

Private Pflegeversicherung

Vorsorgen für den Ernstfall

Die staatliche Pflegeversicherung wird auch künftig bestenfalls eine Grundversorgung bieten. Wer die Restkosten für eine gute und menschenwürdige Pflege nicht aus eigenem Vermögen bestreiten kann, ist daher auf seine Kinder oder das Sozialamt angewiesen. Alternativ kann nur eine private Zusatzversicherung finanzielle Lücken schließen.

24 Stunden Einsatzbereitschaft, kein Wochenende, keinen Feiertag. Das ist die Situation für Menschen, die ihre Angehörigen selbst zu Hause pflegen. Oft ist das notwendig, weil die finanziellen Mittel für ein Pflegeheim oder eine Pflegekraft fehlen. Dann erst wird vielen bewusst, dass die gesetzliche Pflegeversicherung kein Vollkasko-Schutz, sondern lediglich Basis-Absicherung ist.

Denn erstattet werden im Pflegefall nur bestimmte Höchstbeträge, die sich an der jeweiligen Pflegestufe orientieren. Für eine umfassende Versorgung reicht die

Leistung der staatlich organisierten Pflegepflichtversicherung daher meist nicht. Für eine vollstationäre Pflege in der höchsten Pflegestufe III erhält der Versicherte derzeit zum Beispiel maximal 1.432 Euro, in Härtefällen bis zu 1.688 Euro im Monat. Ein Platz im Heim kostet in Westdeutschland aber schon heute durchschnittlich 2.821 Euro im Monat, vereinzelt sogar bis zu 3.500 Euro. Selbst nach Erhöhung der Sätze im Jahr 2012 auf 1.550 bzw. 1.918 Euro im Härtefall deckt die staatliche Leistung die vollen Heimkosten bestenfalls zur Hälfte.

Ähnlich sieht es bei ambulanter Pflege aus. Die Differenz zwischen den staatlichen Leistungen und den tatsächlichen Kosten müssen die Betroffenen daher selbst bezahlen – mit ihrer Rente, ihren Rücklagen oder sogar mit ihrer Immobilie. Und wenn das Geld immer noch nicht reicht, werden die Angehörigen zur Kasse

gebeten. Bei professioneller Pflege springt zwar zunächst das Sozialamt ein, hält sich anschließend aber am Ehepartner oder den Kindern schadlos. Den Betroffenen oder ihren Angehörigen entstehen so auch in Pflegestufe I oder II leicht ungedeckte Restkosten von weit mehr als 1.000 Euro pro Monat – egal, ob die Pflege zu Hause erfolgt oder im Heim. Denn der reale Wert der von der Pflegepflichtversicherung getragenen Leistungen ist seit der Einführung im Jahr 1995 um mehr als 15 Prozent gesunken – was sich bereits nachhaltig auf die Qualität der Pflege auswirkt.

Laut Volksmeinung ist Absicherung ausreichend

Rund 52 Prozent der Bundesbürger glauben noch, dass die gesetzliche Pflegeabsicherung ausreichend sei, wie eine Studie der Psychonomics AG aus Köln feststellt. In rund 66 Prozent aller Familien wurde das Thema „Pflege“ bereits thematisiert, so eine Forsa-Studie. Fast die Hälfte der Bundesbürger hat Erfahrung bei der Pflege von Angehörigen. Aber nur 14 Prozent pflegen ihre Angehörigen selbst. Überwiegend pflegen Frauen.

Immerhin ist die Hälfte der Deutschen, die eine zusätzliche private Absicherung für notwendig halten, bereit, im Schnitt bis zu 34 Euro pro Monat dafür zu zahlen. Längst ist klar, dass die Reform der Pflegeversicherung nur marginale Ver-



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

PFLEGE-RENTEN-VERSICHERUNG: SINNVOLLE ERGÄNZUNG ZUR GRUNDVERSORGUNG

Beispiel: 1.500 Euro Pflege-Rente pro Monat

Anbieter	Produkt	Leistungen in Prozent in Stufe I / II / III	Mann (45 Jahre)	Frau (45 Jahre)	Aufstockung bzw. Dynamik der Leistungen ohne Wartezeit oder erneute Risikoprüfung?	Aufnahme höchstalter in Jahren	Höchstmögliche Monatsrente in Euro	Wartezeit für Leistungen ab Versicherungsbeginn	Art der Leistungsprüfung	Demenz mitversichert?	Sofortleistung (z. B. einmalige Kapitalzahlung)	Assistance-Leistungen (z. B. Pflegeplatz-Garantie)?
Delta Lloyd	Sofort Pflegeschutz	0 / 100 / 200	44,98	77,05	eingeschränkt	80	9.000,00	Nein	ADL	Ja	Nein (nur Verrechnung Überschüsse)	Organisationshilfen, Beratungstelefon
Delta Lloyd	Sofort Pflegeschutz Plus	50 / 100 / 150	60,87	94,96	eingeschränkt	80	9.000,00	Nein	ADL	Ja	Nein (nur Verrechnung Überschüsse)	Organisationshilfen, Beratungstelefon
Aachen-Münchener	Private Pflegerente 3plus Tarif PRS	50 / 75 / 100	68,55	104,74	Ja	75	2.625,00	Nein	ADL, SGB	Ja	Nein	Nein
Neue Leben	PR 4	37,5 / 75 / 150	66,88	101,91	eingeschränkt	75	3.000,00	Nein	SGB	Ja	6 Monatsrenten	Organisationshilfen, Beratungstelefon
Generali	Selekta	50 / 75 / 100	71,29	115,71	Ja	75	3.000,00	Nein	ADL	Ja (ab Stufe II)	Nein	Derzeit noch nicht
Neue Leben	PR 4 T	37,5 / 75 / 150	92,04	131,49	eingeschränkt	75	3.000,00	Nein	SGB	Ja	6 Monatsrenten	Organisationshilfen, Beratungstelefon
Deutscher Ring	Ring Pflege Rente Komfort	0 / 50 / 100	49,66	75,39	Ja	75	2.500,00	Nein	ADL, SGB	Ja	6 Monatsrenten	Organisationshilfen, Beratungstelefon
Ideal	PflegeRente P103	0 / 50 / 100	51,50	76,44	Ja	75	3.000,00	Nein	ADL, SGB	Ja	6 Monatsrenten	24-Stunden-Pflegeplatz-Garantie, Hotline, Sonderkonditionen in Reha-Klinik
Aachen-Münchener	Private Pflegerente 3plus Tarif PR	0 / 0 / 100	24,40	40,27	Ja	75	2.625,00	5 Jahre	ADL, SGB	Nein	Nein	Nein
Nürnberg	Selbstständige Pflegerente NP 2400	0 / 0 / 100	31,17	53,77	Ja	75	3.000,00	Nein	SGB	Ja	Nein	Nein

gelb = gutes Preis-Leistungsverhältnis; sortiert nach Leistung Stufe II und Preis

Quelle: eigene Recherche

besserungen bringt. Außerdem wird sie teurer. Ab 1. Juli 2008 wird der Beitragssatz um 0,25 auf 1,95 Prozent angehoben. Kinderlose zahlen statt 1,95 sogar 2,2 Prozent. Gleichzeitig altert die Gesellschaft rapide weiter – und das Pflegerisiko nimmt immer größere Dimensionen an. Derzeit sind rund 2,1 Millionen Menschen pflegebedürftig, 2030 werden es über drei Millionen Menschen sein, so die Prognose der Bundesregierung.

Knapp fünf Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und rund 25 Prozent der stationär versorgten Pflegebedürftigen sind heute bereits auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen, so der aktuelle 4. Pflegebericht, den die Bundesregierung Anfang 2008 vorlegte. Noch gruseliger ist der Heim-Prüfbericht des

Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Danach wird in Pflegeheimen jeder dritte Patient nicht häufig genug umgebettet. Und jeder dritte Pflegefall bekommt nicht genug zu essen und zu trinken. Der Grund: Zeitnot. Die Verhältnisse dürften sich auch in Zukunft kaum bessern. „Wir gehen von einem enormen Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal aus“, sagt Marie-Luise Müller, Präsidentin des Deutschen Pflegerates. Immer weniger Menschen wären zudem in der Lage, Pflegebedürftige zu Hause zu pflegen. Die Pflege durch Angehörige wird zum Auslaufmodell. Das gilt aber nur für diejenigen, die ausreichend vorsorgen.

Acht Jahre dauert ein Pflegefall im Durchschnitt. Selbst Schwerstpflegefälle liegen bei rund 5,5 Jahren, wie die Ideal-

Versicherung ermittelt hat. Dies gilt auch für ganz alte Menschen. So leben schwerstpflegebedürftige Männer in der Pflegestufe III mit 90 Jahren im Durchschnitt noch knapp fünf Jahre. Bei 80-Jährigen liegt diese Zahl bei etwas über sechs Jahren. „In dieser Zeit ist das über ein Leben vielleicht angesparte Vermögen schnell weg“, sagt Ideal-Vorstand Rainer M. Jacobus.

Die Spanne der Restkosten, die Familien mit Pflegefällen droht, liegt derzeit pro Monat zwischen knapp 500 Euro (Pflegestufe I – ambulant zu Hause) und über 1600 Euro (Pflegestufe III – ambulant zu Hause). Viel besser wird es auch nach der Reform ab 2012 nicht aussehen. Dann liegt das Geld, das im Pflegefall privat aufgebracht werden muss, je nach

DIE ENTSCHEIDUNG FÜR DAS PFLEGEVORSORGE-SYSTEM MUSS DER KUNDE SELBST TREFFEN

© vm-Tabelle

Wichtige Kriterien	Die Restkosten-Police ist im Preis unsicher und nicht frei verfügbar. Preisniveau: Niedrig Monatsbeitrag für 55-jährigen Mann Kosten-Versicherung – 34 Euro	Das Tagegeld ist im Preis unsicher, aber frei verfügbar. Preisniveau: Mittel Tagegeld-Versicherung – 62 Euro	Die Pflege-Rente ist preisicher und frei verfügbar. Preisniveau: Hoch Renten-Versicherung – 103 Euro
Beitrag pro Monat	Pro Monat zahlt ein 55-jähriger Mann 33,70 Euro. Dafür muss die Einstufung in eine gesetzliche Pflegekasse vorliegen. Der Versicherer ersetzt in jeder Pflegestufe und Pflegeart (stationär, ambulant, privat) bis zu 100 Prozent der Restkosten. Im Pflegeheim in Pflegestufe III wären das 1.432 Euro pro Monat. (Beispiel Arag)	Pro Monat zahlt ein 55-jähriger Mann 61,6 Euro. Dafür muss die Einstufung in eine gesetzliche Pflegekasse vorliegen. Der Versicherer ersetzt in jeder Pflegeart – stationär, ambulant, privat – den gleichen Prozentsatz. In Pflegestufe I sind es 50 Prozent des vereinbarten Tagegeldes, in Pflegestufe II und III sind es 100 Prozent. Im Pflegeheim in Pflegestufe III wären es 50 Euro pro Tag oder rund 1.500 Euro pro Monat. (Beispiel: R+V)	Pro Monat zahlt ein 55-jähriger Mann 102,68 Euro. Dafür muss die Einstufung in eine gesetzliche Pflegekasse vorliegen. Der Versicherer ersetzt in jeder Pflegeart – stationär, ambulant, privat – den gleichen Prozentsatz. In Pflegestufe I sind es 50 Prozent der vereinbarten Rente, in Pflegestufe II 75 und in III 100 Prozent. Im Pflegeheim in Pflegestufe III wären das 1.500 Euro pro Monat. (Beispiel: Aachen-Münchener)
Kosten-Sicherheit	Die Beiträge können jederzeit angepasst werden.	Die Beiträge können jederzeit angepasst werden.	Die Beiträge sind stabil.
Leistungen	Nur die per Rechnung nachgewiesenen, über die Leistungen der gesetzlichen Pflegekasse hinausgehenden Pflegeleistungen werden bezahlt. Im Pflegeheim gehören dazu auch die Leistungen für Unterkunft, Verpflegung sowie Komfortleistungen und zusätzliche pflegerische-betreuende Leistungen.	Kunde kann frei über sein Geld verfügen. Art der Pflege – stationär, ambulant, privat – spielt keine Rolle	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.	Auch im Pflegefall muss meist weitergezahlt werden.	Zahlung in der Regel nur bis zu dem Moment, in dem der Versicherer Leistungen erbringt.
Rückkauf	Nicht vorgesehen	Nicht vorgesehen	Jederzeit vor Eintritt des Pflegefalls
Definition des Pflegefalls	Einstufung in eine Pflegestufe durch Pflegekasse	Einstufung in eine Pflegestufe durch Pflegekasse oder Verlust von Grundfähigkeiten	Einstufung in eine Pflegestufe durch die Pflegekasse - nach dem geltenden Recht bei Vertragsabschluss - oder durch Verlust von Grundfähigkeiten
Demenz	Außerhalb einer gesetzlichen Pflegestufe nicht versichert	Außerhalb einer gesetzlichen Pflegestufe nicht versichert	Überwiegend auch außerhalb einer gesetzlichen Pflegestufe mitversichert
Kündigungsrecht	Versicherer verzichten in der Regel auf ihr ordentliches Kündigungsrecht	Versicherer verzichten in der Regel auf ihr ordentliches Kündigungsrecht	Kein Kündigungsrecht
Zusätzliche Assistenzleistungen	Bei einigen Anbietern mitversichert	Bei einigen Anbietern mitversichert	Bei einigen Anbietern mitversichert

PFLEGEKOSTEN-TARIFE: VERGLEICHBARKEIT NUR ÜBER TAGESSATZ MÖGLICH

© vm-Tabelle

Tarif	Anbieter	Zahlung in Pflegestufe I bis III in Prozent	ambulante Pflege Leistung pro Tag in Pflegestufe			stationäre Pflege Leistung pro Tag in Pflegestufe			Monatsbeiträge in Euro	
			I	II	III	I	II	III	Frau (45 Jahre)	Mann (45 Jahre)
680	ARAG	200,00	25,6	61,4	95,5	68,2	85,3	95,5	76,70	40,70
PZ/20	Continentale-Europa	200,00	25,6	61,4	95,5	68,2	85,3	95,5	71,00	46,40
PEV200	LKH Landeskrankenhilfe	200,00	25,6	61,4	95,5	68,2	85,3	85,3	87,40	47,80
PEV190	LKH Landeskrankenhilfe	190,00	24,3	58,3	90,7	64,8	81,0	90,7	83,03	45,41
689	ARAG	180,00	23,0	55,3	85,9	61,4	76,7	85,9	69,03	36,63
PEV180	LKH Landeskrankenhilfe	180,00	23,0	55,3	85,9	61,4	76,7	85,9	78,66	43,02
PEV170	LKH Landeskrankenhilfe	170,00	21,8	52,2	81,1	58,0	72,5	81,1	74,29	40,63
688	ARAG	160,00	20,5	49,1	76,4	54,6	68,2	76,4	61,36	32,56
PEV160	LKH Landeskrankenhilfe	160,00	20,5	49,1	76,4	54,6	68,2	76,4	69,92	38,24
PZ/15	Continentale-Europa	150,00	19,2	46,1	71,6	51,2	64,0	71,6	53,25	34,80
EHP150+ ESP150	AXA	150,00	19,2	46,1	71,6	51,2	64,0	71,6	58,50	34,02
PEV150	LKH Landeskrankenhilfe	150,00	19,2	46,1	71,6	51,2	64,0	71,6	65,55	35,85
P3	Gothaer	Festbetrag 12.276	34,1	42,6	51,1	34,1	42,6	51,1	37,28	22,23
ZP06 (Humanis)	Mannheimer	Festbetrag 50.000	15,7	48,5	73,0	30,9	34,9	46,0	49,79	30,53

gelb = gutes Preis-Leistungsverhältnis; sortiert nach Zahlung stationär Stufe II. Quelle: www.kvpro.de



Pflegegrad zwischen knapp 400 und rund 1.500 Euro. Hochgerechnet auf die durchschnittliche Pflegezeit von acht Jahren müssen die Familien also bis zu 146.000 Euro aufbringen. Ein schwergewichtiges Argument für eine private Absicherung.

Die GenRe aus Köln etwa erwartet einen Boom bei privaten Pflegeprodukten. „Wir stehen hier vor einem Durchbruch, ähnlich wie bei der Riester-Police“, schätzt Ulrich Pasdika, Produktentwickler der GenRe aus Köln. Zudem rechnet der Experte damit, dass eine Vielzahl modifizierter und neuer Produkte auf den Markt kommt. Derzeit stehen drei Modelle zur Verfügung: Private Krankenversicherer bieten wahlweise ein Pfl egetagegeld und eine Pflegekostenversicherung an, Lebensversicherer eine Pflegerentenpolice.

Die Pflegerente: komplexe rechtliche Grundlage

Die rechtliche Grundlage, auf der die Einstufung des „Schadenfalls“, also der Pflegestufe, basiert, ist nicht nur komplex, sondern auch dem Wandel der Zeit unterworfen. So wurden die Richtlinien der Begutachtung (§§ 14,15 SGB XI) schon mehrfach von Pflegekassen und Medizinischem Dienst überarbeitet. In Zeiten enger werdender Mittel könnte sich daher die Einstufung verschlechtern. Ein Nachteil für alle, die in ihren Produkten auf die SGB-Einstufung angewiesen sind. Auf Nummer sicher geht der Kunde, der einen Leistungsfallprüfung nach SGB und ADL („activities of daily living“), also nach Verrichtungen des täglichen Lebens, genießt. Damit dürfte die private Pflege-Renten-Versicherung deutlich stärker ins Rampenlicht gerückt werden, denn hier bieten einige Versicherer eine solche Kombination (siehe Tabelle auf Seite 35).

Bei der Pflegerente erhält der Versicherte im Ernstfall eine fest vereinbarte Monatsrente. Dieses Geld kann frei verwendet und sowohl für Pflege- als auch für Serviceleistungen ausgegeben werden. Ähnlich wie beim Tagegeld wird die volle Pflegerente meist erst ab Pflegestufe III gezahlt. In Pflegestufe I und II gibt es ent-

weder gar keine oder nur einen Teil der Pflegerente. Allerdings werden Beitrag, Leistungsumfang und Leistungsbedingungen bei Vertragsabschluss festgeschrieben. Dafür müssen die Kunden aber hinnehmen, dass bei einer Pflege-Rentenversicherung auch die Leistungen am Tag des Vertragsschlusses „festgeschrieben“ werden. Das gilt zumindest, wenn die Leistungsprüfung nur nach dem Sozialgesetzbuch erfolgt. Praktisch könnte somit, wenn der Gesetzgeber die Leistungen ausweitet, keine Leistung aus der privaten Pflegerente erfolgen, obwohl der Versicherte eine gesetzliche Pflegestufe erhält. Dies trifft zum Beispiel für die Produkte der Neue Leben und der Nürnberger zu. Alle anderen Tarife prüfen zusätzlich nach, in welchem Umfang der Versicherte Tätigkeiten des täglichen Lebens nicht mehr erfüllen kann. Diese Prüfung bleibt somit immer unverändert.

Mit Ausnahme des Tarifs 3plus PR der Aachen-Münchener leisten alle Pflege-Rentenangebote zudem auch, wenn der Versicherte geistig verwirrt (Demenz) zum Pflegefall wird. Das ist bei der gesetzlichen Pflegekasse und bei anderen privaten Pflegeversicherungen bislang nicht der Fall. Hier wird Demenz erst ab Sommer 2008 gesetzlich versichert sein.

Weiteres Plus der Pflegerente: Die Beitragszahlung läuft grundsätzlich nur bis zum Leistungsfall. Die Beiträge können zudem vorher jederzeit zurückgekauft werden, allerdings mit deutlichen Abstrichen. Die Pflegerenten-Versicherung zahlt nach Art einer Risikoversicherung außerdem Überschüsse aus. Und: Die Zinsen der Kapitalerträge werden zu mindestens 90 Prozent den Kunden gutgeschrieben und mit dem Beitrag verrechnet.

Unterm Strich ist die Pflegerente aber die teuerste Variante unter den Pflegezusatzversicherungen – ohne signifikant bessere Leistungen zu bieten. Vorsorgewillige sollten daher sorgfältig prüfen, ob sich der Vertragsabschluss lohnt. Das gilt insbesondere für Frauen. So müsste eine 35-jährige für eine Pflegerente von 1.500 Euro bei einem guten Anbieter rund 70 Euro Monatsbeitrag zahlen. Würde sie das

Geld auf einen privaten Sparplan mit vier Prozent Zinsen einzahlen, stünde ihr im pflegerelevanten Alter von 80 Jahren genügend Kapital zur Verfügung, um sich – für die durchschnittliche Pflegedauer von acht Jahren – selbst eine monatliche Pflegerente von 1.500 Euro zu finanzieren. Nur das Risiko, schon mit 60 oder 65 vorzeitig zum Pflegefall zu werden, wäre nicht abgedeckt. Diese Versorgungslücke ließe sich aber schon für ein Viertel des Pflegerentenbeitrags über eine Pflegekosten- oder Pfl egetagegeldpolice schließen.

Die Pflegekosten-Police: preisgünstige Alternative

Die auf den ersten Blick preisgünstigste Variante bei den Pflegezusatzversicherungen ist die Pflegekostenpolice. Allerdings übernimmt der Versicherer hier auch nur die tatsächlichen Restkosten, die nach Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung noch offen sind. Während eine Rechnung bei ambulanten oder stationären Kosten üblich ist, muss bei Laienpflege eine „Quasi-Rechnung“ angefertigt werden. Sie wird halbjährlich, bei Pflegestufe III vierteljährlich, durch einen zugelassenen Pflegedienst erstellt und an die private Versicherung weitergeleitet (§ 37 Absatz 3 SGB XI).

Erstattet wird aber nur der vereinbarte Prozentbetrag jener Leistung, die auch die staatliche Pflegepflichtversicherung bei Laienpflege vorsieht – also deutlich weniger als bei professioneller häuslicher Pflege. Folglich lohnt sich die Police in erster Linie für Versicherte, die nur professionelle Pflege in Anspruch nehmen wollen. Weiteres Manko: Da die Versicherungsleistung an die Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung gekoppelt ist, steigt der Preis der Police, wenn sich der Leistungsumfang der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erhöht – etwa mit Verabschiedung der Pflegereform und der geplanten Dynamisierung der staatlichen Leistungen.

Daneben hängt der Preis vor allem von der vereinbarten Leistung ab. In der Regel stockt der Versicherer die Leistungen der



PFLEGETAGEGELD: LEISTUNG WENIG TRANSPARENT

Monatlicher Aufwand für 50-Euro-Pflege-Tagegeld – Frau (45 Jahre)

Anbieter	Tarifname	Rating	Beitrag in Euro
DBV-Winterthur	PTGDYN	A+	55
Continentale	PTK	A+	68,1
Inter	PTN	A	95,6
Universa	PT-Premium	A	50,1
Barmenia	PT1	A	51
Gothaer	PT	A	50,1
Hallesche	OLGAplus	A	54,6
DKV	PET	A	33,05

Mann (45 Jahre)

DBV-Winterthur	PTGDYN	A+	33
Continentale-Europa	PTK	A+	45,9
Inter	PTN	A	61,2
Universa	PT-Premium	A	31,3
Barmenia	PT1	A	36
Gothaer	PT	A	30,8
Hallesche	OLGAplus	A	34,7
DKV	PET	A	23,85

gelb = Preis-Leistung stark, sortiert nach Leistungsrating

Quelle: www.kvpro.de

© vm-Tabelle

gesetzlichen Pflegeversicherung um einen bei Vertragsabschluss festgelegten Prozentsatz auf. Der Versicherte kann also selbst bestimmen, wie hoch die Leistung seiner Zusatzversicherung sein soll. Alternativ leisten zum Beispiel die Gothaer und die Mannheimer die Restkosten bis zu einem Höchstbetrag. Die Gothaer leistet vor allem in der Pflegestufe III sehr viel.

Grundsätzlich sind die Tarife für Verbraucher schwer verständlich. So suggeriert zum Beispiel die Mannheimer mit einem Höchstbetrag von 50.000 Euro eine Super-Leistung. Tatsächlich gibt es eine Selbstbeteiligung von 20 Prozent. Richtig wirksam wird der Tarif nur, wenn die Pflege besonders teuer ist. Wer die vollen Restkosten im Pflegefall ersetzt haben will, sollte einen Tarif auswählen, der die Leistung der staatlichen Pflegekasse um 150 bis 160 Prozent aufstockt. Ob dieser Leistungsumfang dauerhaft ausreicht, kann aber erst die Zukunft zeigen. Das Problem: Wenn die Festbeträge der gesetzlichen

Pflegeversicherung nicht steigen, wohl aber die Kosten der Pflegedienste oder Heime, wird auch mit 150 bis 160 Prozent Leistung die Pflegeelücke nicht ganz geschlossen. Alternativ kann eine Leistung bis zu 200 Prozent des Satzes aus der staatlichen Pflegekasse vereinbart werden. Bei solchen Hochleistungstarifen besteht aber die Gefahr der Überversicherung. Wem die Kosten für einen Hochleistungstarif zu teuer sind, der kann mit einem 100-Prozent-Tarif sparen. Die Leistungen werden dann auf zusätzliche 1.432 Euro in der Pflegestufe III geschmäleret, die aktuellen Beiträge fallen deutlich günstiger aus.

Das Pflegetagegeld: Klassiker mit Haken

Der Klassiker für den Schutz des Pflegefallrisikos ist die Pflegetagegeldversicherung. „Mit der Möglichkeit, auch hohe Tagessätze abzuschließen und somit im Pflegefall zusätzlich freie Mittel zur Verfügung zu haben, bietet das Pflegetagegeld klar Vorteile gegenüber den konkurrierenden Modellen“, meint Wiltrud Pekarek, Vorstand bei der Halleschen Krankenversicherung. Solche Beträge lassen sich aber auch über die Pflege-Renten-Versicherung decken. Der tatsächliche Vorteil des Tagegeldes ist eher seine scheinbare Unkompliziertheit. Aber: Den vollen Tagessatz zahlen die meisten Versicherten erst in der Pflegestufe III. In den beiden ersten Pflegestufen gibt es dagegen meistens nur einen Teil des Tagessatzes. Der wird bei einigen Versicherern aber auf die volle Summe aufgestockt, falls eine Heimpflege erforderlich ist. Aus diesem Grund sagt ein versicherter Tagessatz – in unserem Beispiel 50 Euro (siehe Tabelle oben) – noch nichts über die tatsächliche Qualität der Pflegetagegeldversicherung aus.

Hilfreich ist hier ein Leistungsrating, wie es das Analysehaus KVpro entwickelt hat. Natürlich muss der Vermittler dem Kunden den anhand des Ratings ausgewählten Tarif nochmals detailliert erläutern. Das Tagegeld lässt dem Versicherten also mehr Entscheidungsfreiheit als ein Pflegekostentarif. Dafür ist diese Variante

im Schnitt aber auch etwas teurer als die reine Pflegekostenversicherung – zumindest, wenn der Vertrag erst im fortgeschrittenen Alter abgeschlossen wird.

Damit das Geld auch noch reicht, wenn die Pflegekosten weiter steigen, sollte der Tarif eine Dynamik enthalten. Dann kann der Versicherte den Tagegeldsatz bei Bedarf ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Für Frauen ist Pflegetagegeld rund 30 bis 70 Prozent teurer. Da sie laut Statistik länger leben als Männer, wird das Risiko, zum Pflegefall zu werden, bei ihnen erheblich höher eingeschätzt. Auch wer nicht mehr jung ist, muss tiefer in die Tasche greifen: Mit 60 Jahren zahlen Männer für den gleichen Schutz fast viermal so viel wie mit 35.

Wer zu lange mit dem Abschluss der Police wartet, läuft indes Gefahr, keinen Vertrag mehr zu erhalten. Denn bei Vorerkrankungen, die ein erhöhtes Pflegerisiko bergen – wie etwa Diabetes, Osteoporose, Krebserkrankungen oder auch psychische Erkrankungen –, lehnen viele Versicherer die Vertragsannahme ab.

Strengere Risikoprüfungen

Einen Rückschlag könnte der Verkauf von privaten Pflegeversicherungen durch das neue Versicherungsvertragsgesetz erleben. Weil allgemeine Fragen bei der gesundheitlichen Risikoprüfung nun nicht mehr möglich sind, dürften die Risikoprüfungen strenger werden, schätzt die GenRe. Die Folge: Pflegeversicherungen sollten schon an jüngere Personen verkauft werden. Dabei könnten Produkte auf den Markt kommen, die beispielsweise die Leistung von einer Karenzzeit im Pflegefall abhängig machen. Grund: Bestimmte Krankheiten wie Diabetes Mellitus können bei ausreichender Behandlung so weit zurückgedrängt werden, dass die Pflegebedürftigkeit wieder aufgehoben wird. Solche Policen sind günstiger, weil eine Risikoprüfung erst nach drei Monaten Pflegedauer einsetzt. Eine Reihe von Patienten ist dann aber schon verstorben. Bleiben sie hingegen Pflegefall, erhalten sie auch unbegrenzt Leistungen. ■

Hier steht eine Anzeige

