

Pflege-Taggeld-Policen

STAATS-ZUSCHUSS

Der „Pflege-Bahr“ soll ab 2013 zur privaten Vorsorge animieren. Was das Gesetz bringt. Plus: die besten Pflege-Taggeld-Tarife

Marathon ist seine Passion. Das spricht für Durchhaltevermögen. Und das braucht Daniel Bahr auch im Job. Voller Elan kämpft der Bundesgesundheitsminister parallel gegen unheilvolle, sein Ressort tangierende „Malaisien“ an – oft vergeblich. In puncto Pflegereform allerdings scheint dem Shooting-Star der FDP nunmehr Erfolg beschieden zu sein. Mit dem am 29. Juni 2012 im Bundestag beschlossenen Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) reagiert die Bundesregierung auf den demografischen Wandel, der nach Prognosen des DIW Berlin bis 2050 die Zahl der Pflegebedürftigen hierzulande annähernd verdoppeln wird. Ab Januar 2013 subventioniert Vater Staat als Ergänzung zur gesetzlichen Pflegepflichtversicherung (PpV) private Pflege-Taggeld-Policen mit 60 Euro pro Jahr. Für die Förderung sind im Bundeshaushalt 2013 etwa 100 Millionen Euro geblockt. Das reicht für rund 1,67 Millionen Abschlüsse. Die Zulage kassieren vorsorgliche Zeitgenossen auf Antrag und rückwirkend am Ende des Kalenderjahrs, wenn sie eine Police neu für eine Prämie über mindestens 120 Euro per annum abschließen. Altverträge sind leider vom „Pflege-Bahr“ ausgenommen. Darüber hinaus sollen Versicherte erst nach einer Wartezeit von fünf Jahren Leistungen aus der Police erhalten dürfen.

Pflege-Taggeld-Policen (s. Steckbrief rechts unten) genießen neben der Bundesregierung auch beim Bund der Versicherten (BdV) in Hamburg hohes Ansehen, denn: Sie zahlen bei Pflegebedürftigkeit eine vereinbarte Summe pro Tag – unabhängig von den tatsächlichen Pflegekosten. „Zudem kann der Patient frei darüber verfügen, ob er das Geld der Versicherung für die Unterstützung durch Freunde, Verwandte oder professionelle Pfleger verwenden will“, sagt Thorsten Rudnik, Vorstand beim BdV.

Ba(h)r-Zahlung. Mit dem „Pflege-Bahr“ geht die Bundesregierung Richtung kapitalgedeckte Vorsorge, was auch bitter nötig ist. Warum? Selbst wenn 2013 der Beitragssatz um 0,1 Prozentpunkte auf 2,05 Prozent steigt und so



PFLEGESTUFEN

Gutachten als Grundlage

Die Pflegebedürftigkeit eines Menschen attestiert bei Kassenpatienten stets der Medizinische Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Privatpatienten hingegen ist der Dienstleister Medicproof zuständig. Entsprechend der jeweiligen Hilfsbedürftigkeit werden die Patienten einer von insgesamt drei Pflegestufen zugeordnet:

1. Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit): Wenn der Betroffene einmal pro Tag mindestens 90

Minuten der Hilfe bedarf. Auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) entfallen dabei gut 45 Minuten. Auch muss der Patient mehrfach pro Woche im Haushalt unterstützt werden.

2. Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit): In diesem Fall ist der Patient mindestens dreimal täglich insgesamt drei Stunden auf Pflege angewiesen. Wenigstens zwei Stunden davon entfallen auf die Grundpflege. Auch braucht der Patient mehrfach in der Woche Hilfe im Haushalt.

3. Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit): Patienten sind rund um

der Pflegepflichtversicherung rund 1,2 Milliarden Euro mehr in die Kassen spült: Als Teilkasko konzipiert, übernimmt „die gesetzliche Pflegeversicherung nur einen Teil der Pflegekosten“, erklärt Minister Bahr unverblümt. Beispiel: Patienten in Pflegestufe II müssen nach Meinung von Experten heute im Bundesdurchschnitt rund 2500 Euro aufbringen, um, von professionellen Kräften umsorgt, menschenwürdig leben zu können (s. Tabelle rechts). Die PpV allerdings zahlt Betroffenen aktuell nur 1100 Euro. Bleiben unterm Strich 1400 Euro, die Patienten aus eigener Tasche, etwa mit Altersrente oder Vermögen begleichen müssen. Doch angesichts wachsender Altersarmut in Deutschland fehlen einigen der aktuell rund 2,46 Millionen Empfänger gesetzlicher Pflegerente dazu schlichtweg die Mittel. Da kommt künftig der „Pflege-Bahr“ Betroffenen, die sich den Canossa-Gang zum Sozialamt ersparen möchten, gerade recht. Doch reichen 120 Euro – inklusive 60 Euro „Pflege-Bahr“ – pro Jahr, um mit einer privaten Pflegepolice die finanzielle Lücke zwischen Zuwendungen aus PpV und tatsächlichen Kosten zu schließen? Und welche aktuellen Pflege-Taggeldtarife exponieren sich im Markt mit gutem Preis-Leistungs-Verhältnis – und punkten zudem mit verbraucherfreundlichen Klauseln?

Antworten darauf gibt FOCUS-MONEY. Zum zweiten Mal nach 2011 hat FOCUS-MONEY zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSI) in Köln den großen Pflege-Taggeld-Test aufgelegt und die besten „statischen“ und „flexiblen“ Tarife für Männer und Frauen im Alter von 40, 50 und 60 Jahren aus dem Meer der Angebote herausgefischt (s. Methode Seite 66 f.). Analysiert wurden dazu 23 Versicherer mit ihren Produkten. Zehn Gesellschaften wollten an der Analyse nicht teilnehmen.

Doppelsieger. Ergebnis: „Das absolute Top-Produkt für Männer unter den statischen Verträgen ist – wie im vergangenen Jahr – der Tarif PZTBest der Allianz“, bilanziert DFSI-Chef Thomas Lemke (s. Tabellen Seite 68 bis 70). Er besticht mit einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis und verbraucherfreundlichen Tarifbedingungen (s. Tabelle Seite xy). Auch bei den Frauen deklassierte der Münchner Branchenprimus Allianz mit seinem Tarif PZTBest die Konkurrenz – bis auf eine Ausnahme: „Für Frauen ab ▶

die Uhr auf Beistand angewiesen. Der wöchentliche Zeitaufwand dabei muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen. Zudem benötigt die pflegebedürftige Person mehrfach pro Woche Hilfe in ihrem Haushalt.

4. Härtefälle: sind Schwerstpflegebedürftige, die bei der Grundpflege mindestens sechs Stunden täglich (davon mindestens dreimal in der Nacht) Hilfe brauchen. Die Grundpflege wird in diesem Fall von mehreren Pflegekräften gemeinsam zeitgleich erbracht.

Lücke mit Tücke

Pflegebedürftige kommen mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung bei Weitem nicht über die Runden – egal, in welche Pflegestufe sie vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder Medicproof eingruppiert werden. Besonders krass ist die finanzielle Lücke jedoch in Stufe III.

Pflegestufe	Pflegekasse zahlt aktuell (Euro/Monat)	tatsächlicher Finanzbedarf (Euro/Monat)	Versorgungslücke ¹⁾ (Euro/Monat)
häusliche Betreuung mittels professioneller Pflegedienste			
I	450	900 ³⁾	450
II	1100	2500 ³⁾	1400
III	1550 ²⁾	3500 ³⁾	1950
vollstationäre Versorgung in einem Pflegeheim			
I	1023	2183 ³⁾	1160
II	1279	2590 ³⁾	1311
III	1550 ²⁾	3020 ³⁾	1470

¹⁾ohne Eigenleistungen aus der Rente; ²⁾in Härtefällen 1918 Euro/Monat; ³⁾Durchschnittswerte im Bundesgebiet; Expertenschätzungen

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Steckbrief: Pflege-Taggeld-Policen

Pflege-Taggeld-Policen zur Ergänzung des gesetzlichen Schutzes eignen sich in erster Linie für jene, die gut verdienen und dauerhaft die Prämien zahlen können. Denn die Allgemeinen Geschäftsbedingungen lassen Versicherten in der Regel nicht die Option offen, Beitragszahlungen bei eventuellen finanziellen Engpässen zu unterbrechen.

Anbieter	Private Krankenversicherer
Gesundheitsprüfung	Ja. Je nach Vorerkrankung(en) kann Gesellschaft Vertragsschluss ablehnen.
Leistungen	Kunde erhält als Pflegebedürftiger ein Taggeld in vereinbarter Höhe.
Verwendung	Das Geld ist frei verfügbar. Ergo kann es sowohl für professionelle häusliche und stationäre Pflege als auch für die Pflege durch Angehörige, oder Freunde verwendet werden.
Versicherungsleistung bei ambulanten Pflege	Je nach Tarif dieselbe Leistung wie bei stationärer Pflege; aber auch Abschlüsse gegenüber stationärem Tarif möglich.
Dynamik	Je nach Tarif können Leistungen später ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen Mehrbeitrag erhöht werden.
Beitragszahlung im Pflegefall	Je nach Tarif müssen Kunden weiterhin zahlen oder werden von Prämien befreit.
Beitragsstabilität	Prämien können sich verteuern, wenn die Ausgaben stärker steigen als ursprünglich von Assekuranz kalkuliert.
Unterbrechung der Beitragszahlung	Nicht möglich. In Ausnahmefällen darf der Kunde allerdings seinen Vertrag zeitweise ruhen lassen.
Geld zurück bei Kündigung	Nein. Kündigt der Kunde, sind die bis dahin gezahlten Prämien perdu.

60 Jahren sind gleich vier Gesellschaften erste Wahl“, sagt Fachmann Lemke. Und die heißen: Ergo direkt (Tarif PT), Hallesche (Tarif Olga extra), Münchener Verein (Tarif 421, 421 B, 425) und Württembergische (Tarif PT 1).

Während statische Tarife es den Versicherten nicht erlauben, die pekuniäre Leistung vertraglich individuell je nach Pflegestufe bei ambulanter und stationärer Betreuung nach Gusto zu taxieren, ist dies bei sogenannten flexiblen Pflegeetagegeld-Offerten möglich. Bei dieser Policengattung dominierten im Test sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Gesellschaften Axa (Tarif Pflegevorsorge Flex) und Deutsche Familienversicherung (Tarif PZV).

Der große Pflegeetagegeld-Test macht deutlich: 120 Euro Prämie pro Jahr – die Mindestvorgabe laut „Pflege-Bahr“ – reichen bei Weitem nicht aus, um die Deckungslücke zwischen Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung und realen Kosten in den Pflegestufen I bis III zu schließen. Beispiel: 40-jährige Männer müssen selbst für den günstigen Allianz-Tarif PZTBest jährlich rund 344 Euro aufwenden, um die Versorgungslücke nur annähernd schließen können. Und Frauen zahlen nochmals gut 163 Euro mehr. Was zeigt: Auf Grund der statistisch höheren Lebenserwartung müssen Frauen für adäquate Leistungen wesentlich höhere Prämien hinblättern als Männer.

Das aber wird sich zum 21. Dezember 2012 ändern. „Ab diesem Stichtag dürfen Versicherer keine neuen Tarife mehr am Markt lancieren, die die Geschlechter ungleich behandeln“, erklärt BdV-Vorstand Rudnik. Das hat Folgen: Wenn 2013 die Branche sogenannte Unisex-Tarife auflegt, zahlen beide Geschlechter fortan zwar gleich viel. „Für Männer aber wird es im Vergleich zu den alten Tarifen deutlich teurer“, warnt DFSI-Geschäftsführer Lemke.

Schuss nach hinten. Auch der „Pflege-Bahr“ wird die Prämien 2013 zwangsläufig verteuern. Warum? Um die staatliche Zulage von 60 Euro pro Jahr mit der Prämie verrechnen zu können, müssen Assekuranzen Kunden mit ihren Pflegetarifen im Leistungsfall in Pflegestufe III nicht nur mindestens 600 Euro pro Monat garantieren. „Versicherungen dürfen zudem künftig keinen Interessenten mehr auf Grund gesundheitlicher Risiken ablehnen“, betont Rudnik.

Neben diesem Kontrahierungszwang ist es Gesellschaften außerdem nicht erlaubt, Risikoprämien zu erheben, Leistungen auszuschließen und Verwaltungs- sowie Abschlusskosten über einer bestimmten Höhe zu berechnen. Angesichts eines solch engen Korsetts ist die Branche gezwungen, hohe Prämien zur Abdeckung unkalkulierbarer Risiken zu nehmen. Nach Ansicht von Branchenkennern wird so der „Pflege-Bahr“ wohl leider mehr als aufgezehrt.

Nicht zu vergessen: Experten gehen davon aus, dass die Assekuranzen ab 2013 parallel zu nicht geförderten Tarifen mit vergleichsweise günstigen Prämien staatlich subventionierte Tarife mit relativ teuren Prämien am Markt platzieren werden. Getreu dem Aschenputtel-Prinzip „Die guten ins Töpfchen, die schlechten ins Kröpfchen“ bedeutet dies: Bürger mit hohem Pflegerisiko müssen den relativ teuren „Bahr-Tarif“ in Kauf nehmen. Gesunden – und damit zugleich überdurchschnittlich gut Verdienenden – hingegen bleibt nach wie vor die Qual der Wahl. ■ ▶

THOMAS SCHICKLING

METHODE

Solide Analyse

Das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSI) hat für FOCUS-MONEY Pflegeetagegeld-Policen für Frauen und Männer jeweils im Alter von 40, 50 und 60 Jahren analysiert. Angeschrieben wurden 33 Gesellschaften, die ein solches Produkt offerieren. Den Fragebogen ausgefüllt und zurückgesandt haben 23 Assekuranzen. Bewertet wurden Tarife, bei denen die privaten Krankenversicherer in allen drei Pflegestufen sowohl bei ambulanter Betreuung des Patienten durch Fachkräfte und Laien als auch bei dessen stationärer Pflege im Heim zahlen.

Tarifmodelle:

Die Majorität der Pflegeetagegeld-Verträge ist „statisch“. Das heißt: Der Kunde kann die Höhe der ausgezahlten Gelder im Leistungsfall nicht selbst definieren. Für die Pflegestufe III bei stationärer Betreuung zahlt die Gesellschaft zwar stets 100 Prozent der vereinbarten Leistung. Für die Pflegestufen I und II gibt es aber nur einen Teil des vereinbarten Tagegelds. Bei „flexiblen“ Tarifen hingegen kann der Kunde die Höhe des Tagegelds je Pflegestufe individuell bis zu einer vom Versicherer markierten Höchstgrenze nach Gusto festlegen. Im Test hat das DFSI den Versicherern drei Fallbeispiele (s. Tabellen Seite 71 u. 73) vorgegeben.

Tarifbedingungen:

Um die Güte der Tarifbedingungen zu beurteilen, hat das DFSI insgesamt 13 Teilkriterien untersucht, bepunktet und dafür Noten vergeben (s. Tabelle Seite 72/73). Die Kriterien:

1. Leistung bei Pflegestufe 0:

Einige Gesellschaften zahlen auch, wenn der Patient zwar keine physischen Gebrechen aufzeigt, der Medizinische Dienst der Krankenkassen respektive Medicproof (s. Seite 72) ihm aber einen erheblichen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf attestieren.

2. Wartezeit:

Das Gros der Assekuranzen bürdet seinen Klienten keine Wartezeiten auf. Allerdings gibt es einige Versicherer, bei denen Mitglieder in den ersten drei Vertragsjahren keinen Anspruch auf Leistungen erwirken können.

3. Karenzzeit:

Bei attestierter Pflegebedürftigkeit zahlen alle im Test untersuchten Assekuranzen.

4. Beitragsfreiheit im Leistungsfall:

Nicht alle Versicherer stellen Kunden bei Pflegebedürftigkeit von Prämienzahlungen frei. Manche verzichten nur bei einem Unfall oder wenn der Patient schwer (Pflegestufe II) oder gar schwerstbehindert (Pflegestufe III) ist.

5. Leistungsdynamik ohne Wartezeit/Risikoprüfung:

Im Test bieten alle Tarife ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen erhöhten Beitrag mehr Pflegeetagegeld zum Ausgleich von Kostensteigerungen im Gesundheitswesen an.

Leistungsindex für Prämien

Altersgruppen	Leistungsindex	DFSI-Note
Mann 40 Jahre	ab 700	1,0
	ab 600	1,5
	ab 500	2,0
	ab 400	2,5
	ab 300	3,0
Frau 40 Jahre	ab 500	1,0
	ab 400	1,5
	ab 300	2,0
	ab 200	2,5
	ab 100	3,0
Mann 50 Jahre	ab 400	1,0
	ab 350	1,5
	ab 300	2,0
	ab 250	2,5
	ab 200	3,0
Frau 50 Jahre	ab 275	1,0
	ab 250	1,5
	ab 225	2,0
	ab 200	2,5
	ab 175	3,0
Mann 60 Jahre	ab 225	1,0
	ab 200	1,5
	ab 175	2,0
	ab 150	2,5
	ab 125	3,0
Frau 60 Jahre	ab 150	1,0
	ab 100	1,5
	ab 75	2,0
	ab 50	2,5

Quelle: DFSI

6. Maximale Leistung pro Monat:

Abhängig von der jeweiligen Gesellschaft liegen die Leistungsdeckelungen zwischen 1488 und 6000 Euro pro Monat.

7. Assistanzenleistungen:

Manche Gesellschaften lassen ihren Kunden gratis im Rahmen der Versicherung eine Pflegeberatung zuteil werden oder vermitteln etwa Hausnotrufgeräte, mit denen Patienten den Rettungsdienst alarmieren können.

8. Leistungen bei Sucht:

Das Gros der Assekuranzen leistet nicht bei Pflegebedürftigkeit, die auf Sucht beruht.

9. Mindestalter bei Vertragsschluss:

Dafür gibt es meist keine Reglementierung.

10. Höchstalter bei Vertragsschluss:

Auch dafür gibt es bei der Mehrheit der Versicherer keine Reglementierung.

11. Zeitraum für Gesundheitsfragen:

Der Kunde muss bei Antragstellung im Rahmen der Gesundheitsprüfung nicht nur aktuelle, sondern auch die zurückliegenden physischen und psychischen Erkrankungen samt seinen Klinikaufhalten nennen. Je nach Versicherer variieren hier die Zeithorizonte.

12. Versicherungsschutz bei einem Auslandsaufenthalt

Das Gros der Versicherer leistet, wenn der Kunde ins europäische Ausland umzieht. Manche Gesellschaften zahlen sogar immer, egal, wo sich das Mitglied auf dem Globus niederlässt.

13. Zeitlich befristete Anerkennung der Pflegebedürftigkeit:

Einige Gesellschaften im Test verlangen, dass Kunden sich in bestimmten Zeitabständen immer wieder von Vertragsärzten auf ihre Pflegebedürftigkeit hin untersuchen lassen müssen. Positiv: Die Mehrheit allerdings verzichtet auf eine solche Knebelung der Mitglieder.

Prämie pro Monat:

Abhängig von Geschlecht und Alter gab das DFSI bei statischen Tarifen Prämien-Ranges vor. Bei den flexiblen Tarifen diktierten die DFSI-Mitarbeiter den Versicherungen drei verschiedene Fallbeispiele mit bestimmten Summen je Pflegestufe im Leistungsfall bei ambulanter und stationärer Betreuung, auf deren Basis die Gesellschaften Prämien kalkulierten.

Bewertung der Prämienhöhe:

Um bei den statischen Pflege-Produkten die Prämienhöhe der einzelnen Tarife zueinander zu beurteilen, hat das DFSI einen Leistungsindex berechnet. Dieser gibt Aufschluss darüber, wie viel der Versicherer bei seinem Tarif pro Cent Prämie bei Pflegebedürftigkeit des Kunden monatlich auszahlt.

Leistungsindex: So wurde gerechnet:

Fast 56 Prozent aller Pflegeepatienten sind aktuell in Pflegestufe I, gut 32 Prozent in Pflegestufe II und nur rund zwölf Prozent in Pflegestufe III verortet. Ergo ist die Wahrscheinlichkeit, künftig einmal in Stufe I zu landen, größer als in Stufe II oder gar III. Um dies im Test widerzuspiegeln, haben die Experten des DFSI zunächst bei der stationären Pflege die Leistungen der Police in Pflegestufe I mit Faktor 1,75, in Stufe II mit 1,50 und in Stufe III mit 1 multipliziert und die Ergebnisse aufaddiert. Im zweiten Schritt wurde dieser Betrag durch die Versicherungsprämie geteilt – und so die Leistung pro Cent ermittelt. Genauso verfuhr das DFSI bei der ambulanten Pflege durch Fachkräfte und Laien. Im dritten Schritt wurden dann die Leistungsziffern je Cent von stationärer und ambulanter Pflege mit Fachkräften bzw. Laien aufaddiert. Zahlt die Gesellschaft auch bei Demenz (Pflegestufe 0), wurde im vierten Schritt die pekuniäre Leistung der Gesellschaft mal zwei genommen, durch die Prämie geteilt, das Ergebnis zu den drei Leistungsziffern ambulan-

Tarifmerkmale: Punkte im Überblick

Kriterien	AGB-Regelung	DFSI-Punkte
Leistungen bei Pflegestufe 0	ja nein	2 0
Wartezeit ab Versicherungsbeginn	keine 1 Jahr ab 2 Jahren	2 1 0
Karenzzeit im Leistungsfall	ja nein	0 1
Beitragsfreiheit im Leistungsfall	ja nein ab Pflegestufe II bzw. Unfall ab Pflegestufe III	2 0 1 0,5
Leistungsdynamik ohne Wartezeit/Risikoprüfung	ja nein	1 0
maximale Leistung pro Monat	ab 4500 Euro ab 3000 Euro ab 1000 Euro unter 1000 Euro	3 2 1 0
Assistanceleistungen	ja nein	1 0
Leistungen bei Sucht	ja nein	1 0
Mindestalter bei Vertragsschluss	keines/1 Jahr 2 bis 7 Jahre ab 8 Jahre	2 1 0
Höchstalter bei Vertragsschluss	keines/ab 99 Jahre ab 70 Jahre bis 69 Jahre	2 1 0
Wie lange muss Kunde zurückliegende Erkrankungen Versicherung nennen	5 bis 9 Jahre ab 10 Jahre keine Begrenzung	2 1 0
Versicherungsschutz bei Aufenthalt in	nur Deutschland (D) D/EU/EWR D/EU/EWR/Schweiz weltweit	0 1 2 3
nur zeitlich befristete Anerkennung d. Pflegebedürft.	ja nein	0 1
maximal erreichbare Punktzahl im DFSI-Test		23

Quelle: DFSI

Tarifwerk: die Noten

Gesamtpunktzahl	DFSI-Note
21,5 bis 23	1,0
19,5 bis 21	1,5
17,5 bis 19	2,0
15,5 bis 17	2,5
13,5 bis 15	3,0
11,5 bis 13	3,5
9,5 bis 11	4,0
7,5 bis 9	4,5

Quelle: DFSI

ter und stationärer Betreuung hinzugerechnet und so letztlich der Leistungsindex des Tarifs ermittelt. Abhängig von Alter und Geschlecht vergab das DFSI gestaffelt nach Leistungsindex eine Note (s. Methodik; Tabelle in der Mitte).

Gewichtung und Gesamtnote:

In die Gesamtnote schließlich flossen die Benotungen der „Tarifbedingungen“ und des „Leistungsindex“ bzw. bei flexiblen Tarifen die absolute Prämienhöhe zu je 50 Prozent ein.

