

Pflegevorsorge



Markt mit Zukunft

Bild: © Alexey Klementiev - Fotolia.com

Längst ist das Thema Pflege in aller Munde und vielfach höchst emotional besetzt. Ein Grund: die Angst vor Demenz. Zudem kennt mittlerweile jeder jemanden, der eine Pflegestufe hat und Zuhause oder im Heim gepflegt wird. Doch trotz der neuen privaten Zusatzversicherung, dem so genannten Pflege-Bahr, bleibt es dabei: Die gesetzliche und geförderte Pflegeversicherung ist nur eine Grundversorgung.

Grundsätzlich ist der großen Mehrheit der Deutschen bewusst, dass sie für den Pflegefall privat vorsorgen sollten: Nur jeder Fünfte vertraut heute noch allein auf die Leistungen des Staates. Die große Mehrheit von 78 Prozent ist dagegen der Ansicht, die gesetzliche Pflegeversicherung decke die Kosten der Pflege nicht ab, so das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage der Süddeutschen Krankenversicherung (SDK). Demgegenüber kenne aber nicht einmal jeder zweite Deutsche die neue geförderte Pflegeversicherung, die nach dem ehemaligen Gesundheitsminister Pflege-Bahr benannt wurde.

Trotzdem sei die Förderung der privaten Zusatzvorsorge der richtige Schritt. „Wir sehen uns als Krankenversicherung aufgerufen, die Menschen noch stärker als bisher über die Absicherung im Pflegefall aufzuklären“, meint SDK-Vorstandsvorsitzender Ralf Kantak. Immerhin sind die privaten Krankenversicherer (PKV) erst einmal die Gewinner der politischen Entscheidung: Gefördert wird ausschließlich das Tagegeld. In der Pflegestufe III muss es mindestens 600 Euro betragen. Förderberechtigt sind alle, die in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung sind, das 18. Lebensjahr vollendet haben und pro Monat mindestens zehn Euro selbst zahlen. In diesem Fall schenkt der Staat Jahr für Jahr 60 Euro dazu.

Als Nachteile sieht die Stiftung Warentest, dass die Leistungen bei Demenz (Pflegestufe 0) bei gleichem Beitrag oft deutlich niedriger seien, als in Tarifen ohne Zulage. Zudem müssen die Kunden im

Pflegefall weiter Beitrag zahlen. Das frese einen Teil der Leistung auf. Immerhin gibt es aber Pflege-Bahr-Tarife, die eine dynamische Erhöhung der Leistung vorsehen. Aber: Die Kunden müssen fünf Jahre auf die Leistung warten. In ungeforderten Tarifen beträgt die Wartezeit höchstens drei Jahre. Teilweise verzichten die Versicherer sogar ganz auf sie. Dies praktizieren sie immerhin beim Pflege-Bahr häufig, wenn der Kunde unfallbedingt zum Invaliden wird, der betreut werden muss.

Gesetzliche Leistungen sind „Haftpflcht“ und „Teilkasko“

Ärger heimsten sich die Tester hingegen mit der Aussage ein, dass die Leistungen bei Weitem nicht reichen würden, um die Versorgungslücke im Pflegefall zu schließen. „Verbraucherschützer und die Stiftung Warentest gehen mit dem Thema fahrlässig um“, kritisiert Stephan Schinnenburg vom Softwarehaus Morgen & Morgen. So habe die Stiftung Warentest mit der Auswahl hoher Altersgruppen ein falsches Bild der Absicherung gemalt.

Vollkommen unsinnig sei es hingegen, wenn die Verbraucherzentrale Hamburg behaupte, mit 15 Euro Rücklage pro Monat könne man das Risiko von Pflegebedürftigkeit ausreichend absichern. „Es war erklärtermaßen niemals die Absicht der Politik, eine Pflege-Vollkaskoversicherung zu schaffen; nicht in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und auch nicht in der geförderten Pflegezusatzversicherung“, sagt Reinhold Schulte, ehemaliger Chef des PKV-Verbandes. Der Pflege-Bahr ist für den Marktbeobachter Kvpro.de aus Freiburg vielmehr ein Teilkasko-Schutz, während die gesetzliche Pflegeversicherung den „Haftpflcht-Schutz“ darstelle. Allein die ungeforderte private Pflegezusatzversicherung sei dann der aufgesattel-

IN KÜRZE

In diesem Artikel lesen Sie:

- Der Pflegemarkt ist ein attraktives Tor zum Kunden.
- Die Beratung muss trotz komplexer Materie effizient sein.
- Pflege lässt sich gut mit Alters- und Unfallvorsorge kombinieren.

te Vollkasko-Schutz. Schulte zum Thema: „Natürlich können die Menschen bei uns auch weiterhin sehr gerne eine ungeforderte Pflegezusatzversicherung mit Höchstleistungen abschließen, aber deshalb ist die geförderte Pflege-Vorsorge doch nicht schlecht.“

Bleibt es bei der vom PKV-Verband festgestellten Verkaufsdynamik, dürften Ende des Jahres 2013 rund 330.000 Pflege-Bahr-Policen verkauft worden sein. „Denn jeden Tag kommen etwa 1.000 neue Anträge hinzu“, so der PKV-Verband. „80 Prozent unserer Kunden, die sich für unseren staatlich geförderten Pflege-Bahr-Tarif entschieden haben, schließen dabei zusätzlich unsere ergänzende ungeforderte PflegeTagegeldversicherung ab“, sagt Philipp Vogel, Vorstand der Deutsche Familienversicherung (DFV).

Die geförderte Pflegeversicherung wird so gleichzeitig zum Vehikel der Pflegezusatzversicherung, der Pflegerentenversicherung und oft sogar einer Seniorenunfallpolice. „Selbst wer heute über Risikoversorge berät, sollte immer auch den neuen Pflege-Bahr ansprechen“, rät Ralph Moser, Versicherungsmakler aus Prutting bei Rosenheim.

Für junge Menschen ist die staatlich unterstützte Pflegeversicherung nämlich bereits fast ein Vollkasko-Schutz, so der PKV-Verband. Wer zu Beispiel im Alter von 20 Jahren eine geförderte Pflegeversicherung zu den Mindestbedingungen abschließt, kann eine monatliche Leistung von fast 2.000 Euro in Pflegestufe III absichern. Das ist mehr als das Dreifache der gesetzlich definierten Mindestleistung.



VM-Autor: **Uwe Schmidt-Kasperek**,
freier Journalist, Düsseldorf

SYSTEME IM ÜBERBLICK: DIE ENTSCHEIDUNG FÜR DAS SYSTEM DER PFLEGEVORSORGE MUSS DER KUNDE SELBST TREFFEN

© vm-Tabelle

	Pflege-Tagegeld-Police	Pflege-Renten-Police
Die günstige Restkostenversicherung spielt im Markt kaum noch eine Rolle.	Das Tagesgeld ist im Preis unsicher, aber frei verfügbar. Preisniveau: Mittel	Die Pflege-Rente ist preissicher und frei verfügbar. Preisniveau: Hoch
Kostensicherheit	Die Beiträge können jederzeit angepasst werden.	Höhere Schäden können über eine Senkung der Überschüsse abgefangen werden.
Leistungen	Der Kunde kann frei über sein Geld verfügen. Art der Pflege: stationär, ambulant, privat spielt keine Rolle	Der Kunde kann frei über sein Geld verfügen. Art der Pflege: stationär, ambulant, privat spielt keine Rolle
Dauer der Beitragszahlung	Auch im Pflegefall muss meist weiter gezahlt werden – einige Tarife sehen aber Beitragsbefreiung vor.	Zahlung in der Regel nur bis zu dem Moment, in dem der Versicherer Leistungen erbringt.
Rückkauf	Nicht vorgesehen	Jederzeit vor Eintritt des Pflegefalls
Beitragsfreistellung	Nicht vorgesehen; Wer nicht mehr zahlen kann, verliert seinen Schutz vollkommen.	Vorübergehende oder ewige Beitragsfreistellung möglich; Leistung wird geschmälert
Schutz durch Einmalzahlung	Nicht vorgesehen	Möglich
Kündigungsrecht	Versicherer verzichten in der Regel auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.	Versicherer hat kein Kündigungsrecht
Zusätzliche Assistance-Leistungen	Bei einigen Anbietern mitversichert	Bei einigen Anbietern mitversichert

Dabei gibt es im Markt aber große Unterschiede, wie Morgen & Morgen ermittelt hat. Bei einer Beitragsspanne zwischen monatlich 15,04 Euro und 15,40 Euro unterschieden sich die Pflegemonatsgelder bei den 20-Jährigen am stärksten. Sie liegen in Pflegestufe III zwischen 1.980 Euro beim besten und 840 Euro beim schlechtesten Anbieter. Auf keinen Fall sei der Pflege-Bahr ein „Sammelbecken schlechter Risiken“. Daher würden auch künftig die Prämien nicht explodieren.

Pflege-Bahr als Türöffner

„Die Kalkulation des Pflege-Bahrs ist im Gegenteil auf Sicherheit ausgelegt“, betont Wiltrud Pekarek, Mitglied der Vorstände der Halleschen Krankenversicherung. Wie gut die Kalkulation tatsächlich ist, wird sich jedoch aufgrund der fünfjährigen Wartezeit bei den ersten Schadenfällen nach rund sechs bis sieben Jahre zeigen. Andreas Trautner, Experte für Kranken- und Pflegeprodukte von der Deutschen Makler Akademie, verweist darauf, dass Makler ein Haftungsproblem hätten, wenn sie nicht grundsätzlich in je-

dem Beratungsgespräch über die Pflegeversicherung und speziell über den Pflege-Bahr informieren würden. Der Aufwand für eine Provision von 30 bis 40 Euro sei zudem schon deshalb vertretbar, weil der Pflege-Bahr ein „Türöffner“ sei und ein typisches Aufbauprodukt.

Nach Einschätzung von Produktanalytiker Schinnenburg hat der Pflege-Bahr, der immer als Tagesgeld verkauft werden muss, die Pflegerentenversicherung noch nicht „ausgebootet“. Zwar sei die Pflegerente im Vergleich zum Pfl egetagegeld doppelt so teuer, doch Vorteile der Pflegerente seien Beitragsbefreiung- und -rückgewähr sowie der eigene Prüfungsmaßstab für Demenz und Leistungen auch bei Auslandsaufenthalt.

Zudem seien die Produkte sich hinsichtlich der Kalkulation insoweit ähnlich, dass bei steigendem Schadenbedarf bei den Pflegerenten die Überschüsse gekürzt und beim Pfl egetagegeld die Beiträge angehoben werden. DFV-Vorstand Vogel: „Nimmt man das Votum der Verbraucher als Maßstab, so haben sich diese klar für das Pfl egetagegeld zur Absicherung im Pflegefall entschieden, das mit über 70

Prozent Marktanteil die Vorsorgetatistik eindeutig anführt.“

Laut einer Auswertung der Huk-Coburg wird der Pflege-Bahr derzeit vor allem von Menschen abgeschlossen, die in ihrem persönlichen Umfeld durch Eltern oder Bekannte bereits von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. So liegt das Durchschnittsalter von Pflege-Bahr-Kunden bei der Huk-Coburg derzeit bei rund 51,5 Jahren; bei Kunden, die über den Kooperationspartner Barmer-GEK kommen, bei 52 Jahren und bei der Pax Familienkrankenversicherung sogar bei 55,5 Jahren. Im Markt dürfte das Durchschnittsalter allerdings noch tiefer liegen.

So haben laut PKV-Verband fast 40 Prozent jüngere Menschen im Alter zwischen 25 und 35 Jahre eine solche Police gekauft. Die Zahl der Anbieter von Pflege-Bahr-Produkten steigt ständig. Aktuell ist die R+V mit einem Produkt auf den Markt gekommen. Gleichzeitig gewinnt die klassische Pflegezusatzversicherung. 2012 konnte die Anzahl der Verträge in der PKV um 16,3 Prozent oder von 306.300 auf knapp 2,2 Millionen gesteigert werden.

Allerdings ist die Wahl des richtigen Produkts sehr schwer. Ohne Softwarehilfe ist der Vermittler kaum in der Lage, die Vielzahl der Angebote zu durchforsten. Gerade an dieser Stelle locken die Versicherer den Makler mit einer „einfachen“ Lösung. So kann man beispielsweise beim Münchener Verein per Mausclick einen geförderten Pflege-Bahr zur „Deutschen Pflege Plus“ hinzuwählen. Wird die staatliche Förderung gewählt, sorgt die Software automatisch dafür, dass alle Förderkriterien eingehalten werden. Zudem kann Todesfallschutz eingeschlossen werden.

Noch innovativer gibt sich die DFV. Sie kombiniert ebenfalls die „DFV-Förder-Pflege“ mit der üblichen Pflegezusatzversicherung und zudem noch mit der Sterbeversicherung „Monuta Trauerfall-Vorsorge“.

Guter Service reicht nicht aus

Allein guter Service dürfte aber bei der unübersichtlichen Produktlandschaft rund um die Pflege nicht ausreichen. Wichtig sind ein Produktvergleich und eine Bewertung, wie sie beispielsweise Morgen & Morgen oder Kvpro.de bieten. Größtes Problem: Noch immer gehen viele Pflege-tagegelder am wirklichen Bedarf der Kunden vorbei. Basis für die volle Leistung ist die Pflegestufe III.

Dabei kann die häusliche Betreuung, die in den Pflegestufen I und II längst einen Boom erlebt, noch teurer sein als das Leben in einem Heim. Grund: Muss eine Rundum-Pflege organisiert werden, geht es richtig ins Geld. Daher sollten Vermittler unbedingt bemüht sein, den wirklichen Bedarf des Kunden zu ermitteln. Nach einer Haushaltsanalyse des Softwarehauses Kvpro.de liegt die Pflege-lücke bei einer Durchschnittsrente schon in der ambulanten Pflegestufe I bei 1.500 Euro pro Monat. Tatsächlich sinkt der Eigenbedarf auf rund 1.200 Euro wegen höherer Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung, wenn der Pflegebedürftige mit Pflegestufe II ins Heim wechselt. Bei stationärer Pflege in Stufe III veranschlagt

LEISTUNGEN AUCH IM AUSLAND?

Die gesetzliche Pflegeversicherung zahlt auch im Ausland. Es gibt aber erhebliche Unterschiede. Nach Auskunft des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) können auch im Ausland lebende Deutsche eine Pflegestufe beantragen und Leistungen erhalten. Als Grundsatz gilt: Wer als Rentner in Deutschland gesetzlich krankenversichert ist, ist auch in der deutschen Pflegeversicherung abgesichert. Die deutsche Pflegekasse zahlt aber nur ein Pflegegeld für häusliche Pflege. Anspruch besteht somit je nach Pflegestufe I bis III für rein körperlich hilfsbedürftigen Menschen zwischen 235 bis 700 Euro pro Monat. Für Menschen, die an Demenz leiden, gibt es noch eine Stufe 0, für die monatlich 120 Euro gezahlt wird. Auf Sachleistungen haben Deutsche, die im Ausland leben, nur nach dem Recht ihres Wohnstaates Anspruch. Vielfach dürften daher die Pflegeleistungen im Ausland magerer ausfallen als in Deutschland. „In Südtirol erhält der Pflegebedürftige ungefähr die gleichen Leistungen wie in Deutschland. Doch schon im restlichen Italien gibt es solche Leistungen nicht“, erläutert Uwe Brucker vom Medizinischen Dienst des Spit-

zenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Demgegenüber wären Deutsche, die nach Luxemburg ziehen, sogar deutlich besser abgesichert. „Hier gilt nämlich im Gegensatz zu Deutschland bei der Pflege ein Vollschutz für alle Leistungen“, so Brucker. Die Praxis, dass die deutsche Pflegeversicherung nur Pflegegeld zahlen muss, hat der Europäische Gerichtshof 2012 noch einmal ausdrücklich bestätigt (Entscheidung vom 12. Juli 2012 – Az.: C-562/10). Das Pflegegeld kann sogar gekürzt werden. „Doppelzahlungen sollen vermieden werden. Daher sind Kürzungen möglich, wenn der ausländische Staat die gleiche Leistung als Sachleistung erbringt, für die es aus Deutschland Pflegegeld gibt“, erläutert Bernd Christl von der Deutsche Verbindungsstelle der Krankenversicherung Ausland (DVKA). Pflegegeld aus Deutschland gibt es zudem nur in den Staaten der EU-/EWR-Staaten und der Schweiz. Selbst wer in Staaten zieht, mit denen Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen hat, bekommt kein Pflegegeld. „Diese Abkommen beinhalten alle keine Ansprüche auf Pflegeleistungen“, erläutert Christl von der DVKA.

EIN ANALYSEBOGEN IST NÜTZLICH

Empfehlenswert: Der „Analysebogen Pflegezusatzversicherung“ des PKV-Spezialisten Inuro Maklerservice aus Köln. Einfach und übersichtlich, wird der Kunde nach den Details gefragt.

Das sollte die Pflegezusatzversicherung leisten:

■ Dynamik vor und im Leistungsfall ohne Altersgrenze. Damit bietet der Tarif die Möglichkeit, die Tarifleistung ohne Gesundheitsprüfung automatisch anzupassen, um Inflationseffekte auszugleichen.

- Beitragsbefreiung ab Stufe I,
- Keine Wartezeit,
- Leistung außerhalb Deutschlands, beispielsweise europa- oder weltweit, Leistung auch während der Pflegebedürftigkeit, falls es zu einem Krankenhausaufenthalt oder einer Reha kommt, denn die Heimkosten laufen weiter,
- Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit,
- Leistung, auch wenn die Pflegebedürftigkeit auf Suchterkrankungen beruht.

MUSTERRECHNUNGEN PFLEGEVERSICHERUNGEN

Die Pflegeversicherung muss nach Bedarf verkauft werden. Die Übersicht des Freiburger Analysehauses Kvpro.de zeigt, welche Tarife besonders geeignet sind, um Versorgungsbedarf eines typischen Pflegebedürftigen abzusichern. Die ersten 15 Tarife übererfüllen die Versorgungslücke. Das beste Angebot – weil besonders nah an den Versorgungslücken – kommt von der Provinzial. (Sortiert nach Über- oder Untererfüllung der Versorgungslücke Pflegestufe I ambulant)

	Anbieter	Tarifkombination	Monatsbeitrag in Euro (Versicherter ist 35 Jahre alt)	Tatsächlicher Monatsaufwand in Euro nach Abzug staatlicher Förderung, falls mit Pflege-Bahr kombiniert.	Pflegestufe I Ambulant	750 Über- oder Untererfüllung der Versorgungslücke
1.	Alte Oldenburger	Pflege flex0, Pflege flex1, Pflege flex2, Pflege flex3, Pflege Bahr	40,15	35,15	698	-5
2.	Allianz	Pflege tagegeldBest (PZTB02)	52,48	52,48	720	-3
3.	Hansemerkur	PA	33,6	33,6	750	
4.	BK	PflegePREMIUM Plus	54,91	54,91	765	1
5.	R+V	Pflege premium (PKU)	50,66	50,66	765	1
6.	UKV	PflegePREMIUM Plus	54,91	54,91	765	1
7.	Universa	uni-PT-Premium, uni-PT-Premium plus	68,08	68,08	780	3
8.	Provinzial KV AG	PflegeFlex 0, PflegeFlex 1, PflegeFlex 2, PflegeFlex 3, VGH Pflegebahr	39,56	34,56	795	4
9.	LVM	PTG (Pflegebahr), PZT- Komfort	48,88	43,88	798	4
10.	Deutsche Familienversicherung	DFV FörderPflege+ (2 Ergänzungsdeck, DFV-FörderPflege Pflegebahr), Premium 2 (+ Dynamik + Demenz)	54,68	49,68	855	10
11.	VPV	VPV FörderPflege+ (4 Ergänzungsdeck, VPV FörderPflege Pflegebahr), VPV VolksPflege Premium Leist.Dyn.	57,84	52,84	980	23
12.	Hallesche	OLGA.extra	98,88	98,88	1.080	33
13.	Münchener Verein	430 (SELECT CARE Pflege)	48,2	48,2	1.200	45
14.	Nürnberger	PTF1, PTF3	66,21	66,21	1.350	60
15.	SDK	PS0, PS1, PS2, PS3 (25/50/75/100)	79,8	79,8	1.500	75
16.	Axa/DBV	Pflegevorsorge Flex 1-U, Pflegevorsorge Flex 2-U, Pflegevorsorge Flex 3-U, GEPV (Pflegebahr)	111,16	106,16	2.430	1.68
17.	Central	central.pflegePlus, central.pflege Pflegebahr)	59,81	54,81	2.040	1.29
18.	Deutscher Ring	PflegeBAHR, PflegeTOP, PflegeBAHRPLUS	80,8	75,8	1.354	60
19.	Barmenia	DFPV (Pflegebahr), EPM	75	70	1.112	36
20.	Signal Iduna	PflegeSTART, PflegeBAHR, PflegeBAHRPLUS	35,83	30,83	724	-2
21.	Debeka	EPC 1500	33,41	33,41	525	-22
22.	Huk-Coburg	PTS (Pflegebahr)	15	10	209	-54
23.	Pax-Familienfürsorge	PTS (Pflegebahr)	15	10	205	-54
24.	Ergo Direkt	GEPV (Pflegebahr)	15	10	182	-56
25.	DKV	KFP (Pflegebahr)	15	10	145	-60

Daten: Versorgungslücke auf Basis einer Haushaltsrechnung ermittelt; Aufwand für Pflege, Wohnen, Sozialabgabe minus Leistung aus gesetzlicher Rente von 1.800 Euro pro Monat und Leistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung als erfüllt gilt ein Tarif, wenn die Unterdeckung der Versorgungslücke je Pflegestufe nicht deutlich weniger 50 Euro pro Monat ausmacht; Quelle: Marktbeobachter www.Kvpro.de, Freiburg

das Analysehaus rund 1.800 Euro eigenen Kapitalbedarf pro Monat. Praktisch ist die Pflegelücke aber von Betroffenen zu Betroffenen verschieden.

Dies zeigt auch eine Analyse der für die ambulante Pflege durch Fachkräfte genannten Summen, die je nach Quelle stark schwanken (siehe Tabelle auf Seite

20). Wer im Alter eine höhere Rente hat, etwa eine zusätzliche Betriebsrente oder private Rentenpolice, der braucht weniger Pflegevorsorge zu treffen. „Wer sein gespartes Geld in eine eigene Altersvorsorge anlegt, hält im Alter aus dieser Altersvorsorge bares, frei verfügbares Geld in Händen“, erläutert Kvpro.de-Ge-

schäftsführer Gerd Güssler. Trete der Pflege-Fall ein, stehe somit zusätzliches Kapital für eine Pflege bereit. Daher sollte für junge Menschen der Aufbau einer eigenen Altersvorsorge Pflicht sein. Güssler: „Daneben auf den staatlich geförderten Pflege-Bahr zu setzen, ist sicherlich keine falsche Entscheidung.“

Monatliche Versorgungslücke in Euro (nach Haushaltsrechnung Kvpro.de)					
1.050		471		750	
Pflegestufe III Stationär	Über- oder Unter-erfüllung der Versorgungslücke	Pflegestufe II Stationär	Über- oder Unter-erfüllung der Versorgungslücke	Pflegestufe 0 Stationär	Über- oder Unter-erfüllung der Versorgungslücke
1.124	74	742	271	795	45
2.400	1.350	1.440	969	720	-30
3.000	1.950	1.500	1029	750	0
2.550	1.500	1.530	1.059	765	15
2.550	1.500	1.785	1314	765	15
2.550	1.500	1.530	1.059	765	15
1.950	900	1.170	699	750	0
1.124	74	742	271	698	-52
2.160	1.110	1.896	1425	1632	882
2.565	1.515	1.513	1.042	819	69
3.145	2.095	1.932	1461	753	3
3.600	2.550	2.520	2.049	720	-30
1.200	150	1.200	729	1.200	450
3.750	2.700	1.350	879	750	0
3.000	1.950	2.250	1779	750	0
2.850	1.800	2670	2199	510	-240
3.000	1.950	2.160	1.689	660	-90
4.512	3.462	3.158	2.687	451	-299
3.707	2.657	2.225	1754	371	-379
2.412	1.362	1.688	1.217	151	-599
1.500	450	1.050	579	300	-450
695	-355	417	-54	70	-680
682	-368	409	-62	68	-682
909	-141	273	-198	91	-659
722	-328	217	-254	72	-678

© vm-Tabelle

Das Freiburger Unternehmen hat in einer Musterrechnung mit einer Rente von 1.800 Euro untersucht, welche Pflegegeldtarife besonders gut für das Stopfen der Pflegelücke geeignet sind. Analysiert wurden 25 Tarife. Es zeigt sich: Zwar sind bei einer Toleranz von 50 Euro Rente rund 15 Tarife in der Lage, die Lücke zu schließen

(siehe Musterrechnung oben). Teilweise leisten sie aber in manchen Pflegestufen viel zu viel.

Die Suche nach dem richtigen Pflege-tarif ist somit nicht einfach. Vorgestellt wurden zudem Kombinationen, die auch eine Pflege-Bahr-Police mit einschließen. Nach einer Analyse von Morgen & Mor-

gen zur geförderten Pflegezusatzversicherung liegen die im Markt angebotenen Pflege-Bahr-Tarife in der Regel über den Mindestleistungen, die der PKV-Verband in seinen Musterbedingungen veröffentlicht hat. So hat Morgen & Morgen für die Pflegestufe I Leistungen zwischen 20 und 35 Prozent ermittelt, in der Pflegestufe II zwischen immerhin 30 und 70 Prozent. „Daher ist nicht der Anbieter mit dem höchsten Pflegemonatsgeld in Pflegestufe III automatisch auch der Anbieter, der in den Pflegestufen I und II die höchste Leistung bietet“, so Experte Schinnenburg.

Demgegenüber hatte der PKV-Verband in seinen Musterbedingungen die Prozentquoten zehn (Stufe 0), 20 (I) und 30 (II) ausgegeben. Diese Leistung wird von den Anbietern regelmäßig getoppt. So gibt es beispielsweise beim neuen Förder-Bahr der R+V-Versicherung 30 Prozent in Stufe 0 und I und 70 Prozent in II. Damit liegt die Leistung mindestens bei 180 beziehungsweise 420 Euro pro Monat.

Geförderte Pflege-Policen sind beratungsintensiv

Trotzdem bleibt das Thema Pflege-Bahr komplex. „Starke Beitragsunterschiede bei älteren Versicherungsnehmern, extrem variierende Pflegemonatsgelder bei jüngeren Versicherten, unterschiedliche Leistungen innerhalb der Pflegestufen machen die geförderte Pflege beratungsintensiver als ursprünglich angenommen“, so Schinnenburg. Zudem passen die starren Sätze eigentlich schon längst nicht mehr. „Leistungsbeiträge sollen in den Pflegestufen noch flexibler eingestellt werden. Der Bedarf des Menschen ist nämlich viel zu unterschiedlich“, fordert Ideal-Vorstandschef Rainer Jacobus.

Dann muss man aber eigentlich das System des Pfl egetagegeldes verlassen und eine Pfl egerente wählen (siehe Tabelle auf Seite 16). Hier gibt es eine deutliche Zunahme an Flex-Tarifen, urteilte Morgen & Morgen. Insgesamt hat die Ratingagentur rund 25 Pfl egerenten-Tarifen ein „Ausgezeichnet“ und somit fünf Sterne verliehen. Dies sind: Aachen-Münchener „Pri-

DURCHSCHNITTliche VERSORGUNGSLÜCKE PRO MONAT AMBULANTE PFLEGE

© vm-Tabelle

Durchschnittliche Versorgungslücke pro Monat – ambulante Pflege durch Fachkräfte - Angaben je nach Quelle sehr unterschiedlich. Die durchschnittliche Versorgungslücke bei stationärer Unterbringung gibt der Verband der Privaten Krankenversicherer mit 1.345 (Pflegestufe I) bis 1.686 Euro (Pflegestufe III) an.

Ambulante Sachleistungen – Pflegestufe	Barmer GEK	Deutscher Pflegering	Augustinum Gruppe	Versicherungsmakler Martin Kiedrowski	Softwarehaus KVpro.de	Stiftung Waren-test	Sozialstation-sindelfingen.de (1)	Mittelwert bei 7 bzw. 6 Quellen
I	204	301	1.224	400	1500 (2)	530	901	723
II	298	961	1.718	900	keine Angaben	1.270	1.527	1.112
III	337	1.479	1.541	1.850	keine Angaben	2.320	1.717	1.541

1) siehe Liste der abgefragten Dienstleistungen;

2) Nach Haushaltseinkommensmusterrechnung mit 1.050 Euro Rente pro Monat; bei einer Rente von 1.800 Euro pro Monate liegt laut Kvpro.de die Versorgungslücke in Pflegestufe I bei ambulanter Fachkräftepflege bei 750 Euro. Angaben in Euro

vat Pflegerente PRS/PRN“, Allianz „Pflegerente Police Invest“, Basler „Pflegerente Premium“, Ideal „Pflegerente Exklusiv/Superia PflegeSchutz Exklusive“, Iduna „Pflegerente Premium/Exklusiv“, Inter „Pflegerente Premium“, Neue Leben „Vitalpflege Exklusiv/Plus“, Provinzial „Pflegerente Exklusive“, Stuttgarter „Pflegerente“, Swiss Life „2Pflege & Vermögensschutz Sofort Premium/Komfort“, Volkswohlbund „Pflegerente Flexibel/Exklusiv“, WWK „Pflegerente Flexi/Exklusiv“, Zurich „Pflegerente Exklusiv“ und vier Angebote der Nürnberger Allgemeinen

(2610/T/-2612). Bewertet wurden allein die Bedingungen.

Was eine Pflegerente „kann“, zeigt das Beispiel Swiss Life. Solange der Versicherungsnehmer keine Pflege benötigt, hat er jederzeit Zugriff auf den aktuellen Versicherungswert. Bei Tod, ohne vorherige Pflegebedürftigkeit, werden 90 Prozent der eingezahlten Prämien und die erzielten Überschüsse zurückgezahlt. Laut der Kölner Niederlassung von Reinsurance Group of America (RGA) will bis 2015 ein Viertel der deutschen Lebensversicherer ins Geschäft mit den Pflegerenten einstei-

gen. Der Markt dürfte künftig noch bunter werden.

Doch egal, ob Rente oder Tagelohn, entscheidend bleibt die Ansprache der Kunden. Das Wissen, dass jeder fünfte 70- bis 79-Jährige auf Pflege angewiesen ist und im Jahr 2050 die Zahl dramatisch steigt und es dann die heute 35- bis 40-Jährigen verstärkt „erwischt“, lässt noch zu viele Menschen kalt. „Die Vorstellung, selbst einmal bettlägerig zu werden und auf andere angewiesen zu sein, ist unangenehm“, sagt Birgit König, Vorstandsvorsitzende der Allianz Krankenversicherung. Besser ist daher die reine Kostensicht. Damit kann man – mit mobilem Endgerät bewaffnet – als Vermittler gleich zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen. Ein Sprung zum nächsten Pflegekostenrechner (beispielsweise www.sozialstation-sindelfingen.de) erlaubt es ganz schnell, einige „Leistungen“ kostenmäßig zu erfassen. Die Kunden werden sich verwundert die Augen reiben, wie schnell ihre Pflegelücke größer wird, wenn sie nur ein wenig Hilfe und Service in Anspruch nehmen. ■

KINDER-PFLEGE-SCHUTZ: GÜNSTIGE WORST-CASE-ABSICHERUNG

Für sehr wenig Geld können Kinder gegen die finanziellen Folgen von lebenslanger Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall oder eine schwere Krankheit abgesichert werden. Das Angebot ist aber schmal.

Bei der neuen staatlich geförderten privaten Zusatzpflegeversicherung sind Kinder außen vor. Das neue Recht sieht vor, dass für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, keine förderfähige Pflegezusatzversicherung abgeschlossen werden kann. Familien sollten daher weiter herkömmlich privat vorsorgen. Eine private Pflegeversicherung für Kinder ist der optimalste Weg, sich gegen

den schlimmsten Fall abzusichern. „Existenzieller Invaliditätsschutz über eine Pflegeversicherung ist keine schlechte Idee“, bestätigt Georg Pitzl, Versicherungsberater aus Mering bei Augsburg. Denn die Produkte sind extrem günstig, weil das Risiko, dass das Kind tatsächlich nach Unfall oder Krankheit lebenslang zum Invaliden wird, zum Glück gering ist.

Trotzdem gibt es nach einer Schätzung der Siemens-Betriebskrankenkasse SBK in Deutschland rund vier Prozent Pflegebedürftige, die jünger als 20 Jahre sind. Umgerechnet sind das über 93.000 betroffene Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

