leistungsansprüchen verrechnet.

BdV-Tipp: Informationen und Antworten auf Fragen zur Pflegeversicherung bekommen Sie über das „Bürgertelefon zur Pflegeversicherung“ des Bundesministeriums für Gesundheit: 030-340606602.

Versorgungslücken bei Pflegebedürftigkeit

Ein Pflegeplatz für eine vollstationäre Betreuung in Pflegegrad 5 kann monatlich 3.000 Euro oder mehr kosten. Da die Leistungen von SPV und PPV summenmäßig begrenzt sind, decken sie nur einen begrenzten Teil der anfallenden Kosten im Pflegefall ab.

Ein Beispiel (Werte sind kaufmännisch gerundet):

PG	Monatsleistung von SPV/PPV bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim	Eigenanteile (Bundesdurchschnitt) als Gesamtheimentgelte abzüglich Ausbildungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten
1	125 Euro	1.670 Euro
2	770 Euro	2.011 Euro
3	1.262 Euro	2.503 Euro
4	1.775 Euro	3.016 Euro
5	2.005 Euro	3.246 Euro

Quelle: vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen, 2020; Finanzierung – vollstationäre Pflege (vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html, abgerufen am 28. Juni 2021).

Die Gesamtheimentgelte und damit die Eigenanteile der Pflegebedürftigen im Pflegeheim unterscheiden sich je nach Einrichtung und Pflegestandort (Bundesland und/oder Kommune). Sie umfassen neben den Kosten für die vollstationäre Dauerpflege auch Kosten der Unterkunft und Verpflegung. Zusätzlich müssen Pflegeheimbewohner*innen sich auch an den individuellen Ausbildungskosten und Investitionskosten des Pflegeheims beteiligen. Das sind die Kosten, die dem Pflegeheim durch Herstellung, Anschaffung und Instandsetzung von Gebäuden und der damit verbundenen technischen Anlagen entstehen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung liegen im Bundesdurchschnitt bei monatlich 774 Euro. Die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten liegen im Bundesdurchschnitt bei monatlich 455 Euro.

Auch bei häuslicher ambulanter Pflege durch Angehörige und/oder durch Pflegedienste entstehen Aufwände, die über die Leistungen von SPV oder PPV hinausgehen. Die Höhe der Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen hängt vom jeweiligen Pflegegrad und dem individuellen Bedarf ab.

2. Das leistet die Pflegezusatzversicherung

Bei Pflegebedürftigkeit zahlen Pflege(zusatz)versicherungen eine Geldleistung oder erstatten die Kosten für Pflegeaufwendungen in vertraglichem Umfang.

Es gibt im Wesentlichen sechs Varianten bei der privaten Pflegezusatzversicherung:

1) **Pflegetagegeld (ungefördert)**

Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) bieten Pflegetagegeldtarife an, die bei Pflegebedürftigkeit das vereinbarte Tagesgeld – üblicherweise als Monatsleistung – zahlen. Die Leistung erfolgt lebenslang (solange die Pflegebedürftigkeit andauert) und unabhängig von tatsächlich entstandenen Kosten. Die Höhe richtet sich nach dem vereinbarten Tarif und dem festgestellten Pflegegrad:

Versicherte können frei über die Geldleistung verfügen. Ein Kostennachweis ist nicht nötig.

- Es gibt zum einen Tarife mit festen prozentualen Leistungen, d. h. der volle Tagessatz (in Höhe von 100 Prozent der versicherten Leistung) wird häufig erst ab Pflegegrad 5 fällig. Bei anderen Pflegegraden erfolgt je nach Tarif meist eine anteilige Auszahlung – u. U. sieht der Tarif unterschiedliche Tagesgeldhöhen für ambulante und stationäre Pflegesituationen vor.
- Zum anderen gibt es Tarife, die es ermöglichen, die Tagesgeldhöhen für alle zehn Leistungsbereiche individuell zu vereinbaren: also einen frei wählbaren Eurobetrag für ambulante Pflege in PG 1, einen frei wählbaren Eurobetrag für stationäre Pflege in PG 1, einen frei wählbaren Eurobetrag für ambulante Pflege in PG 2 etc.

Ein Pflegetagegeldtarif sollte mindestens die Vergütung für vollstationäre Pflege und die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten decken und deshalb folgende monatliche Leistungen vorsehen:

PG	Monatsleistung bei ambulanter Pflege	Monatsleistung bei stationärer Pflege
1	mindestens 20 % (= 300 Euro)	mindestens 20 % (= 300 Euro)
2	mindestens 30 % (= 450 Euro)	100 % (mindestens 1.500 Euro)
3	mindestens 40 % (= 600 Euro)	100 % (mindestens 1.500 Euro)
4	mindestens 40 % (= 600 Euro)	100 % (mindestens 1.500 Euro)
5	100 % (mindestens 1.500 Euro)	100 % (mindestens 1.500 Euro)

Besonderer Hinweis: PKV-Unternehmen dürfen bei gestiegenen Leistungsausgaben die Prämie anpassen. Allerdings dürfen sie nicht die vertraglichen Leistungen kürzen. Dies gilt auch für die anderen Angebote von PKV-Unternehmen: also Pflegekosten- und „Pflege-Bahr“-Tarife.

2) Pflegekostenversicherung

Auch Pflegekostenversicherungen werden von PKV-Unternehmen angeboten. Die Tarife erstatten tatsächlich entstandene Kosten, die nicht durch die SPV oder die PPV vollständig abgedeckt werden – üblicherweise bis zu einem bestimmten Höchstbetrag oder Prozentsatz. Diese Kosten müssen Versicherte durch Rechnungen nachweisen. Die Leistung erfolgt lebenslang, solange die Pflegebedürftigkeit andauert.

Pflegekostentarife sind gegenüber Pfl egetagegeldtarifen nachteilig, weil Versicherte keine frei verfügbare Geldleistung erhalten. Deshalb kommen diese Tarife lediglich für diejenigen in Frage, die professionelle Pflegedienstleister nutzen möchten. Auch sind weder frei wählbare Höhen je Pflegegrad noch dynamische Erhöhungen der versicherten Leistungen möglich, weshalb Pflegekostentarife keine bedarfsgerechte Alternative zu ungeförderten Pfl egetagegeldtarifen sind.

3) Pfl egetagegeld (gefördert als „Pflege-Bahr“)

Der „Pflege-Bahr“ ist eine staatlich geförderte Pfl egetagegeldversicherung für SPV- und PPV-Versicherte. Die Leistung erfolgt lebenslang, solange die Pflegebedürftigkeit andauert. Versicherte können frei über die Geldleistung verfügen. Die Tarife werden von PKV-Unternehmen angeboten und müssen bestimmte gesetzliche Anforderungen erfüllen – wie v. a.:

- Sie müssen alle volljährigen Antragsteller, die noch keine Leistungen der SPV oder PPV als Pflegebedürftige beziehen oder bezogen haben, aufnehmen (Annahmeverpflichtung bzw. „Kontrahierungszwang“) und auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichten. Der Versicherer darf bei den Antragstellern also lediglich erfragen, ob sie SPV-/PPV-Leistungen beziehen oder bezogen haben

- „Pflege-Bahr“-Tarife sehen eine **fünfjährige Wartezeit** vor – d. h. wenn die Pflegebedürftigkeit oder Demenz (Pflegegrad 1) während dieser Wartezeit eintritt, wird das versicherte Pflegegeld erst nach Ablauf dieser fünf Jahre gezahlt. Üblicherweise verzichten Anbieter bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit auf die Wartezeit.
- **Mindestprämien, Förderzuschuss und Mindestleistungen:** Die monatliche Prämie muss bei mindestens 15 Euro liegen – die Prämie wird um einen staatlichen Zuschuss in Höhe von fünf Euro gemindert. Der Versicherer zahlt das vereinbarte Tagesgeld, wenn SPV bzw. PPV die Pflegebedürftigkeit anerkennt – das versicherte Tagesgeld muss mindestens die folgenden monatlichen Leistungen vorsehen:

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
60 Euro (= 10 Prozent)*	120 Euro (= 20 Prozent)*	180 Euro (= 30 Prozent)*	240 Euro (= 40 Prozent)*	600 Euro (= 100 Prozent)*

* Angabe in Prozent der versicherten Leistung für PG 5

Es gibt Tarife, die höhere Tagesgelder leisten, als gesetzlich vorgeschrieben ist – v. a. bei jüngeren Versicherten. Die Höhe der Tagesgeldleistung ist aber zur Deckung von Pflegeaufwendungen nicht ausreichend, weshalb „Pflege-Bahr“-Tarife keine bedarfsgerechte Alternative zu ungeforderten Pfl egetagegeldtarifen sind. Dies gilt ganz besonders bei Pflegebedürftigkeit von geringerer Schwere (z. B. PG 2), sodass die eingeschränkte Leistung v. a. bei stationärer Pflege keine bedarfsgerechte Absicherung ermöglicht.

4) Pflegerentenversicherung

Pflegerentenversicherung werden – anders als Pfl egetagegeld- und Pflegekostenversicherungen – von Lebensversicherungsunternehmen angeboten.

Besonderer Hinweis: Es gibt Pflegerentenversicherungen, die in ihren Versicherungsbedingungen den Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ eigenständig definieren – die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit durch SPV oder PPV bleibt dabei unberücksichtigt. Dies kann für Versicherte nachteilig sein.

Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen (die oftmals unabhängig von SPV und PPV geprüft werden) zahlt der Lebensversicherer die vereinbarte Rente, deren Höhe von der Schwere der Pflegebedürftigkeit und dem gewählten Tarif abhängt. Die Leistung erfolgt lebenslang, solange die Pflegebedürftigkeit andauert.

Für die Pflegerentenversicherung gilt weitgehend das gleiche wie für die meisten anderen Produkte von Lebensversicherern: Es ist eine intransparente Kombination aus Kapitalanlage (meistens mit Überschussbeteiligung) und Risikoschutz mit hoher Kostenbelastung (siehe hierzu auch die Infoblätter zur Kapitallebensversicherung und zur privaten Rentenversicherung). Es gibt unterschiedliche Kombinationen aus versicherten Leistungen, Haupt- und Zusatzdeckungen und Überschussverwendungen: z. B. „garantierter“ Rente bei Pflegebedürftigkeit, Überschussrente, verkürzte Prämienzahlungsdauer, Todesfalleistung, teilweise Kapitaleistung oder Altersrente.

Allgemeiner Hinweis: Lebensversicherer dürfen nicht – anders als private Krankenversicherer – bei gestiegenen Pflegeaufwendungen die Prämie anpassen. Ebenfalls dürfen sie nicht die vertraglichen Leistungen kürzen. Deshalb sind Pflegerententarife „überkalkuliert“, d. h. sie haben ein deutlich höheres Prämienniveau als Pflegezusatzversicherungen, die von Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden. Üblicherweise übersteigt die Prämie für einen Pflegerententarif die Prämie eines Pflegegeldtarifs (mit vergleichbaren Monatsleistungen) um ca. 200 Prozent. Nur bei schwerster Pflegebedürftigkeit (z. B. entsprechend PG 5) leistet die Versicherung in vollem Umfang. Bei Pflegebedürftigkeit von geringerer Schwere (z. B. entsprechend PG 2) leistet sie nur eingeschränkt (bis gar nicht) – v. a. bei stationärer Pflege ist eine bedarfsgerechte Absicherung dann nicht möglich.

5) Lebensversicherungen mit Pflegezusatz-Bausteinen (z. B. Berufsunfähigkeitsversicherungen mit „Pflegerenten-Option“)

Neben der Pflegerentenversicherung bieten Lebensversicherungsunternehmen weitere Tarife an, die die Möglichkeit der Absicherung von Pflegebedürftigkeit bieten, z. B. Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder Grundfähigkeitsversicherungen, die

- bei Pflegebedürftigkeit eine Rentenleistung erbringen und/oder
- eine „Pflegerenten-Option“ beinhalten.

Üblich sind drei Varianten: Es gibt Tarife, die

1. entweder bei Pflegebedürftigkeit nur während der Vertrags- und Leistungsdauer eine Rente leisten (bei Berufsunfähigkeitsversicherungen z. B. nur längstens bis zum 67. Lebensjahr) oder
2. lebenslange Renten leisten – aber nur dann, wenn die Pflegebedürftigkeit während der Vertragsdauer eingetreten ist (auch hier z. B. nur spätestens bis zum 67. Lebensjahr). Dies schränkt die Absicherung deutlich ein – nach Erhebung des Statistischen Bundesamts sind rund 80 Prozent der Pflegebedürftigen in Deutschland älter als 65. Der größte Anteil der Pflegebedürftigen ist mindestens 85 Jahre alt; oder

3. über eine „Pflegerenten-Option“ (z. B. als Zusatz zu Berufsunfähigkeitsversicherungen) Versicherten die Möglichkeit eröffnen, zum Ende der Vertragsdauer einen neuen Pflegerentenversicherungsvertrag ohne Beantwortung von Gesundheits- und Risikofragen abzuschließen. Wie oben beschrieben, sind Pflegerentenversicherungen besonders teuer – dies gilt für Verträge, die (wie hier über „Pflegerenten-Optionen“) in einem hohen Alter abgeschlossen werden, ganz besonders.

Besonderer Hinweis: Auch hier gibt es Pflegerentenversicherungen, die in ihren Versicherungsbedingungen den Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ eigenständig definieren – die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit durch SPV oder PPV bleibt dann unberücksichtigt. Dies kann für Versicherte nachteilig sein. Nur bei schwerster Pflegebedürftigkeit (z. B. entsprechend PG 5) leistet die Versicherung in vollem Umfang. Bei Pflegebedürftigkeit von geringerer Schwere (z. B. entsprechend PG 2) leistet sie nur eingeschränkt (bis gar nicht) – v. a. bei stationärer Pflege ist eine bedarfsgerechte Absicherung dann nicht möglich.

6) Unfallversicherungen mit Pflegezusatz-Bausteinen (z. B. „Funktionelle Invaliditätsversicherungen“ mit Pflegerentenleistung)

Es gibt Versicherungstarife von privaten Unfallversicherern, die bei Pflegebedürftigkeit eine Rentenleistung erbringen. Solche Versicherungsverträge sind zur lebenslangen Absicherung von Pflegebedürftigkeit keine bedarfsgerechte Alternative.

Tarife von Unfallversicherern mit Pflegezusatz-Bausteinen werden unter vielfältigen Begriffen angeboten: z. B. als „Funktionelle Invaliditätsversicherung“, als „Existenzschutz“-Versicherung oder auch unter dem klassischen Begriff „Unfallversicherung“ etc. Die Absicherung von Pflegebedürftigkeit ist bei diesen Tarifen von Unfallversicherern aber sehr eingeschränkt:

- Einige Tarife leisten nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit. D. h. bei Pflegebedürftigkeit z. B. aufgrund von Krankheit leistet der Versicherer nicht.
- Andere Tarife bieten nur eine zeitlich eingeschränkte Vertrags- und Leistungsdauer, z. B. nur längstens bis zum 67. Lebensjahr.

Hier gibt es ebenfalls – wie bei Pflegerentenversicherungen von Lebensversicherern – Tarife, die in ihren Versicherungsbedingungen den Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ eigenständig definieren. Die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit durch SPV oder PPV bleibt dabei unberücksichtigt. Dies kann für Versicherte nachteilig sein. Auch diese Tarife leisten oftmals nur bei schwerster Pflegebedürftigkeit (z. B. entsprechend PG 5) in vollem Umfang und bei Pflegebedürftigkeit von geringerer Schwere (z. B. entsprechend PG 2) nur eingeschränkt (bis gar nicht) – v. a. bei stationärer Pflege ist eine bedarfsgerechte Absicherung dann nicht möglich.

Besonderer Hinweis: Neben diesen eingeschränkten Leistungen haben Tarife von Unfallversicherern einen weiteren schwerwiegenden Nachteil: Unfallversicherer haben ein ordentliches Kündigungsrecht, d. h. sie können Versicherte, bei denen noch kein Leistungsfall eingetreten ist, kündigen. Teilweise werden so alle Versicherungsverträge einer Tarifgeneration gekündigt. Solche kollektiven Kündigungen sind nicht unüblich. Ein vergleichbares Kündigungsrecht haben Kranken- und Lebensversicherer nicht.

Fazit: Die Versicherungsverträge von Lebens- und Unfallversicherern sind keine bedarfsgerechte Option zur lebenslangen Absicherung von Pflegebedürftigkeit. Auch die versicherten Leistungen der geförderten Pfl egetagegeldversicherungen (als „Pflege-Bahr“-Tarife) und der Pflegekostenversicherungen sind für eine bedarfsgerechte Absicherung im Fall von Pflegebedürftigkeit zu niedrig bemessen und allenfalls als Ergänzung zu ungeforderten Pfl egetagegeldtarifen sinnvoll.

Allgemeiner Hinweis: In den folgenden Abschnitten behandeln wir deshalb ausschließlich die ungeforderte Pfl egetagegeldversicherung.

3. Das kostet die Versicherung

Maßgeblich für die Prämie einer Pflegezusatzversicherung sind das Alter und in der Regel der Gesundheitszustand bei Antragstellung sowie der Leistungsumfang im jeweiligen Tarif. Bei steigenden Pflegeaufwendungen können die Krankenversicherer die vertraglichen Leistungen nicht kürzen, aber stattdessen die Prämie nach den gesetzlichen Vorschriften erhöhen.

Die Spanne der günstigen Monatsprämien für eine Pfl egetagegeldversicherung, die die BdV-K.-o.-Kriterien erfüllt (siehe hierzu Abschnitt 8), stellt sich beim Neuabschluss folgendermaßen dar:

Eintrittsalter	Versicherte Leistung	Monatsprämie (Spanne günstiger Tarife)
30 Jahre	Tagegeld mindestens in der	27-40 Euro
40 Jahre	Höhe wie in Abschnitt 2.	41-62 Euro
50 Jahre		65-96 Euro

Eigene Recherche (Stand Dezember 2021), Werte sind kaufmännisch gerundet.

4. Wer braucht den Versicherungsschutz?

Wer wirtschaftlich nicht in der Lage ist, die Mehrausgaben bei Pflegebedürftigkeit (siehe hierzu Abschnitt 1) durch Alterseinkünfte und Vermögenswerte decken zu können, kann durch eine private Pflegezusatzversicherung einen Lebensstandard im Alter absichern, der das Niveau der Sozialhilfe (= „Hilfe zur Pflege“ – siehe unten) übersteigt. Der Versicherungsschutz ist also – anders als kapitalbildende Lebens- und Rentenversicherungen – eine geeignete Altersvorsorge, wenn sie dabei unterstützen kann, für den Fall der Pflegebedürftigkeit

- 1) Ihren Lebensstandard im Alter (v. a. Ihre Einkünfte und Ihr Vermögen) und
- 2) nahe Angehörige – v. a. Ehe- und Lebenspartner*in – vor möglichen Unterhaltszahlungen

zu schützen.

Welcher Lebensstandard ist bei Pflegebedürftigkeit möglich bzw. gewünscht?

Zur Beantwortung dieser Frage sind zunächst folgende Überlegungen entscheidend (unter besonderer Berücksichtigung der gemeinsamen Situation von Ihnen und Ihrer Partnerin bzw. Ihrem Partner (dies gilt sowohl für Eheleute als auch für nicht-eheliche Lebensgemeinschaften):

- Sind die Leistungen von SPV bzw. PPV zusammen mit anderen Einkünften und Vermögenswerten (z. B. gesetzlichen und/oder privaten Altersleistungen) ausreichend, um die anfallenden Pflegekosten zu tragen?
- Welche dieser Einkünfte und Vermögenswerte möchten und können Sie für Ihre Pflege einsetzen und welche nicht (um sie – z. B. für Ihre*n Ehepartner*in bzw. nicht-eheliche*n Lebenspartner*in – zu schützen)? Besitzen Sie z. B. ein Eigenheim, das Sie bei Pflegebedürftigkeit vermieten oder veräußern können und möchten?
- Möchten Sie im Fall Ihres Todes Ihren Hinterbliebenen grundsätzlich Vermögenswerte hinterlassen?

Wenn für Sie naheliegend ist, dass Sie wirtschaftlich nicht in der Lage sind, durch private Altersvorsorge (z. B. über ETFs) auch bei Pflegebedürftigkeit Ihren gewünschten Lebensstandard zu sichern, sollten Sie prüfen, in welchem Umfang Sie dies durch eine Pflegezusatzversicherung erreichen können. Ergänzend sollten Sie sich auch – ebenfalls unter besonderer Berücksichtigung der gemeinsamen Situation von Ihnen und Ihrer Partnerin bzw. Ihrem Partner (als Eheleute oder nichteheliche Lebensgemeinschaft) auch über Ihre Rechte und Pflichten hinsichtlich möglicher Sozialleistungen informieren.

„Hilfe zur Pflege“ für Pflegebedürftige

Wenn bei Pflegebedürftigen das Haushaltseinkommen und die Leistungen von SPV bzw. PPV nicht ausreichen, um die Pflegeaufwendungen (z. B. Kosten für ambulanten Pflegedienst oder Pflegeheim) zu decken, kann beim zuständigen Sozialamt „Hilfe zur Pflege“ beantragt werden. Das Sozialamt verlangt dann eine vollständige Offenlegung der persönlichen Einkommens- und Vermögensverhältnisse – dies gilt für Pflegebedürftige sowie für Eheleute und für Personen, die in nichtehelicher Lebensgemeinschaft mit Pflegebedürftigen im gemeinsamen Haushalt zusammenleben.

Grundsätzlich muss die pflegebedürftige Person zunächst das eigene Einkommen und Vermögen für die Pflegeaufwendungen aufbringen, bevor das Sozialamt „Hilfe zur Pflege“ leistet. Auch Partner*innen (sowohl bei Eheleuten als auch nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften) müssen sich bei eigener wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit an den Pflegekosten beteiligen (als „Ehegattenunterhalt“).

Hat die pflegebedürftige Person eigenes Vermögen, dann stehen ihr und der/dem Ehepartner*in bzw. nicht-ehelichen Lebenspartner*in per Gesetz einmalig ein sogenanntes Schonvermögen von je 5.000 Euro zu. Das Schonvermögen müssen Pflegebedürftige nicht für die Finanzierung der Pflege aufwenden. Selbstgenutztes Wohneigentum der pflegebedürftigen Person oder deren Partner*in (als Eheleute oder nicht-eheliche Lebensgemeinschaft) zählt ebenfalls zum Schonvermögen, wenn eine angemessene Größe nachgewiesen werden kann.

Kinder und Eltern müssen sich an den Pflegekosten beteiligen, wenn ihr eigenes Jahresbruttoeinkommen 100.000 Euro übersteigt.

Der Umfang von Eigenanteil, Ehegattenunterhalt und Eltern-/Kindesunterhalt ist immer einzelfallbezogen. Der Bundesgerichtshof hat z. B. 2016 entschieden, dass die/der nicht-pflegebedürftige Ehepartner*in sich nur insoweit an den Pflegekosten beteiligen muss, wie es seine eigene Leistungsfähigkeit zulässt (Beschluss vom 27.04.2016 – XII ZB 485/14). Der der Ehepartnerin bzw. dem Ehepartner mindestens zu belassende Eigenbedarf wird nach dem in der Düsseldorfer Tabelle und den Leitlinien der Oberlandesgerichte ausgewiesenen „eheangemessenen Selbstbehalt“ bemessen. Zur Klärung dieser Fragen können Sie sich von Fachanwältinnen und -anwälte für Familienrecht unterstützen lassen.

Fazit: Durch eine Pflegezusatzversicherung können Sie zum einen sowohl für sich als auch für Ihre*n Ehepartner*in bzw. nicht-eheliche*n Lebenspartner*in einen gewünschten Lebensstandard sichern – und zum anderen vermeiden, dass Sie Sozialleistungen in Anspruch nehmen müssen oder Ihre nahen Angehörigen (vorrangig Ihr*e Partner*in) zu Unterhaltszahlungen verpflichtet werden.

5. Was brauchen Sie nicht?

Einige private Krankenversicherungsunternehmen bieten Pfl egetagegeldtarife als sogenannte **Risikotarife** an (also ohne Bildung von Alterungsrückstellungen). Sie zahlen eine zunächst günstige Prämie, die mit zunehmendem Alter automatisch in großen Sprüngen steigt. Diese Angebote sind aber nur anfänglich günstiger. Planmäßig erfolgt dann schrittweise eine Umstellung (z. B. ab dem fünften Kalenderjahr – danach alle fünf Jahre) in die Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen. Da eine Pflegeversicherung ein Risiko absichert, das sich meist erst gegen Ende des Lebens verwirklicht, ist ein Risikotarif in der Regel keine bedarfsgerechte Lösung.

Pflegerenten von Lebens- und Unfallversicherern **sowie Pflegekosten- und „Pflege-Bahr“-Tarife** sind wegen der aufgezeigten Nachteile (siehe oben in Abschnitt 2) bei Pflegebedürftigkeit keine bedarfsgerechte Alternative zur (ungeförderten) Pfl egetagegeldversicherung.

Es gibt **Pflegezusatztarife**, die ausschließlich bei schwersten Beeinträchtigungen (entsprechend PG 4 bzw. 5) leisten – diese Tarife bieten ebenfalls keine bedarfsgerechte Absicherung bei Pflegebedürftigkeit, weil bereits ab PG 2 der Eigenanteil für Pflegeaufwendungen zu ausgeprägten Versorgungslücken führen kann (siehe oben in Abschnitt 1).

6. Das haben Sie beim Vertragsschluss zu beachten

Um Ihren Lebensstandard im Alter auch bei Pflegebedürftigkeit zu sichern, sollten Sie bei der **Pfl egetagegeldversicherung** ein ausreichend hohes Tagegeld für alle fünf Pflegegrade vereinbaren. Die höchste Kostenbelastung entsteht bei stationärer Pflege in Heimen. Insbesondere ab Pflegegrad 3 erfolgt regelmäßig eine stationäre Pflege, weil die häusliche Pflege Angehörige und ambulante Pflegedienste überfordert. Daher sind vor allem die hohen stationären Pflegeheimkosten ausreichend abzusichern (siehe oben in Abschnitt 2).

Es gibt **Pfl egetagegeldtarife**, die ausschließlich im Fall stationärer Pflege leisten – diese Tarife können nur dann sinnvoll sein, wenn Sie sich auf eine stationäre Pflege festlegen möchten.

Gesundheitsfragen

Ein Versicherungsunternehmen ist nicht verpflichtet, einen Vertrag mit Ihnen abzuschließen. Es stellt Ihnen zahlreiche Fragen nach Risiken, die es für seine Annahmeentscheidung für maßgeblich hält.

Beim Abschluss einer Pflegezusatzversicherung sind dies vor allem Fragen nach Ihrem Gesundheitszustand. Sie müssen alle Gesundheitsfragen im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Bestehen bei Antragstellung Vorerkrankungen, entscheidet das Versicherungsunternehmen, ob es den Antrag ablehnt oder gegen Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse für bestimmte Erkrankungen annimmt.

Im Leistungsfall kann das Versicherungsunternehmen prüfen, ob Sie im Antrag Vorerkrankungen verschwiegen haben und ob es leisten muss oder nicht. Haben Sie falsche Angaben gemacht, kann sich das Versicherungsunternehmen bis zu drei Jahre nach Vertragsschluss vom Vertrag lösen. Bei Vorsatz oder Arglist beträgt die Frist zehn Jahre.

Bei Fragen über Ihren Gesundheitszustand lassen Sie sich am besten ärztlich unterstützen. Zumindest aber sollten Sie sich Ihre Krankenakte aushändigen lassen.

Kündigungsmöglichkeiten des Versicherungsunternehmens

Ein Krankenversicherungsunternehmen verzichtet in der Regel bei einer Pflegezusatzversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn diese nach Art der Lebensversicherung – wie bei nahezu allen Pfelegetagegeldtarifen – mit Alterungsrückstellungen kalkuliert. Das Versicherungsunternehmen kann aber z. B. außerordentlich wegen Zahlungsverzug oder aus anderem wichtigen Grund kündigen.

Kündigungsmöglichkeiten der Versicherungsnehmer

Sie können Ihre private Pflegezusatzversicherung ordentlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres kündigen. Es kann hier eine Mindestversicherungsdauer von zwei Jahren vereinbart sein, die eine ordentliche Kündigung in diesem Zeitraum ausschließt.

Eine Kündigung ist auch bei einer Prämienerrhöhung möglich. Erhöht die Versicherungsgesellschaft aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach Zugang dieser Erhöhungsmitteilung mit Wirkung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerrhöhung wirksam werden soll.

Weitere Kündigungsmöglichkeiten

Gilt aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer Voraussetzungen eine neue höhere Prämie, oder wird ein solcher unter Berücksichtigung der Alterungsrückstellungen neu errechnet, können Sie binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

Hinweise zum Versichererwechsel

Diejenigen, die ihre Pflegezusatzversicherung wechseln möchten, sollten zunächst den Termin für eine mögliche Kündigung feststellen und rechtzeitig vor der Kündigung den neuen Vertrag bei einer anderen Gesellschaft abschließen, weil möglicherweise Probleme bei einem Neuabschluss entstehen können, beispielsweise aufgrund von Vorerkrankungen. Bevor Sie keine Zusage des neuen Versicherungsunternehmens haben, scheidet daher eine Kündigung Ihrer bisherigen Pflegezusatzversicherung zur Vorbereitung eines Versichererwechsels aus.

Anonymisierte Risikovorfrage

Diese sollten Sie nutzen, wenn Sie gesundheitliche Einschränkungen haben. Die Risikovorfrage können Sie allerdings nicht eigenständig durchführen. Diese kann nur eine dritte Person für Sie stellen, z. B. ein spezialisierter Versicherungsberater oder Versicherungsmakler.

Beitragsbefreiung im Pflegefall

Es gibt Pfl egetagegeldtarife, die im Leistungsfall eine Beitragsbefreiung ab bestimmten Pflegegraden vorsehen. Eine solche Befreiung gilt in der Regel nicht für alle Pflegegrade. In den unteren Pflegegraden (z. B. PG 1 bis 4) entfällt die Prämienzahlung oftmals nicht, sodass Sie bei Pflegebedürftigkeit die Prämie weiter entrichten müssen. Berücksichtigen Sie deshalb bei der Bedarfsermittlung und der Auswahl der Leistungshöhe auch die Prämienbelastung im Leistungsfall. Allerdings fallen dann aber die Prämien erhöhungen bei solchen Tarifen deutlich höher aus, die schon in den unteren Pflegegraden eine Beitragsbefreiung leisten.

7. Diese Pflichten haben Sie aus dem Versicherungsvertrag

Aus dem Versicherungsvertrag trifft Versicherungsnehmer nur eine einzige echte Pflicht, und zwar die Pflicht zur Zahlung der vereinbarten Prämie. Die Zahlung der Prämie kann das Versicherungsunternehmen notfalls sogar gerichtlich durchsetzen.

Beachten Versicherungsnehmer andere Pflichten wie v. a. die Auskunfts-, Anzeige- oder Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) nicht, so kann das Versicherungsunternehmen sie nicht auf Erfüllung verklagen. Sie dürfen aber auch hier die Leistung verweigern oder den Vertrag beenden. Gleiches gilt, wenn sie mit der Zahlung der Erst- oder einer Folgeprämie im Verzug sind.

Einige wichtige Obliegenheiten sind:

- Sie müssen die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich, spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist durch Vorlage von Nachweisen anzeigen, ebenso deren Minderung oder Wegfall.
- Bei Pflegebedürftigkeit müssen Sie jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege aus der GKV und den Bezug von Entschädigungsleistungen anzeigen.
- Zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht sowie deren Umfang ist das Versicherungsunternehmen berechtigt, von Ihnen jede Auskunft zu verlangen, die es für zweckdienlich hält.
- Der Versicherer darf verlangen, dass Sie sich durch von ihm beauftragte Ärztinnen und Ärzte untersuchen lassen, um z. B. die Pflegebedürftigkeit zu überprüfen.

Aber nicht jede Obliegenheitsverletzung berechtigt das Versicherungsunternehmen zu einer vollständigen Kürzung der Versicherungsleistung. Bei verspäteter Anzeige der Pflegebedürftigkeit wird z. B. das Pfl egetagegeld erst ab dem Zugang der Anzeige bei der Versicherungsgesellschaft gezahlt (sofern der Versicherer nicht auf diese Kürzungsmöglichkeit bei verspäteter Meldung verzichtet).

8. Diese Kriterien sollte eine Pfl egetagegeldversicherung (ungefördert) erfüllen

Der BdV hat zur Ermittlung von Tarifempfehlungen in diversen Versicherungssparten die **BdV-K.-o.-Kriterien** entwickelt.

Wenn Sie eine ungeforderte Pfl egetagegeldversicherung abschließen möchten, erfüllt ein guter Tarif diese Kriterien.

Das sollen die **BdV-K.-o.-Kriterien** leisten:

Das sollen sie **nicht** leisten:

Sie beziehen sich auf den Neuabschluss eines Vertrages.

Sie sind zur Bewertung eines Altvertrages nicht immer geeignet.

Sie bewerten den Versicherungsschutz eines Tarifs gemäß seiner Versicherungsbedingungen.

Sie haben nichts mit der Prämienhöhe des empfohlenen Tarifs zu tun.

Sie bilden einen allgemeinen Mindeststandard ab.

Sie sollen nicht aufzeigen, was der marktweit umfangreichste Versicherungsschutz leistet.

Sie orientieren sich daran, was ein durchschnittlicher Verbraucher von einem guten Versicherungsprodukt dieser Sparte mindestens erwarten kann.

Sie sind nicht auf den konkreten Einzelfall oder die Individualberatung zugeschnitten, d.h., sie sollen nicht vorgeben,

- wann der Abschluss eines Versicherungsprodukts der jeweiligen Sparte grundsätzlich zu empfehlen ist,
- welcher Versicherungsschutz Vorrang haben sollte.

Für diese Sparte haben wir außerdem **sinnvolle Kriterien** ergänzt. Es sind Leistungen, die (neben den BdV-K.-o.-Kriterien) gesonderte Risiken absichern. Prüfen Sie vor Vertragsabschluss, ob diese Risiken bei Ihnen eintreten können und Sie sie ebenfalls absichern möchten.

BdV-K.-o.-Kriterien für die Pflegetagegeldversicherung (ungefördert)

- Das Versicherungsunternehmen leistet, wenn die Pflegepflichtversicherung die Pflegebedürftigkeit anerkennt.
- Die private Zusatzversicherung übernimmt die Definition der Pflegegrade der Pflegepflichtversicherung.
- Die Versicherungsgesellschaft leistet in allen fünf Pflegegraden.
- Das Versicherungsunternehmen leistet bei ambulanter und stationärer Pflege.

- Bei sogenannter Laienpflege dürfen die Leistungen dafür nicht niedriger sein, als bei einer professionellen Pflege. Laienpflege bedeutet: Die Pflege erfolgt durch Personen, die keinen pflegerischen Beruf ausüben. Das können z. B. Angehörige, befreundete Personen oder andere nahestehende Menschen sein.
- Der Vertrag sieht keine Karenzzeit oder Wartezeit vor. Beides ist nachteilig, weil Sie im Pflegefall erst nach Ablauf dieses Zeitraums Leistungen erhalten.
- Eine regelmäßige Erhöhung der versicherten Leistung, ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit, sollte vereinbart werden können (sogenannte Beitragsdynamik).
- Gleiches gilt, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beziehen (sogenannte Leistungsdynamik), also die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.
- Der Versicherungsschutz besteht beim vorübergehenden Auslandsaufenthalt weltweit fort.
- Auch bei dauerhaftem Verzug ins Ausland besteht – weltweit – weiterhin Versicherungsschutz.
- Das Versicherungsunternehmen leistet auch während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung.
- Während stationärer Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen erbringt die Versicherungsgesellschaft ebenfalls ihre Leistungen.
- Das Versicherungsunternehmen verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

Sinnvolle Kriterien für die Pflegetagegeldversicherung (ungefördert)

- Das Versicherungsunternehmen verzichtet bei vorübergehendem oder dauerhaftem Verzug ins Ausland auf Untersuchungen im Inland, oder es trägt zumindest in einem bestimmten Umfang etwaige Mehrkosten für den von ihm beauftragten Gutachter im Ausland.
- Nachversicherungsrecht: Bei Heirat, Geburt oder Adoption eines Kindes können Sie – ohne erneute Gesundheitsprüfung – das Pflegetagegeld erhöhen.
- Weitere Nachversicherungsrechte – ohne erneute Gesundheitsprüfung – sind auch bei weiteren Ereignissen wie Erwerb einer Immobilie, Scheidung oder erstmaliger Bezug einer BU-/EU- oder Altersrente möglich. Je nach Tarif variieren die versicherten Ereignisse, sodass eine genaue Prüfung dieser erforderlich ist.

9. BdV-Tarifempfehlungen

Liebes Mitglied,

wir erstellen für Sie regelmäßig eine Software-gestützte [Auswahl von BdV-Tarifempfehlungen](#) für mehrere Versicherungssparten.

Diese [BdV-Tarifempfehlungen](#) erfüllen die BdV-K.-o.-Kriterien (siehe hierzu Abschnitt 8). Weitergehende Informationen finden Sie ebenfalls in dem Dokument. Sollten Sie dabei Unterstützung brauchen oder eine Zusendung der empfehlenswerten Tarife wünschen, sind wir für Sie da.

Kontakt: **Bund der Versicherten e. V.** – Gasstr. 18 – Haus 4 – 22761 Hamburg

Telefon: +49 40 – 357 37 30 0 – Fax: +49 40 – 357 37 30 99

E-Mail: info@bunddersicherten.de – Internet: www.bunddersicherten.de