

Die neue geförderte Pflegevorsorge

Seit Jahresanfang bieten die ersten Versicherer geförderte Pflegezusatzversicherungen („Pflege-Bahr“) an. Zum Redaktionsschluss am 06.03.2013 waren insgesamt 18 Pflege-Bahr-Tarife von 15 Versicherern bekannt. Angekündigt ist darüber hinaus ein weiterer Tarif aus dem Hause Domcura in Zusammenarbeit mit der Deutschen Familienversicherung, während die HUK-Coburg bereits die erste bestandswirksame Überarbeitungen in den Markt gegeben hat. „Makler & Pflege“ hat dies zum Anlass genommen, einen ersten Preis-Leistungs-Vergleich der derzeitigen Wettbewerber zu erstellen. Zunächst einmal sollen jedoch an dieser Stelle einige Grundsätzlichkeiten zusammengefasst werden.

Von Stephan Witte

Gemeinsamkeiten der geförderten Pflegegeldabsicherung

Alle staatlich geförderten Pflegeprodukte setzen nach § 127 SGB XI Absatz 1 einen monatlichen Mindestbeitrag von 15 Euro voraus, wobei pauschal eine staatliche Förderung von 5 Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr zum Tragen kommt. Tatsächlich müssen Versicherte also nur mindestens 10 Euro im Monat aus eigenen Mitteln aufbringen. Um die volle staatliche Förderung noch für das Jahr 2013 zu erhalten, sollte nach Medienberichten ein Vertragsabschluss vor dem 01.07.2013 erfolgen.¹

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass entsprechend auch die Beiträge rückwirkend entrichtet werden müssen, um den Förderanspruch nicht zu gefährden. Hierzu heißt es im Gesetz nach § 127 SGB XI Absatz 3 wie folgt:

„Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).“

Andernfalls oder bei einem späteren Vertragsabschluss wird die Förderung nur für die Monate gewährt, in denen der Vertrag bereits bestanden hat. In jedem Fall wird die Förderung vom privaten Krankenversicherer für den Versicherten unbürokratisch bis zum 31.03. des Fol-

gejahres beantragt und kann auch nur für insgesamt einen Vertrag gewährt werden. Versicherungsleistungen sind nach § 127 SGB XI Absatz 4 in allen Pflegestufen, so auch bei eingeschränkter Alltagskompetenz wegen Demenz (Pflegestufe 0) zu erbringen, wobei das Pflegegeld in der Pflegestufe III mindestens 600 Euro monatlich betragen muss, in der Pflegestufe II mindestens 30% davon (= 180 Euro), in der Pflegestufe I mindestens 20% davon (= 120 Euro) und in der Pflegestufe 0 mindestens 10% von 600 Euro (= 60 Euro).

Die Folge dieser Voraussetzungen wird von der Deutschen Familienversicherung gut auf den Punkt gebracht:

„Im Rahmen der Gestaltung der förderfähigen Pflegeversicherungen hat der Gesetzgeber die Versicherungswirtschaft gezwungen umzudenken. Bisher wurden markteinheitlich feste Tagelohnhöhen mit variablen Beiträgen je Eintrittsalter vermarktet. Im Rahmen der staatlich geförderten Pflegeversicherung ging es darum, welche Tagelohnhöhen für einen fixen Beitrag von 15 Euro (10 Euro Mindesteigenbetrag + 5 Euro Förderung) pro Monat abgebildet werden können. Dieses Tarifkonfigurationsmodell haben wir auf die DFV-DeutschlandPflege Ergänzungsdeckung übertragen. Insofern können unsere Kunden gemäß ihrem Eintrittsalter zwischen verschiedenen, definierten Gesamtbeitragshöhen (Summe

DFV-FörderPflege + DFV-DeutschlandPflege Ergänzungsdeckung) wählen und so dann über entsprechende Leistungsumfänge in den jeweiligen Pflegestufen verfügen.“

Ein Anspruch auf staatliche Förderung besteht nach § 126 SGB XI für alle Personen ab 18 Jahren, die Mitglied der deutschen sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung sind und nicht pflegebedürftig sind oder bereits pflegebedürftig waren.

Nicht zulässig sind nach § 127 SGB XI Absatz 4 eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit, etwaige Einmal- oder Assistenzleistungen.

Der Abschluss muss grundsätzlich uneingeschränkt vom Gesundheitszustand möglich sein (Kontrahierungszwang). Einzige Ausnahmen sind Personen, die bei Antragsstellung bereits Pflegeleistungen beziehen oder bezogen haben.

Risikozuschläge oder -ausschlüsse sind nicht zulässig.

Dafür darf nach § 127 SGB XI Absatz 6 eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren verlangt werden. Die Pflegeeinstufung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung muss als Leistungsauslöser anerkannt werden.

Versicherte müssen das Recht haben, den Vertrag bei finanzieller Hilfebedürftigkeit bis zu drei Jahre lang ruhen lassen zu dürfen.

Pflege-Bahr-Tarife dürfen ausschließlich von Krankenversicherern angeboten

werden. Die Courtage für geförderte Pflege-Bahr-Tarife ist auf zwei Monatsbeiträge maximiert. Ebenfalls gedeckelt ist die Höhe der zulässigen Verwaltungskosten für geförderte Pflegegeldtarife.

Eintrittsalter und Beitragskalkulation

Nur wenige Versicherer wie die Debeka weisen in ihren Unterlagen ausdrücklich Beiträge auch für unter 18jährige aus – dies allerdings naturgemäß ohne Zulaugenanspruch und nur im Rahmen der Kindernachversicherung (siehe unten) mit Verzicht auf eine Gesundheitsprüfung.

Je nach Versicherer werden in den offiziellen Vertriebsunterlagen der Versicherer unterschiedliche Höchstalter ausgewiesen. Diese bedeuten allerdings lediglich, dass Beiträge für höhere Eintrittsalter anzufragen wären. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (Förderfähigkeit nach § 127 SGB XI Absatz 2) ist eine Höchstaltersbeschränkung faktisch unzulässig.

» Allein die Kombination aus gesetzlicher oder privater Pflegepflichtversicherung, ergänzt um einen Pflege-Bahr-Tarif, ist in keinem Fall dazu geeignet, die zu erwartende Versorgungslücke bei Pflegebedürftigkeit umfassend zu schließen. Vielmehr handelt es sich um einen ersten Schritt zum Erhalt zusätzlicher Pflegeleistungen, die von hinreichend gesunden Personen durch eine Kombination mit nicht geförderten Tarifen weiter reduziert werden können. «

Auf der anderen Seite suggerieren Beitragstabellen mit Beiträgen nur bis 65 Jahren (PAX Familienfürsorge), 70 Jahren (Deutscher Ring Kranken, DKV, Signal Iduna), 75 Jahren (Barmenia², Ergo), 90 Jahren (Münchener Verein), 100 Jahren (Central, Deutsche Familienversicherung, Envivas), 102 Jahre (SDK), 103 Jahre (Allianz), 105 Jahre (Debeka) bzw. 112 Jahre (HUK-Coburg), dass die Aufnahme älterer Kunden nicht möglich seien.

In der Praxis sind die entsprechenden Beiträge für höhere Eintrittsalter bei den jeweiligen Versicherern anfragepflichtig.

Eine Besonderheit der SDK ist, dass

es geringfügig rabattierte Tarife für Mitglieder der mhplus Betriebskrankenkasse gibt. Vergleichbar sind günstigere Prämien der HUK-COBURG für Mitglieder und Versicherte der Barmer GEK.

Alle Tarife arbeiten mit Alterungsrückstellungen und sind demnach nach Art der Lebensversicherung kalkuliert. Demnach ist bei keinem Anbieter eine technisch einjährige Prämienkalkulation vorhanden.

Teilweiser Verzicht auf Wartezeiten

Bei Allianz, Barmenia, Central, Debeka, Envivas, Deutsche Familienversicherung, Deutscher Ring, Ergo Direkt, HUK-Coburg (Tarif mit Stand 01.2013), PAX Familienfürsorge und Signal Iduna entfällt jeweils die fünfjährige Wartezeit, wenn die Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall verursacht wurde.

Durch die Verdoppelung der Leistung im Tarif PflegeBAHRPLUS wird die fehlende Leistung bei nicht unfallbedingtem Eintritt von Pflegebedürftigkeit innerhalb der Wartezeit beispielsweise in den Tarifen Pflegebahr von Deutscher Ring und Signal Iduna aufgefangen.

Fehlende Unfall-Definition

Was unter einem versicherten Unfallereignis zu verstehen ist, wird allein von Deutscher Ring, Deutscher Familienversicherung, Signal Iduna und VPV definiert. Bei den anderen Wettbewerbern bleibt unklar, ob z.B. eine Pflegebedürftigkeit infolge einer willensgesteuerten Eigenbewegung, durch ärztliche Kunstfehler oder durch Gase und Dämpfe als Unfall zu bewerten ist.

Eine Bewertung ist hier schwierig. Einerseits ermöglicht eine fehlende Definition eine besonders verbraucherfreundliche Interpretation, andererseits besteht für Kunden und Vermittler ein gerütteltes Maß an Rechtsunsicherheit. Letztlich überzeugen die Argumente, die eine Klarstellung nicht nur aus Gründen der Transparenz für notwendig erachten, sondern auch um im Leistungsfall ohne einen Rechtsschutzversicherer im Rücken seinen Leistungsanspruch durchsetzen zu können.

Als einzige Versicherer nicht auf eine Wartezeit bei unfallbedingter Invalidität verzichten derzeit die HUK-Coburg (bereits geschlossener Tarif mit Stand

12.2012) und der Münchener Verein.

Positiv vom Wettbewerb abweichend ist die Regelung der SDK, wonach im Einzelfall auf eine Anrechnung von Wartezeiten verzichtet werden kann:

„Versicherten, die die beim Versicherer geführten Tarife PS oder PE beenden und im unmittelbaren Anschluss einen Tarif PZ oder PZM abschließen, wird die in den Tarifen PS oder PE ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach diesen Bedingungen spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde. §1 bleibt unberührt.“

Kindernachversicherung

Generell gilt bei allen Versicherern ein Verzicht auf die Wartezeit im Rahmen der Kindernachversicherung nach § 24 der Musterbedingungen für Neugeborene und minderjährige, adoptierte Kinder, „wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.“

Diese Kindernachversicherung erklärt, wieso die Debeka Prämien bereits für neugeborene Kinder ausweist. Obwohl für Personen unter 18 Jahren kein Förderanspruch besteht, kann die Nachversicherungsoption nach § 24 MB/GEVP 2013 die Möglichkeit eröffnen, bereits bei Geburt pflegebedürftigen Kindern uneingeschränkter Versicherungsschutz im Umfang des elterlichen Versicherungsschutzes zu ermöglichen.

Beispielsweise könnte ein neugeborenes Kind für einen Monatsbeitrag von 15,00 Euro bei der Debeka einen monatlichen Pflegegeldanspruch von 1.315,79 Euro versichern. Voraussetzung dafür wäre allerdings, dass auch die Eltern bereits in dieser Höhe versichert wären, was zumindest bei Redaktionsschluss faktisch noch nicht möglich

² Im Rahmen des Online-Abschlusses für die Förder-Pflege der Barmenia können abweichend sämtliche Eintrittsalter berechnet werden. (siehe <https://ssl.barmenia.de/de/service/online-abschluss/pflegevorsorge/foerderpflege.xhtml?prd=Deutsche-Frder-Pflege%20/%20Pflege+&produkt=193&dom=http://www.barmenia.de/&red=2>)

war. Eine Versicherung über die Absicherungshöhe der Eltern hinaus ist im Rahmen der Kindernachversicherung ausgeschlossen.

Versicherte Leistungen

Alle Versicherer sehen in der Pflegestufe III entsprechend der gesetzlichen Vorgabe ein monatliches Pflegegeld bzw. ein auf 30-Tages-Basis berechnetes Pflegetagegeld von mindestens 600 Euro vor. Da die Mindestleistung in Pflegestufe III sowie der Mindestbeitrag gesetzlich vorgeschrieben sind, sehen die Wettbewerber jeweils in Abhängigkeit vom Eintrittsalter andere Mindestleistungen vor.

Im Schnitt erhält beispielsweise ein 40jähriger Kunde eine monatliche Pflegeleistung in der Pflegestufe III von bis zu 797,96 Euro, ein 50jähriger Kunde hingegen nur noch von 712,94 Euro.

Pflegegelder in der Regel verbindlich

Anders als im Rahmen ungeförderter Produkte sind die benannten Pflegegelder in der Regel verbindliche Sätze und können weder reduziert oder erhöht werden. Eine Ausnahme stellen die HUK-Coburg und die PAX Familienfürsorge dar, bei denen wahlweise eine Leistung zwischen 600 und 1.200 Euro monatlich abgesichert werden kann.

Wer einen weitergehenden Schutz wünscht, muss auf ungeförderter Pflegeergänzungstarife ausweichen, kommt also nicht ohne eine Gesundheitsprüfung aus.

Berücksichtigt man die tatsächlich zu erwartende Pflegelücke in der Pflegestufe III von etwa 1.900 Euro monatlich ambulant bzw. 1.700 Euro monatlich stationär, so ist die geförderte Zusatzversorgung in der Tat nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Die Leistungen in den einzelnen Pflegestufen wie auch das Prämienniveau der einzelnen Anbieter weichen teilweise stark voneinander ab. Siehe Tabelle Seite 48-49.

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in der Praxis

Aus der Tabelle (Seite 48-49) gehen gut die zwei Ansätze hervor, wie mit den gesetzlichen Vorgaben umgegangen wird. Ausgangspunkt ist dabei in beiden Fällen, dass 600 Euro monatliches Pflegegeld in der Pflegestufe III erreicht werden muss und zugleich die eingangs beschriebenen Mindestleistungen in den anderen Pflegestufen erreicht werden müssen. Ist die zu versichernde Person sehr jung, so sind die vorgegebenen 15 Euro im Monat nicht erforderlich, um den verlangten Versicherungsschutz zu finanzieren.

„Für Personen näher am Leistungsfall“ Ein Teil der Versicherer (z.B. Ergo Direkt) ist im Rahmen der Produktgestaltung an einem möglichst attraktiven Verhältnis staatlicher Förderung zu Eigenbeitrag interessiert. Als Folge orientieren sich diese Anbieter an den gesetzlichen Mindestvorgaben, was die maximale Höhe des monatlichen Pflegegeldes in den einzelnen Pflegestufen betrifft. Damit können Angebote auch für Personen in fortgeschrittenem Alter preislich attraktiv gestaltet werden. Als Vorteil in jungen Jahren kann eine deutlich über 600 Euro im Monat hinausgehende Pflegeleistung dargestellt werden. Die Beschränkung auf die gesetzlichen Mindestleistungen hat nach Ansicht von Ergo Direkt auch mit Beitragsstabilität bei geförderten Tarifen zu tun:

„Für Personen näher am Leistungsfall“

Ein Teil der Versicherer (z.B. Ergo Direkt) ist im Rahmen der Produktgestaltung an einem möglichst attraktiven Verhältnis staatlicher Förderung zu Eigenbeitrag interessiert. Als Folge orientieren sich diese Anbieter an den gesetzlichen Mindestvorgaben, was die maximale Höhe des monatlichen Pflegegeldes in den einzelnen Pflegestufen betrifft. Damit können Angebote auch für Personen in fortgeschrittenem Alter preislich attraktiv gestaltet werden. Als Vorteil in jungen Jahren kann eine deutlich über 600 Euro im Monat hinausgehende Pflegeleistung dargestellt werden. Die Beschränkung auf die gesetzlichen Mindestleistungen hat nach Ansicht von Ergo Direkt auch mit Beitragsstabilität bei geförderten Tarifen zu tun:

„Für Personen, die näher am Leistungsfall stehen, dürften insbesondere Anbieter mit hohen wählbaren Leistungen attraktiv sein. Das Antiselektionsrisiko und damit das Risiko der „Beitragsstabilität“ ist dort deshalb gegenüber Anbietern der Mindest-Leistung deutlich erhöht.“

Erhöhte Prozentsätze in den einzelnen Pflegestufen

Ein anderer Teil des Marktes (z.B. DebeKa, Deutsche Familienversicherung, Deutscher Ring) sieht erhöhte Prozentsätze in den einzelnen Pflegestufen vor. Als Folge wird die Absicherung des Mindestbeitrages mit zunehmendem Alter immer teurer, wenngleich die prozentualen Leistungen deutlich besser abschneiden als jene von Anbietern mit dem vorbenannten Modell. Für junge Leute mit noch geringem Pflegefallrisiko wird allerdings mit dem Mindestbeitrag im Zweifel auch nur das monatliche Pflegegeld von 600 Euro erreicht.

Welche der einzelnen Pflegestufen besonders erhöht werden, ist ein weiteres Thema, zu dem man unterschied-

lich argumentieren kann. Fakt ist, dass die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen in die Pflegestufen 0 und I fallen dürften. Auf der anderen Seite sind jedoch besonders hohe Kosten vor allem in den Pflegestufen II und III zu erwarten.

Eine Sache der Verkaufs- und Beratungsideologie?

Was nun besser ist, eine Erhöhung des Pflegegeldes in der Pflegestufe III oder eine Erhöhung der Mindestleistungen in allen Pflegestufen, ist und bleibt sowohl der jeweiligen Verkaufs- und Beratungsideologie überlassen.

Im Kern entscheidend sollte wohl sein, dass die zu erwartende Pflegelücke nach Vorleistung von gesetzlicher / privater Pflegepflichtversicherung und Pflege-Bahr bestmöglich geschlossen wird. Insbesondere gilt dies natürlich für Personen, denen aus gesundheitlichen Gründen der Zugang zu einer ungeförderter Pflegeversorgung verwehrt ist. Insofern kann man auch die Ansicht vertreten, dass eine möglichst hohe Leistung in jeder Pflegestufe im Fokus stehen sollte, obwohl dies ggf. zu Lasten einer dauerhaften Beitragsstabilität gehen könnte.

Für alle Wettbewerber gilt gleichermaßen, dass ein Betreuungsgeld (sog. Demenzleistung) nur dann erbracht wird, wenn nicht zugleich eine Einstufung in eine der Pflegestufen I, II oder III im Sinne von § 14 SGB XI erfolgt.

Pflege-Bahr allein reicht nicht aus

Als Fazit bleibt auch hier festzuhalten, dass allein die Kombination aus gesetzlicher oder privater Pflegepflichtversicherung ergänzt um einen Pflege-Bahr-Tarif in keinem Fall dazu geeignet ist, die zu erwartende Versorgungslücke bei Pflegebedürftigkeit umfassend zu schließen.

Vielmehr handelt es sich um einen ersten Schritt zum Erhalt zusätzlicher Pflegeleistungen, die von hinreichend gesunden Personen durch eine Kombination mit nicht geförderten Tarifen weiter reduziert werden können. Selbstverständlich setzt dies auch hinreichende finanzielle Mittel voraus.

Für die Kunden, die allein auf Pflichtversicherung und staatliche Förderung setzen, gelingt dies zu Vertragsbeginn mit der HUK-Coburg sowie der PAX Familienfürsorge wie folgt.

Restkosten	ohne Pflege-Bahr		mit Pflege-Bahr	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär
	Erwartete Restkosten nach Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung ohne Pflege-Bahr *		Erwartete Restkosten nach Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung sowie dem Pflege-Bahr-Tarif der HUK-Coburg	
Pflegestufe III	1.900 Euro	1.700 Euro	700 Euro	500 Euro
Pflegestufe II	1.000 Euro	1.500 Euro	280 Euro	780 Euro
Pflegestufe I	400 Euro	1.300 Euro	40 Euro	940 Euro
Pflegestufe 0	200 Euro	2.000 Euro	80 Euro	1.880 Euro

* berechnet auf Basis des PflegevorsorgeBeraters (Version 1.7) aus dem Hause Volkswahl Bund in Kombination mit Angaben zu den Restkosten bei ambulanter Pflege durch einen professionellen Pflegedienst auf Basis der Schulungspräsentation „Vermögensabsicherung im Pflegefall“ der Continentale aus dem Jahre 2010. Alle Angaben gerundet auf volle hundert Euro. Die Zahlen für die Pflegestufe 0 wurden stationär auf Basis der Kosten des Johanniter-Stifts Hannover-Ricklingen (Stand 08.2010) berechnet, ambulant wurden pauschal 200 Euro unterstellt, da hierzu keine verwertbaren Zahlen vorlagen.

Trotz der insgesamt sehr hohen Absicherung von bis zu 1.200 Euro in der Pflegestufe III, 720 Euro in der Pflegestufe II, 360 Euro in der Pflegestufe I sowie 120 Euro monatlich in der Pflegestufe 0, fallen die erwartungsgemäßen Lücken einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen noch immer extrem hoch aus.

Der reine Abschluss des Pflegebahr-Tarifs kann demnach nur als Tropfen auf den heißen Stein bezeichnet werden. Für eine umfassende Absicherung ist der ergänzende Abschluss auch ungeförderter Pfelegetarife unabdingbar.

Schleichende Geldentwertung durch Inflation – Was dagegen getan werden kann

Wann immer es gilt, biometrische Risiken abzusichern, stellt sich die Frage nach der Kaufkraft einer konkreten Absicherung. Ohne dynamische Anpassungen ist eine Pflegegeldleistung von heute 1.200 Euro schon in 20 oder 30 Jahren erwartungsgemäß höchstens noch die Hälfte wert. Von daher spielen kundenfreundliche Bedingungen zum Thema Dynamik eine entscheidende Rolle.

Keine Anpassung bei HUK-Coburg und PAX Familienfürsorge

Vor diesem Hintergrund scheiden die HUK-Coburg und die PAX Familienfürsorge als Versicherer aus dem Vergleich aus, da hier keine Anpassung der anfänglich vereinbarten Versicherungssummen vorgesehen ist. Zur Verteidi-

gung des Versicherers sind allerdings die anfänglich besonders hohen Absicherungshöhen anzuführen. Nimmt man allerdings eine durchschnittliche jährliche Inflation von 3% an, so bedeuten heute 1.200 Euro Pflegegeld bei der HUK in 10 Jahren noch 919,70 Euro, in 20 Jahren nur noch 684,34 Euro und in 30 Jahren sogar nur noch 509,22 Euro. Wer also mit 18 Jahren seinen Vertrag beginnt, hat mit 65 Jahren gerade einmal eine inflationsbereinigte Pflegeabsicherung in Höhe von knapp 300 Euro. Im Vergleich bedeuten 600 Euro Pflegegeld mit 5% Dynamik im Abstand von 3 Jahren bei gleichzeitiger Inflation von 3% p.a. eine kaufkraftbereinigte Absicherung von 419,03 Euro mit 45 Jahren, 360,95 Euro mit 55 Jahren bzw. gerade einmal 310,91 Euro monatlich mit Alter 65 Jahre.

Ohne bedingungsseitige Dynamikoption

Ebenfalls keine bedingungsseitige Dynamikoption gilt bei der DKKV, Ergo Direkt, dem Münchener Verein sowie der SDK. Daher macht auch ein Abschluss dieser Tarife vor dem Hintergrund der allmählichen Geldentwertung keinen Sinn.

Dynamikregelungen ohne Biss

Nur bedingt überzeugen die Dynamikregelungen der Tarife von Allianz, Barmenia, Central, Deutscher Familienversicherung, Deutscher Ring, Envivas, Signal Iduna und VPPV; dies allerdings aus unterschiedlichen Gründen.

Bei der Allianz findet eine Dynamisierung grundsätzlich alle drei Jahre in Hö-

he von 5% statt, maximal jedoch in Höhe der allgemeinen Inflationsrate und auch nicht später als bis zur Vollendung des 69. Lebensjahres. Nimmt man eine durchschnittliche Inflation von 3% p.a. an, so bedeutet dies tatsächlich eine allmähliche Kaufkraftentwertung der Absicherungshöhe im Verlauf der Jahre (siehe oben).

Die Barmenia schreibt, dass sie „dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des vereinbarten Pflegegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Inflationsrate anbieten“ werde. Welcher Zeitraum unter „von Zeit zu Zeit“ zu verstehen ist und ob der Angebotswille des Versicherers etwaigen Einschränkungen unterliegt, wird bedingungsseitig im Dunkeln gelassen. Der Versicherer äußert sich dazu wie folgt:

„Eine dynamische Leistungserhöhung kann laut Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz maximal in Höhe der allgemeinen Inflationsrate vereinbart werden. Die genauen Rahmenbedingungen sind unklar, da der Gesetzgeber keine eindeutige Definition vorgegeben hat und auch die MB/GEVP diesen Punkt in Anlehnung an den Gesetzeswortlaut offen halten.“

Eine Dynamik wollten wir in jedem Fall im Tarif verankern. Daher haben wir eine Variante gewählt, die auf keinen Fall den Anspruch des Kunden auf staatliche Zulage gefährdet.“

Aus diesem Blickwinkel betrachtet, ist die Regelung der Barmenia sinnvoll und

nachvollziehbar. Transparenter und m.E. kundenfreundlicher wäre es allerdings gewesen, wenn man darauf hingewiesen hätte, dass in definierten Abständen – sofern förderunschädlich möglich – eine Dynamisierung der Leistungen im Rahmen der allgemeinen Inflationsrate vorgenommen würde.

Alle drei Jahre

Central, Deutsche Familienversicherung, Envivas und VPV sehen einen Anspruch auf Dynamisierung im Abstand von drei Jahren entsprechend der allgemeinen Inflationsrate, höchstens jedoch um 10% vor. Nimmt man eine durchschnittliche Inflation von 3% p.a. an, so bedeutet dies tatsächlich eine allmähliche Wertsteigerung der Absicherungshöhe im Verlauf der Jahre.

Bei Deutscher Ring Kranken und Signal Iduna kann eine Dynamik entsprechend der allgemeinen Inflationsrate alle drei Jahre in Anspruch genommen werden, maximal jedoch um 5% und nicht später als bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres.

Kundenfreundliche Dynamikregelung

Bezogen auf die maximal mögliche Höhe der Dynamisierung ist die Dynamikregelung der Debeka sicher am kundenfreundlichsten. Hier findet alle drei Jahre eine Anpassung der versicherten Leistungen analog zur Inflationsrate der für diesen Zeitraum gemittelten Inflationsrate mit Stichtag 01.01. statt. Dabei werden weder die Höhe der Anpassung noch ein Höchstalter für die Inanspruchnahme negativ reglementiert. Bei Allianz, Barmenia, Central und Envivas kann das vereinbarte Recht auf Dynamik prinzipiell auch nach Eintritt des Leistungsfalls ausgeübt werden. Ausdrücklich präzisieren tut dies allerdings nur Central und Envivas.

Anrechnung auf die Grundversorgung

Wie auch jeder Altersvorsorgevertrag gilt auch für geförderte Pflegegeld- und Pflegetagegeldversicherungen, dass deren Auszahlungen auf eine etwaige Grundversorgung angerechnet werden können. Im Zweifel bedeutet die Anrechnung für betroffene Geringverdiener, dass die Wirkung der geleisteten Einzahlungen im Leistungsfall wirkungslos ver-

pufft. Insofern sollte darauf geachtet werden, dass eine geförderte Pflegezusatzversorgung in jedem Fall durch einen hinreichenden Ergänzungsschutz aufgestockt wird. Nur dann kann die Absicherung auch ihr Ziel erreichen.

Einschränkungen des Geltungsbereiches

Wer eine Unfall-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegrentenversicherung abschließt, darf üblicherweise einen weltweiten Versicherungsschutz erwarten. Im Rahmen von geförderten Pflegegeld- und Pflegetagegeldtarifen ist dies allerdings nur bei der Deutschen Familienversicherung und der VPV der Fall.

Zu beachten ist allerdings, dass die DFV und die VPV zwar eine weltweite Geltung vorsieht, diese jedoch an Voraussetzungen geknüpft ist:

- Mitglied in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung der Bundesrepublik Deutschland
- Erhalt von Pflegevorsorgezulagen außer während der Ruhezeit und für minderjährige Kinder im Rahmen der Kindernachversicherung

Diese Regelung kann im Vergleich zu den Wettbewerbern als äußerst verbraucherfreundlich angesehen werden, da die bis zu dreijährige Ruhezeit beispielsweise einen Au-Pair-Aufenthalt im Ausland, aber auch sonstige vorübergehende Auslandsaufenthalte weitgehend möglich machen dürfte.

Sieht man einmal von kurzfristigen Aufenthalten im außereuropäischen Ausland ab, so gilt der Versicherungsschutz bei Barmenia, Central, Envivas, Deutscher Ring Kranken, HUK-Coburg und Signal Iduna grundsätzlich innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz, bei Allianz, Debeka, DKKV, Ergo Direkt, Münchener Verein und SDK in diesem Geltungsbereich, allerdings ausgenommen der Schweiz.

Die Barmenia weist darauf hin, dass die für die Förderfähigkeit zwingend zu verwendenden MB/GEPU in § 6 Abs. 2 regeln,

„dass das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld gezahlt wird, wenn der Versicherungsfall (...) festge-

stellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für eine der Pflegestufen I bis III gemäß § 15 SGB XI (...) oder bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (...) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Da die soziale und private Pflegepflichtversicherung bei Aufenthalt in EU- und EWR-Staaten sowie der Schweiz Pflegegeld zahlt, werden dann auch Leistungen aus der staatlich geförderten Pflegeversicherung erbracht.“

Konkretisierung in Bedingungswerken fehlt!

Bei dauerhaftem Verzug ins sonstige Ausland endet der Versicherungsschutz üblicherweise, wenn nicht binnen drei Monaten nach dem Wegfall der Versicherungsvoraussetzungen eine schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherer über eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes in Form einer Anwartschaft nach § 26 Abs. 3 MB/GEPU getroffen werden konnte. Leider geht kein Versicherer in seinen Bedingungen darauf ein, unter welchen Voraussetzungen und zu welchen Prämien in solchen Fällen eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses – selbstverständlich ohne Förderanspruch – möglich wäre. Besonders intransparent sind in diesem Zusammenhang die Angebote von Deutscher Ring Kranken und Signal Iduna, da hier noch nicht einmal die 3-Monats-Frist benannt wird.

High- und Lowlights der Wettbewerber in der Zusammenfassung

Betrachtet man die Höhe der möglichen Absicherung vor dem Hintergrund des statistisch definierten Bedarfs, so wird diese bei Vertragsbeginn durchschnittlich am besten von der HUK-Coburg und der PAX Familienfürsorge, gefolgt von Central, Envivas und Münchener Verein und am schlechtesten von der DKKV, der Ergo Direkt und der SDK erfüllt.

Absicherung Pflegestufe I

Nimmt man als Maßstab allein die Absicherung in der statistisch besonders

häufigen Pflegestufe I, so schneiden im Durchschnitt der 20 bis 70jährigen die HUK Coburg und die PAX Familienfürsorge, gefolgt von der Debeka, der Deutschen Ring Kranken und der Signal Iduna am besten ab.

Selektion nach Prämienniveau

Selektiert man die Versicherer nach ihrem Prämienniveau, so erscheint eine Absicherung im Durchschnitt der 20 bis 70jährigen am attraktivsten bei Central

und Envivas, gefolgt von Münchener Verein, SDK und Ergo Direkt. Am unattraktivsten ist das Prämienniveau von PAX Familienfürsorge, Debeka, HUK-Coburg und Barmenia. Je nach Eintrittsalter weicht diese Bewertung teilweise deutlich ab.

Das aktuell beste Leistungsniveau

Das insgesamt beste Leistungsniveau – losgelöst von der Prämienhöhe – haben zurzeit Central, Envivas, Deutsche Fami-

liensversicherung und VPV. Bezogen auf das Preis-Leistungsverhältnis schneiden in den Altern 20, 40 und 60 Jahre am besten die Central und die Envivas ab.

Für den Maklermarkt sind diese Ergebnisse nur bedingt erfreulich.

Vorteile und Nachteile von geförderten Pflegetagegeld-Tarifen

Zusammengefasst besteht bei allen Wettbewerbern die Notwendigkeit einer weitergehenden Absicherung des Pflegefalls. Dazu äußert sich die Deutsche Familienversicherung wie folgt:

„Gerade jüngere Menschen können mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Mindestbeitrag von 10 Euro im Monat und einer staatlichen Förderung von 50 % sehr attraktive Tagegeldhöhen absichern. Die gesetzliche Initiative in Verbindung mit einer attraktiven staatlichen Förderung wird zu deutlich mehr Wahrnehmung in breiteren Bevölkerungsschichten führen. Unsere Erfahrung zeigt, dass gerade bei jüngeren Eintrittsaltern das heutige Absicherungsniveau nahe null läuft – dies wird sich mit „Pflege-Bahr“ ändern. Das ist gut. Gleichzeitig ist es so, dass durch die staatlich geförderte Pflegeversicherung die erhebliche Versorgungslücke im Pflegefall nicht geschlossen werden kann. Es ist quasi die 3. Säule der Pflegevorsorge. Eine umfassende Pflegevorsorge wird nur durch eine Kombination zu erreichen sein: zusätzlich zur Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung durch den Abschluss eines staatlich geförderten Produktes und einer privaten Pflegezusatzversicherung, die über entsprechend erweiterte Leistungsumfänge verfügt.“

Wenn man also zum Schließen der vorhandenen Pflegefälle auf einen Pflege-

tagegeldtarif zurück greift, stellt sich die Frage, ob man nicht generell auf einen geförderten Pflege-Bahr-Tarif verzichtet und gleich in ein und ungefordertes Produkt investiert.

Gegen einen Verzicht auf geförderte Tarife sprechen insbesondere folgende Punkte

- Beispielsweise verkaufen Barmenia und Debeka ihre ungeforderten Pflegegeld-/Pflege tagegeldtarife nur noch dann, wenn zugleich auch ein Pflege-Bahr-Tarif abgeschlossen werden soll. Die Debeka äußert sich dazu wie folgt: „Voraussetzung für den Abschluss des Tarifs EPC ist das Bestehen des Tarifs EPG. Auf diese Art und Weise verhindern wir eine „Rosinenpickerei“ nach dem jeweils günstigsten Tarif und wollen einen ausgewogenen Kundenbestand erreichen.“

In diesem Zusammenhang kann durchaus vermutet werden, dass einzelne Anbieter versuchen werden, das Kollektiv zu verbessern, in dem geförderte Tarife bewusst günstig kalkuliert werden und damit gerade auch gesunde Personen anziehen.

- Die Kombination aus einem geförderten Pflege-Bahr und einem ungeforderten Pflegeergänzungstarif kann für

Kunden Preisvorteile bedeuten. So heißt es etwa bei der Signal Iduna: „Die nach Abzug der staatlichen Förderung zu zahlenden Beiträge für den Pflege-BAHR sind bei gleicher Leistungshöhe für den jeweiligen Kunden immer günstiger als der PflegeTOP. In den meisten Fällen gilt dies auch für das Gesamtpaket aus PflegeBAHR und PflegeBAHRPLUS.“

- Bei Verzicht auf einen geförderten Tarif ist der geförderte Tarifanteil (60 Euro staatliche Förderung pro Jahr, was im Schnitt um die 200 Euro Pflegegeld im Monat bedeutet) aus eigenen Mitteln zu bestreiten.
- Durch die Kombination von zwei aufeinander aufbauenden Tarifen desselben Anbieters kann sich das Leistungsniveau verbessern. Beispielsweise gilt für die Deutsche Familienversicherung in diesem Fall der Wegfall aller Wartezeiten auch für den ungeforderten Teil. Darüber hinaus gilt dann eine Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen für beide Tarifbestandteile.
- Im Rahmen von Pflegebahrtarifen gelten nicht die gängigen Ausschlussbestände für Pflegebedürftigkeit durch Kriegs- oder Terrorereignisse oder auch Pflegebedürftigkeit infolge von

Suchterkrankungen oder aufgrund sonstiger psychischer Erkrankungen.

- Aufgrund der Provisionsdeckelung auf zwei Monatsbeiträge für den geförderten Teil dürfte der geförderte Tarifbaustein für die meisten Kunden trotz der strengen gesetzlichen Reglementierung ein insgesamt attraktives Preis-Leistungsverhältnis bieten.
- Die Wahrscheinlichkeit ist sehr hoch, dass viele Kunden gerade in jüngeren Jahren nur dann zu einer ergänzenden Pflegeversorgung bereit sein werden,

wenn sie dazu die staatliche Förderung als „Lockmittel“ erhalten.

Für einen Verzicht auf geförderte Tarife sprechen insbesondere diese Punkte

- Anbieter mit guten geförderten Produkten müssen nicht zwangsweise auch gute ungeforderte Produkte anbieten und umgekehrt. Zumal sind viele ungeforderte Produkte ungleich flexibler bei der Gestaltung der gewünschten Absicherung und lassen beispielsweise unterschiedliche Ta-

gessätze im ambulanten und stationären Bereich zu.

- Die Beitragsstabilität in ungeforderten Tarifen mit Gesundheitsprüfung ist voraussichtlich höher als diejenige in geförderten Angeboten mit Kontrahierungszwang.

Voraussichtlich werden nämlich gerade Personen mit vielen Vorerkrankungen, ältere Personen oder Personen, die bereits in der ungeforderten Variante abgelehnt wurden, zum Abschluss eines Pflege-Bahr-Vertrages neigen, um eine Gesundheitsprüfung

Leistungen in den Pflegestufen und Prämienniveau der Anbieter

	Allianz	Barmenia	Central	Debeka	Deutscher Ring Kranken	Deutsche Familienversicherung (DFV) *	DKV **	Envivas
	Tarif: PflegeBahr (PZT G02)	Tarif: „Deutsche-Förder-Pflege“ (DFPV)	Tarif: central.pflege	Tarif: Pflegemonatsgeldversicherung (EPG)	Tarif: PflegeBAHR	Tarif: DFV-Förder-Pflege	Tarif: KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP	Tarif: PflegeAktiv
monatliches Höchstpflegegeld / Höchstpflege tagegeld in der Pflegestufe III								
Eintrittsalter: 20 Jahre	1.440,00	1.304,34	1.890,00	909,10	1.383,00	1.346,00	1.515,30	1.890,00
Eintrittsalter: 30 Jahre	960,00	862,06	1.470,00	691,25	932,00	890,00	905,40	1.470,00
Eintrittsalter: 40 Jahre	660,00	600,00	960,00	600,00	612,00	600,00	600,00	960,00
Eintrittsalter: 50 Jahre	600,00	600,00	630,00	600,00	600,00	600,00	600,00	630,00
Eintrittsalter: 60 Jahre	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00
Eintrittsalter: 70 Jahre	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00
Leistungen in den anderen Pflegestufen								
Pflegestufe II	60%	60%	30%	70%	70%	70%	30%	30%
Pflegestufe I	30%	30%	20%	35%	30%	30%	20%	20%
Pflegestufe 0	10%	10%	10%	20%	10%	10%	10%	10%
Monatsbeitrag								
Eintrittsalter: 20 Jahre	15,94	15,00	15,03	15,00	15,01	15,00	15,00	15,03
Eintrittsalter: 30 Jahre	15,84	15,00	15,12	15,00	15,00	15,00	15,00	15,12
Eintrittsalter: 40 Jahre	16,19	15,54	15,07	17,52	15,01	15,32	15,42	15,07
Eintrittsalter: 50 Jahre	22,16	23,70	15,57	24,60	22,91	23,62	23,44	15,57
Eintrittsalter: 60 Jahre	35,14	37,56	24,06	36,60	37,26	37,82	35,98	24,06
Eintrittsalter: 70 Jahre	60,46	64,08	40,81	59,04	65,56	64,79	65,88	40,81

* für besondere Härtefälle in der Pflegestufe III gilt bei der Deutschen Familienversicherung und der VPV abweichend eine erhöhte Leistung von 127% der Leistung aus Pflegestufe III. . Desweiteren gilt: „Haben Sie neben der PZV zusätzlich eine staatlich geförderte, ergänzende Pflegeversicherung bei uns abgeschlossen, erhöhen wir bei einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit das im Rahmen der staatlich geförderten, ergänzenden Pflegeversicherung vereinbarte Pflegegeld um 15 %, vorausgesetzt, Sie haben das 65.Lebensjahr noch nicht vollendet.“

** nach Ablauf von 15 Versicherungsjahren besteht Anspruch auf ein erhöhtes Pflegemonatsgeld, wobei diese Frist frühestens mit Ablauf des Jahres beginnt, in dem der Versicherungsnehmer sein 18. Lebensjahr vollendet hat.

*** Tarif nur für Mitglieder der Barmer GEK

zu vermeiden. Damit könnten tendenziell stärker steigende Prämien Verträge gerade für gesunde Leute unattraktiv werden.

- Wer Wert auf eine voraussichtlich dauerhafte Prämienstabilität liegt, würde sich bei freier Wahl ggf. lieber für eine Pflegerentenversicherung entscheiden, für die eine staatliche Förderung ausscheidet.
- Für alle bislang platzierten geförderten Pflege-Bahr-Tarife gilt gemäß MB/GEPV eine Einschränkung des Gel-

tungsbereichs, also höchstens sehr eingeschränkt und zeitlich befristet eine weltweite Geltung.

Abweichend davon ist eine weltweite Geltung im Rahmen der Pflegerentenversicherung schon heute gang und gäbe. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine Anlehnung an die Musterbedingungen nach § 127 Absatz 2 zwingend vorgeschrieben ist.

- Versicherungsschutz im Rahmen der geförderten Pflegeprodukte besteht ausnahmslos nur nach Ablauf einer

Wartezeit, die nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit entfallen kann.

Ausführliches PFLEGE-BAHR RATING auf den Seiten 87 – 90



Pflegetagegeld-
und Pflegegeld-
versicherung
Pflege-Bahr (gefördert)

GOLD

ERGO Direkt	HUK-Coburg	Münchener Verein	PAX-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen	PAX-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen ***	Signal Iduna	SDK	SDK	VPV
Förder-Pflege-Schutz (Tarif: GEPU)	Tarif: PTS	Tarif: Förderpflege (490)	Tarif: PTS	Tarif: PTS	Tarif: PflegeBAHR	Tarif: PZ	Tarif: PZM	Tarif: VPV FörderPflege
monatliches Höchstpflegegeld / Höchstpflegetagegeld in der Pflegestufe III								
1.219,51	1.200,00	1.800,00	1.200,00	1.200,00	1.383,00	1.280,00	1.480,00	1.346,00
1.034,48	1.200,00	1.260,00	1.200,00	1.200,00	933,00	1.000,00	1.120,00	890,00
781,25	1.200,00	840,00	1.200,00	1.200,00	612,00	740,00	800,00	600,00
600,00	1.200,00	660,00	1.200,00	1.200,00	600,00	600,00	600,00	600,00
600,00	1.200,00	660,00	1.200,00	1.200,00	600,00	600,00	600,00	600,00
600,00	1.200,00	660,00	1.200,00	1.200,00	600,00	600,00	600,00	600,00
Leistungen in den anderen Pflegestufen								
30%	60%	30%	60%	60%	70%	30%	30%	70%
20%	30%	20%	30%	30%	30%	20%	20%	30%
10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Monatsbeitrag								
15,00	16,26	15,06	16,74	15,36	15,01	15,10	15,10	15,00
15,00	22,08	15,33	22,56	21,18	15,00	15,00	15,12	15,00
15,00	30,66	15,06	31,12	29,74	15,01	15,10	15,04	15,32
16,50	44,44	17,95	44,90	43,52	22,91	17,52	16,56	23,62
26,22	68,08	28,71	68,56	67,18	37,26	26,70	25,74	37,82
45,18	113,62	50,23	113,66	112,72	65,56	44,52	43,56	64,79