



verbraucherzentrale

GEFÖRDERTE ZUSATZVERSICHERUNG FÜR PFLEGE

Eine sinnvolle Ergänzung?

Viele Menschen sind besorgt, ob sie im Alter die Kosten für ihre Pflege aufbringen können. Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt stetig zu. Derzeit sind in Deutschland rund 2,6 Millionen Menschen betroffen. 2030 werden es voraussichtlich bereits circa eine Million Menschen mehr sein. Zudem wächst die Zahl derjenigen, die ergänzend Sozialhilfe insbesondere für die Finanzierung ihrer Pflegeheimkosten benötigen.

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegekasse oder privaten Pflegepflichtversicherung decken stets nur einen Teil der zu erwartenden Pflegekosten ab. Betroffene müssen mit zum Teil hohen Eigenkosten rechnen.



Experten schätzen, dass die Versorgungslücken so aussehen:

Pflege- stufe	Kostenübernahme durch die gesetzliche Pflegever- sicherung ab 2015	Geschätzte Ver- sorgungslücke (Quelle: FINANZ- test 05/2013*)
------------------	--	--

Vollstationäre Pflege im Heim

Stufe I	1.064 €	740 €
Stufe II	1.330 €	960 €
Stufe III	1.612 €	1.260 €
(in Härtefällen bis zu 1.995 €)		

Professionelle Pflege zu Hause

Stufe I	468 €	530 €
Stufe II	1.144 €	1.270 €
Stufe III	1.612 €	2.320 €
(in Härtefällen bis zu 1.995 €)		

** ohne Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und ohne Kosten bei Demenz*

Menschen, die zusätzliche Betreuungsleistungen benötigen, und Menschen, die an Demenz (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) erkrankt sind, können von der gesetzlichen Pflegeversicherung weitere Geldleistungen erhalten.

Die meisten Menschen werden zu Hause gepflegt (rund 70 Prozent). Häufig werden Pflegebedürftige nicht allein durch professionelle Dienste sondern in Kombination mit Pflege durch ihre Angehörigen versorgt. Der überwiegende Anteil der Pflegebedürftigen ist derzeit in der gesetzlichen Pflegekasse der Stufe I zugeordnet (57 Prozent), auf die Stufe III entfallen 12 Prozent (Zahlen aus Jahresende 2013).

Der **Beitragssatz** der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung wurde ab dem 1. Januar 2015 um 0,3 Prozent auf 2,35 Prozent und für Kinderlose auf 2,6 Prozent angehoben. Im Jahre 2013 wurde die zulagegeförderte private Pflegezusatzversicherung (auch Pflege-Bahr genannt) eingeführt.

WAS SIND DIE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE FÖRDERUNG?

Förderberechtigt ist, wer mindestens 18 Jahre alt ist und in der gesetzlichen Pflegekasse oder der privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist. Wer bereits als pflegebedürftig von seiner Kasse eingestuft wurde oder Leistungen wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe o) bezieht, kann **keinen** förderfähigen Vertrag abschließen.

Zulageberechtigt sind nur Verträge, bei denen folgende Kriterien erfüllt sind:

- Das Versicherungsunternehmen verpflichtet sich, jeden Antragsteller unabhängig von eventuellen Vorerkrankungen oder seinem Eintrittsalter anzunehmen.
- Auf das ordentliche Kündigungsrecht, eine Risikoprüfung sowie die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen wird verzichtet.
- Die Einstufung als Leistungsfall muss den gesetzlichen Regelungen der gesetzlichen Pflegekasse beziehungsweise der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechen.
- Leistungen können aus dieser Zusatzversicherung erst nach Ablauf einer Wartezeit von fünf Jahren beansprucht werden.
- Wenn der Kunde sozialhilfebedürftig wird, muss er die Möglichkeit haben, den Vertrag „ruhend“ zu stellen oder zu kündigen.
- Die Verwaltungs- und Abschlusskosten des Vertrags sind in ihrer Höhe begrenzt.





WANN ERHALTE ICH EINE FÖRDERUNG?

Wer einen Vertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abschließt, bei dem der Beitrag mindestens zehn Euro monatlich beträgt, erhält vom Staat eine Zulage von fünf Euro monatlich, das sind 60 Euro im Jahr. Bei bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes geschlossenen, herkömmlichen Verträgen über zusätzliche Leistungen im Pflegefall bekommen Sie keine Zulage.



WIE WIRD DIE ZULAGE AUSGEZAHLT?

Der Anspruch auf die Zulage entsteht erst am Ende des Kalenderjahres, in dem die Beiträge für die Versicherung gezahlt worden sind. Die Zulage wird dann rückwirkend für das vergangene Jahr an das Versicherungsunternehmen gezahlt, mit dem Sie den Vertrag über die Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben. Sie bevollmächtigen damit das Unternehmen, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sie zahlen an das Unternehmen den Monatsbeitrag abzüglich der Zulage.



WELCHE LEISTUNGEN ENTHÄLT DER VERTRAG?

Die Versicherung muss Geldleistungen bei jeder Pflegestufe (von Stufe I-III) vorsehen, in Höhe von mindestens 600 Euro monatlich in Stufe III. In der Stufe II werden mindestens 180 Euro (30 Prozent von 600 Euro) und in Stufe I mindestens 120 Euro (20 Prozent von 600 Euro) gezahlt.

Außerdem müssen Leistungen gewährt werden (mindestens 60 Euro monatlich), wenn eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz besteht und daher Leistungen der Pflegepflichtversicherungen beansprucht werden können, insbesondere bei Demenzerkrankung. Nach den Vorschriften der gesetzlichen Pflegeversicherungen erhalten betroffene Personen in einfacheren Fällen 104 Euro monatlich für zusätzliche Betreuungsleistungen, in schweren Fällen 208 Euro monatlich. Zudem können bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen von jeweils monatlich bis zu 231 Euro in der Stufe 0 (wenn keine Einstufung in I-III erfolgt), bis zu 221 Euro in der Stufe I und bis zu 154 Euro in der Stufe II beansprucht werden.

Die Leistungen der privaten Zusatzversicherungen dürfen die der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht mehr als verdoppeln. Bei häuslicher Pflege sind dort derzeit monatliche Leistungen in der Stufe I von 468 Euro vorgesehen, in Stufe II von 1.144 Euro in Stufe III von 1.612 Euro (in Härtefällen bis zu 1.995 Euro). Die Auszahlungen bei stationärer Pflege liegen bei 1.064 Euro in Stufe I, 1.330 Euro in Stufe II, 1.612 Euro in Stufe III (in Härtefällen bis zu 1.995 Euro).

Eine Dynamisierung der Leistungen bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig. Es wird dabei vertraglich vereinbart, dass die Leistungen regelmäßig angepasst werden. Weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen.



WORAUF SIE BESONDERS ACHTEN MÜSSEN

Sämtliche Inhalte des Versicherungsvertrags sind in den Tarifbedingungen und den allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt. Prüfen Sie das Kleingedruckte der Pflegezusatzversicherungen genau.

Achten Sie darauf, dass die Pflegezusatzversicherung eine Dynamik vorsieht. Die regelmäßige Anpassung der Leistungen an die allgemeine Inflationsrate bedeutet allerdings, dass die monatlichen Beiträge steigen. Die Dynamik sollte nicht mit dem Eintritt eines bestimmten Lebensalters, zum Beispiel 65 Jahren, enden und sich auch im Pflegefall fortsetzen.

Vergessen Sie nicht, dass die Beiträge durch den Versicherer erhöht werden, sobald die Ausgaben stärker steigen als ursprünglich kalkuliert.

Zahlreiche Tarife sehen vor, dass der Beitrag weiter zu zahlen ist, auch wenn der Pflegefall eingetreten ist. Dies bedeutet eine Verringerung der Auszahlungsleistung. Förderfähige Tarife sehen in der Regel keine Beitragsbefreiung im Pflegefall vor.

Wichtig ist, dass der Versicherer sich für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit an der Einstufung durch die gesetzliche Pflegekasse/private Pflegepflichtversicherung orientiert. Für die zulagegeförderten Produkte ist dies zwingend vorgeschrieben.



Weitere Anforderungen an die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, etwa regelmäßige Untersuchungen durch Vertragsärzte der Versicherung sind hierbei unzulässig.

Schließen Sie nicht unterschiedliche Tarife nebeneinander ab, also förderfähige neben nicht förderfähigen, da dies zu Unklarheiten und Problemen bei der Erstattung führen kann.



WIE IST DIE GEFÖRDERTE ZUSATZVERSICHERUNG ZU BEWERTEN?

Ein entscheidendes Kriterium bei dem Abschluss einer zulagen-geförderten Zusatzversicherung ist die Beitragshöhe. Diese ist abhängig vom Leistungsumfang des Tarifs und vom Eintrittsalter des Versicherungsnehmers. Wird Ihnen ein Vertrag zum Mindestbeitrag von 15 Euro monatlich angeboten, deckt dieser voraussichtlich nur einen relativ geringen Teil der zu erwartenden Versorgungslücken ab.

Je jünger jemand bei Vertragsbeginn ist, umso geringer fällt der Monatsbeitrag aus und um so höher sind die angebotenen Leistungen. Dies spricht für einen frühen Vertragsabschluss. Grundsätzlich gilt, je umfangreicher die Leistungen sind, die abgesichert werden sollen, umso höher fällt der Beitrag aus. Um Leistungen zu erhalten, die die prognostizierten Versorgungslücken abdecken, müssen Sie mit Beiträgen von deutlich über 15 Euro monatlich rechnen. Die Beitragshöhe liegt häufig beim doppelten Wert (30 Euro) oder noch darüber.

Die förderfähige Pflegezusatzversicherung hat eine schlechte Prognose hinsichtlich der zukünftigen Beitragsentwicklung. Sie muss auch Kunden ermöglicht werden, die Vorerkrankungen haben, und deren Pflegerisiko deutlich höher ist als bei Personen ohne relevante Vorerkrankungen. Zudem müssen Kunden in jedem Alter aufgenommen werden. Dies wird in die Kalkulation dieser Tarife einfließen und wird zwingend zukünftig zu höheren Beiträgen führen als bei Verträgen ohne Abschlusszwang. Die fehlende Beitragsbefreiung reduziert regelmäßig die Auszahlungsleistung.

Der Leistungsumfang ist begrenzt auf die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die voraussichtlichen Versorgungs-

lücken gehen jedoch unter Umständen darüber hinaus (siehe obige Tabelle). Hier bieten die förderfähigen Tarife keine Möglichkeit, den Bedarf vollständig abzudecken.

Die Wartezeit von fünf Jahren ist vergleichsweise lang insbesondere für Menschen mit Vorerkrankungen. Es werden nicht förderfähige Tarife mit geringeren oder ohne Wartezeiten angeboten. Auch Karenzzeiten sollte der Vertrag nicht vorsehen.

FÜR WEN LOHNT SICH DER PFLEGE-BAHR?

Dieses Versicherungsprodukt ist Ihnen nicht zu empfehlen, wenn Sie keine relevanten Vorerkrankungen haben. Die herkömmlichen Tarife bieten häufig höhere Leistungen, bessere Vertragskonditionen und werden voraussichtlich weniger stark im Beitrag steigen als die förderfähigen Produkte. Es ist nicht davon auszugehen, dass die relativ geringe Zulage von 60 Euro pro Jahr dies kompensieren wird.

Gehören Sie zu der Personengruppe, die aufgrund ihrer Vorerkrankungen keine Pflegezusatzversicherung ohne Abschlusszwang erhält, sollten Sie den Abschluss eines förderfähigen Produktes angesichts der genannten Risiken gut überdenken und die Klauselwerke genau prüfen.



Worauf Sie noch achten sollten:

Ob eine private Zusatzversicherung abgeschlossen werden sollte, hängt insbesondere von den persönlichen Voraussetzungen ab, sowohl bei Vertragsschluss, als auch während der lebenslangen Vertragslaufzeit und bei einem eventuellen Pflegefall. Die Verbraucherzentralen bieten Beratung zu dem Thema Pflegezusatzversicherungen an.



Herausgeber

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Markgrafenstraße 66
10969 Berlin

Tel. (030) 258 00-0
Fax (030) 258 00-518
info@vzbv.de
www.vzbv.de
Twitter: @vzbv

Text: Silke Möhring
Fotos/ Bildnachweise: iStock: kupicoo; AndreasReh;
guvendemir; Yuri_Arcurs

Gestaltung: MSLGermany GmbH
Druck: Enka Druck

Für den Inhalt verantwortlich:
Klaus Müller, Vorstand des Verbraucherzentrale
Bundesverbands e.V.
Stand: März 2015
© Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

verbraucherzentrale



**Sie suchen persönliche Beratung
oder Informationen?**

Die Verbraucherzentralen in Ihrer Nähe helfen Ihnen gerne weiter.
www.verbraucherzentrale.de