

Url: http://www.focus.de/finanzen/versicherungen/tid-6758/pflegeversicherung_aid_65619.html

Pflegeversicherung

Was private Zusatztarife leisten

Die Pflegeversicherung deckt nicht alle Kosten. Private Zusatzpolicen schließen die finanzielle Lücke.

Von FOCUS-MONEY-Redakteur Thomas Schickling

Versicherte sollten die staatliche Pflegeversicherung ergänzen

In den Augen von Verbraucherminister Horst Seehofer war es eine „große Reform“. Für den Wirtschaftsweisen Bert Rürup eher ein fauler Kompromiss, „der Jahre verschenkt“. So gehen die Meinungen auseinander.

Statt eine dringend nötige, umfassende Finanzreform der gesetzlichen Pflegeversicherung auf die Beine zu stellen, verständigten sich am 19. Juni die Koalitionsspitzen von CDU und SPD nur auf eine Minimallösung: Zum 1. Juli 2008 klettern die Beiträge um 0,25 Punkte auf 1,95 Prozent des Bruttolohns. Kinderlose zahlen einen Aufschlag von einem viertel Prozentpunkt. Positiv: Von den Zusatzeinnahmen des Reförmchens sollen Demenz- und Alzheimer-Patienten mehr oder sogar erstmals Leistungen beziehen. Zudem wird Arbeitnehmern in Firmen mit mehr als zehn Beschäftigten ein Rechtsanspruch auf Pflege ihrer Angehörigen von bis zu sechs Monaten eingeräumt.

Milchmädchenrechnung

Trotz höherer Beiträge wird auch künftig die sowohl für gesetzlich als auch privat Krankenversicherte obligatorische Pflegeversicherung nie alle Kosten decken, die im Fall eines Falles anstehen. Beispiel: Für die professionelle Betreuung eines zu Hause lebenden Schwerstkranken (Pflegestufe III) durch Fachkräfte zahlt die Pflegekasse heute maximal 1432 Euro. „Der reale Bedarf aber liegt im Schnitt bei 3360 Euro“, rechnet Reinhold Schnabel vor. Liegt der Wirtschaftsprofessor an der Uni Duisburg-Essen mit seinem Gutachten richtig, werden die Ausgaben für professionelle Pflege bis 2020 um 40 Prozent auf 37 Milliarden Euro klettern.

Eine fatale Entwicklung. Doch die Versorgungslücke schließt eine private Pflegezusatzpolice – oder verkleinert sie zumindest. Auch erkennt der Fiskus bei allen ab 1958 Geborenen für solche Verträge in der Steuererklärung einen Beitrag von bis zu 184 Euro pro Jahr als Sonderausgaben an.

Übersicht – Wie viel Pflege kostet, was die Pflegekassen zahlen

Pflegestufe	Pflegekasse zahlt/Monat	tatsächlicher Bedarf/Monat	Versorgungslücke/Monat
Vollstationäre Pflege Kranker im Heim			
I für erheblich Pflegebedürftige	1023 Euro	1854 Euro*1)	831 Euro
II für schwer Pflegebedürftige	1279 Euro	2280 Euro*1)	1001 Euro
II für schwer Pflegebedürftige	1432 Euro**2	2706 Euro*1)	1274 Euro
Professionelle häusliche			

Pflege Kranker			
I für erheblich Pflegebedürftige	384 Euro	810 Euro****4)	426 Euro
II für schwer Pflegebedürftige	921 Euro	1950 Euro****4)	1029 Euro
III für schwerst Pflegebedürftige	1432 Euro***3)	3360 Euro****4)	1928 Euro
Pflege Kranker zu Hause durch Angehörige			
I für erheblich Pflegebedürftige	205 Euro	–****5)	–
II für schwer Pflegebedürftige	410 Euro	–****5)	–
III für schwerst Pflegebedürftige	665 Euro	–****5)	–
<i>*Durchschnittswert laut aktueller Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts</i>			
<i>**in besonderen Härtefällen bis zu 1688 Euro/Monat</i>			
<i>***in besonderen Härtefällen bis zu 1918 Euro/Monat</i>			
<i>****Expertenschätzungen</i>			
<i>*****keine validen Daten verfügbar</i>			
<i>Quellen: Bundesministerium für Gesundheit; Statistisches Bundesamt</i>			

Wer als pflegebedürftig gilt

Finanzielle Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezieht nur, wer aufgrund einer physischen oder psychischen Erkrankung oder Behinderung während einer Zeit von mindestens sechs Monaten keinesfalls ohne fremde Hilfe den Alltag bewältigen kann.

Die Pflege umfasst dabei insgesamt vier Bereiche:

Körperpflege: waschen, duschen, baden, Zahnpflege, frisieren, Toilettengänge

Ernährung: mundgerechte Zubereitung des Essens bis hin zum Füttern

Mobilität: aufstehen und zu Bett gehen, an- und auskleiden, Begleitung, etwa bei Arztbesuchen und Behördengängen

Haushalt: einkaufen, kochen, putzen, waschen, heizen.

Nach den Vorgaben des Gesetzgebers ist ein Mensch dann pflegebedürftig, wenn er täglich mindestens 90 Minuten fremder Hilfe überwiegend bei der Grundpflege (Körper, Ernährung, Mobilität) bedarf. Wer noch selbstständig essen, sich waschen und mit einer Gehhilfe Einkäufe erledigen kann, jedoch nicht mehr Herr seines Haushalts ist, sieht von der

Pflegekasse keinen Cent.

Geld wird nur ausgezahlt, wenn der Medizinische Dienst der Krankenkassen (für GKV-Versicherte) oder „Medicproof“ (für Privatversicherte) in einem Gutachten den Patienten in eine von insgesamt drei Pflegestufen einteilt:

Stufe I (erhebliche pflegebedürftigkeit): einmalig pro Tag mindestens 90 Minuten fremde Hilfe, davon mindestens 45 Minuten bei der Grundpflege, mehrmals pro Woche Unterstützung im Haushalt

Stufe II (schwere pflegebedürftigkeit): dreimal täglich insgesamt mindestens drei Stunden fremde Hilfe, davon wenigstens zwei Stunden zur Grundpflege, mehrmals in der Woche Unterstützung im Haushalt

Stufe III (schwerste pflegebedürftigkeit): rund um die Uhr Bereitschaft zur Hilfe, mindestens fünf Stunden täglich, davon wenigstens vier Stunden bei der Grundpflege, zudem mehrmals wöchentlich Zurhandgehen im Haushalt

Härtefall (außergewöhnlich hoher Pflegebedarf): Pflege rund um die Uhr, wenigstens sieben Stunden Grundpflege pro Tag, davon zwei Stunden in der Nacht, zudem mehrmals pro Woche Hilfe im Haushalt

Wie Hilfesuchende an ihr Geld kommen

Um Geld aus der gesetzlichen Pflegeversicherung zu erhalten, müssen GKV-Kunden zunächst einen Antrag bei der Pflegekasse ihrer Krankenkasse stellen. Privatpatienten wenden sich an ihre Assekuranz. Im Schreiben müssen die Antragsteller belegen, dass sie die Vorversicherungszeiten von mindestens fünf Jahren erfüllen und auf Dauer oder zumindest für die kommenden sechs Monate nicht ohne fremde Hilfe ihren Alltag bestreiten können. Daraufhin meldet sich bei gesetzlich Versicherten ein Arzt oder ein Krankenpfleger des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), bei Privatpatienten hingegen ein Mitarbeiter von Medicproof zum Hausbesuch an. Bei diesem Termin wird der Gesundheitszustand des Hilfesuchenden geprüft. Extrem wichtig ist, dass die Gutachter einen realistischen Eindruck von der Bedürftigkeit bekommen.

Spielt der Patient – was öfter vorkommt – aus Stolz seine Notlage herunter, sollte ein Angehöriger den Experten von MDK oder Medicproof zur Seite nehmen und die wahre Situation schildern. Das ist wichtig, hängt doch vom jeweiligen Gutachten ab, in welcher Pflegestufe der Kranke landet oder ob die Kasse den Antrag gar ablehnt. Bis zum schriftlichen Bescheid verstreichen bis zu acht Wochen. Verweigern die medizinischen Dienste die Pflegestufe I, gibt es von der Pflegekasse keinen Cent. Was doppelt problematisch ist, denn in diesem Fall können auch private Pflegezusatzpolicen Zahlungen verweigern. Retter in der Not ist dann das Sozialamt, das alle Abgelehnten finanziell unterstützt.

Im vergangenen Jahr erkannte der MDK in 32 Prozent der Fälle Erstanträge auf ambulante Leistungen nicht an, und 15 Prozent der Gesuche um vollstationäre Versorgung wurden abgeschmettert. Tipp: Gegen eine Ablehnung oder zu niedrige Einstufungen sollten Patienten binnen vier Wochen bei der Pflegekasse Einspruch einlegen. Der Aufwand lohnt. 2006 wanderten 31 Prozent der Kläger doch noch im Bereich der ambulanten Pflege in Stufe I. Noch besser ist die Erfolgsquote im stationären Bereich. Hier rutschten 41 Prozent der Einspruchsfälle in die Pflegestufe I.

Was Pflorgetarife kosten

Polisen können Interessenten heute wahlweise in der Pflorgetagegeld- oder Pflegekosten-Variante abschließen. Tagesgeldtarife zahlen einen vereinbarten Betrag für jeden Tag, an dem der Kunde laut Attest pflegebedürftig ist. Und dies ohne jeden Nachweis tatsächlicher Kosten. Der Vorteil dabei: Patienten dürfen frei entscheiden, ob sie das Geld für professionelle Hilfe oder für etwaige Dienste Angehöriger oder Bekannter ausgeben wollen.

Tipp: Die Police sollte eine Dynamik zulassen. „So kann man nachträglich seinen Versicherungsschutz den steigenden Pflegekosten ohne eine erneute Gesundheitsprüfung anpassen“, sagt Christoph Hartmann, Sprecher der Central Krankenversicherung. Beim Antrag müssen Versicherte stets wahrheitsgemäß die Assekuranz über alle ihre Leiden informieren, etwa Allergien oder Bandscheibenvorfälle. Das kann zwar zu Risikozuschlägen bei der Prämie oder sogar zur Ablehnung führen. Wer sich jedoch den Schutz erschummelt, sieht als Pflegefall von Allianz & Co. keinen Cent.

Auffällig ist, dass einige Assekuranzen die Pflegestufe I bei häuslicher oder vollstationärer Versorgung aus ihrem Leistungskatalog ausklammern. Das ist bedenklich, haben doch der Medizinische Dienst der Kassen (MDK) und Medicproof die 2,13 Millionen pflegebedürftigen zu 50 Prozent der Stufe I zugeteilt. Hinzu kommt: Nur wenige Assekuranzen schaffen es überhaupt, die von FOCUS-MONEY kalkulierte Versorgungslücke über alle Pflegestufen hinweg sowohl bei professioneller ambulanter als auch bei stationärer Betreuung zu schließen. Im Test gelang das nur neun Tarifen.

Für den Fall der Fälle

In Kooperation mit den Versicherungsexperten von Aspect Online hat FOCUS-MONEY die Prämien für 40 und 50 Jahre alte Männer und Frauen bei Pflorgetagegeld- und Pflegekosten-Versicherungen ermittelt. Ziel sollte sein, mit der jeweiligen Police im Pflegefall die finanzielle Lücke zur gesetzlichen Pflegeversicherung schließen zu können.

Doch nur neun Assekuranzen (Barmenia, Debeka, DBV Winterthur, Deutscher Ring, Provinzial, R+V, Signal Iduna, Universa und Württembergische) konnten im Test bei den Tagesgeldtarifen über alle Pflegestufen hinweg sowohl im professionellen ambulanten als auch im stationären Bereich die Vorgaben komplett erfüllen. Die Gesellschaften Nürnberger und Continentale tauchen in der Übersicht nicht auf, da sie zurzeit ihre Tarife überarbeiten und daher keine Daten liefern konnten.

Pflegekosten-Tarife im Überblick

Versicherer	Kontakt-Telefon	Tarif	Wartezeit	Erhöht gesetzliche Leistung um maximal (in Prozent)	Monatsbeiträge		
					Männer	Frauen	
					40 Jahre in Euro	50 Jahre in Euro	40 Jahre in Euro
Arag	02 11/98 90 14 36 68		keine	200	19,20	31,26	30,55
Axa	02 21/14 83 66 28	EHP 150, ESP 90	keine	100	23,07	35,54	36,37

DKV keine 50	0 18 01/35 81 00	PEK	keine	50		7,26	11,07	13,75
Gothaer	02 21/3 09 00	P 3	3 Jahre*	****		18,01	27,81	30,87
LKH	0 41 31/72 50	PEV 100	3 Jahre	100		19,00	30,20	35,10
Mannheimer	06 21/4 57 48 78	ZP 06	keine	*****		25,74	36,87	40,64
<i>*entfällt bei Unfällen</i>								
<i>**bei außergewöhnlich hohem Aufwand bis maximal 844 Euro</i>								
<i>***max. 959 Euro bei schwerst Pflegebedürftigen</i>								
<i>****Restkostenübernahme pro Jahr in Stufe I maximal 12 276 Euro, in Stufe II max. 15 348 Euro und in Stufe III max. 18 408 Euro</i>								
<i>*****80 Prozent der Restkosten bis max. 50 000 Euro pro Jahr</i>								
<i>Quellen: Aspect Online, Unternehmensangaben; Stand: 26. Juni 2007, Ranking alphabetisch</i>								

Pflegetagegeld-Policen im Vergleich

Versicherer	Telefonkontakt	Tarif	Monatsbeiträge Männer	
			40 Jahre in Euro	50 Jahre in Euro
Allianz	01 80/1 11 22 88	PZT	30,40	52,20
Arag	02 11/98 90 14 36	69	10,50	16,80
Barmenia	02 02/4 38 22 50	PT1/70 Euro	36,40	62,30
Bayerische Beamtenkrankenkasse	0 89/21 60 88 88	PflegeOPTIMAL/70 Euro*	25,48	41,30
Central Kranken	02 21/16 36 23 07	EPTN1	33,60	57,00
DBV Winterthur	01803/335346	PTG DYN 70	35,00	56,56
Debeka	02 61/49 80	PVZ2850	49,40	75,62
Deutscher Ring	0 40/35 99 77 33	PTG 1/70 Euro	36,19	58,24
DKV	02 21/5 78 42 00	PET/40 Euro	16,64	23,80
Gothaer Krankenversicherung	02 21/3 08 00	PT/50 Euro	23,80	39,90
HanseMerkur	0 40/4 11 90	PTA/65 Euro	26,65	46,80
HUK-Coburg	0 95 61/96 31 12	PT/65 Euro	17,55	29,51

HUK-Coburg	0 95 61/96 31 12	GPT/65 Euro**	17,03	29,12
LVM Krankenversicherung	02 51/7 02 58 22	PZT/65 Euro	23,14	37,12
Pax Familienfürsorge	0 52 31/9 75 31 11	P50	18,60	27,50
Provincial Krankenversicherung	05 11/36 20	PTG/70 Euro	29,12	50,33
R+V	0611/5330	PT 60	35,64	57,24
Signal Iduna	02 31/13 50	EPT/95 Euro	34,01	60,80
Süddeutsche Krankenversicherung	07 11/5 77 86 01	PE1/60 Euro	22,20	36,60
Union Krankenversicherung	06 81/8 44 70 01	PTE/100 Euro	22,00	38,80
Union Krankenversicherung	06 81/8 44 70 01	PflegeOPTIMAL/70 Euro****	25,48	41,30
Universa	09 11/53 07 17 05	PT-P 70	31,78	54,60
Victoria Krankenversicherung	02 11/47 43 59	PZ 5	15,67	25,85
Württembergische	07 11/66 20	PT 3/95 Euro	17,48	22,04

*gefettet = deckt
Versorgungslücke in allen
Pfleigestufen sowohl bei
professioneller heimischer als
auch stationärer Pflege*

**Einmalzahlung (60-facher
Tagessatz) und
Beitragsfreistellung bei
Pfleigestufe II und III*

***nur für Mitglieder der Barmer
Ersatzkasse*

****entfällt ab 2008*

*****bei Härtefällen gemäß
Pflegepflichtversicherungsgesetz
beträgt die Leistung in der Stufe
III 3150,00 Euro*

*Quellen: Aspect Online,
Unternehmensangaben;
Ranking alphabetisch; Stand:
26. Juni 2007*

Klauseln und Kleingedrucktes gründlich lesen

Wer zur Privatpolice greift, sollte immer akribisch das Kleingedruckte studieren. So sehen einige Geschäftsbedingungen Wartezeiten von drei Jahren vor. Unfälle setzen diese Klausel jedoch meist außer Kraft.

Nicht gerade verbraucherfreundlich ist zudem die laut BdV-Schätzung in 50 Prozent aller Vertragswerke enthaltene Karenzzeit. Das heißt: Zwischen der Attestierung der Pflegebedürftigkeit durch MDK oder Medicproof und ersten Zahlungen müssen 91 Tage vergehen.

Keine Karenz- und Wartezeiten hingegen sieht die von den Gesellschaften Ideal und Deutscher Ring vertriebene „PflegeRente“ vor. Beide Unternehmen leisten sofort nach

Anerkennung der jeweiligen Pflegestufe Zahlungen. Weiterer Vorteil: Im Gegensatz zu den Pflagegeld- und -kosten-Tarifen bleibt der Beitrag während der Vertragslaufzeit stabil.

Die Police sollte eine Dynamik zulassen. „So kann man nachträglich seinen Versicherungsschutz den steigenden Pflegekosten ohne eine erneute Gesundheitsprüfung anpassen“, sagt Christoph Hartmann, Sprecher der Central Krankenversicherung.

Beim Antrag müssen Versicherte stets wahrheitsgemäß die Assekuranz über alle ihre Leiden informieren, etwa Allergien oder Bandscheibenvorfälle. Das kann zwar zu Risikozuschlägen bei der Prämie oder sogar zur Ablehnung führen. Wer sich jedoch den Schutz erschummelt, sieht als Pflegefall von Allianz & Co. keinen Cent.

Auffällig ist, dass einige Assekuranzen die Pflegestufe I bei häuslicher oder vollstationärer Versorgung aus ihrem Leistungskatalog ausklammern. Das ist bedenklich, haben doch der Medizinische Dienst der Kassen (MDK) und Medicproof die 2,13 Millionen pflegebedürftigen zu 50 Prozent der Stufe I zugeteilt. Hinzu kommt: Nur wenige Assekuranzen schaffen es überhaupt, die von FOCUS-MONEYkalkulierte Versorgungslücke über alle Pflegestufen hinweg sowohl bei professioneller ambulanter als auch bei stationärer Betreuung zu schließen. Im Test gelang das nur neun Tarifen.