

Ein Gemeinschafts-Spezial von FOCUS-MONEY und

PKV
Verband der Privaten
Krankenversicherung



Pflegeversicherung

So einfach ist **VORSORGE**

10 Euro von mir
+ 5 Euro vom Staat
= **Förder-Pflege**

Die wichtigsten Antworten
zur Pflege-Absicherung



Die Diagnose 3

Warum Bürger das Risiko Pflege ignorieren, jedoch unbedingt früh Vorsorge treffen müssen

Die Therapie 4

Gute Pflege kann sich jeder leisten. Die fünf besten Tipps für eine perfekte Vorsorge

Die Medizin 7

Eine private Police für alle – die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung. Wichtige Fragen und Antworten

Der Chef-Arzt 10

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Interview

Die Pfleger 11

Wie der PKV-Verband mit der Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ und der Beratung COMPASS Betroffene unterstützt

„Pflegeversicherung – So einfach ist Vorsorge“ ist ein Gemeinschafts-Spezial von FOCUS-MONEY und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)
Redaktion: Thomas Schickling, Thomas Wolf
Verlag: Die Verlagsbeilage erscheint in der FOCUS Magazin Verlag GmbH.
Verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Frank Pöpsel
Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlags gestattet.
Druck: Mediengruppe Oberfranken – Druckereien GmbH & Co. KG, E.-C.-Baumann-Straße 5, 95326 Kulmbach
Stand: Juni 2014

Frank Pöpsel,
Chefredakteur



Die beste Medizin

„Pflege? Damit beschäftige ich mich später ...“ Jeder dritte Bundesbürger ignoriert das Risiko, selbst einmal pflegebedürftig zu sein. Das gilt vor allem für die Jüngeren unter 30 Jahren in unserer Gesellschaft. Das Gros der Bevölkerung setzt auf die gesetzliche Pflegepflichtversicherung – trotz begrenzter Leistungen im Fall der Fälle! Na und! Dann leg ich eben die Differenz aus eigener Tasche drauf, meint man. Sicher? Wäre allen bekannt, wie breit die Lücke zwischen gesetzlicher Leistung und tatsächlichen Kosten für eine angemessene Betreuung klafft, so mancher würde wohl nicht mehr tönen! Und getrost auf ewige Gesundheit oder im Notfall auf die Unterstützung des Lebenspartners oder der Kinder zu setzen ist mehr als gewagt.

Fakt ist: Wir alle sind dem Risiko ausgesetzt, schwer zu erkranken, zum Pflegefall zu werden. Deshalb aber elementare Risiken ausblenden und voller Angst durchs Leben gehen? Das brauchen wir nicht, denn: Gute Pflege kann sich heute jeder Bürger leisten – selbst bei knappem Haushaltsbudget. Die neue, geförderte ergänzende Pflegeversicherung – die Vater Staat mit 60 Euro jährlich bezuschusst – macht es möglich.

Welche Tipps uns den Weg zu einer perfekten Vorsorge ebnen, was die Bürger über die staatlich geförderte private Pflege-Police unbedingt wissen sollten – und wie diese die Vorsorgelücken schließen hilft: Das lesen Sie hier im **Gemeinschafts-Spezial** von **FOCUS-MONEY** und dem **Verband der Privaten Krankenversicherung**. Sie werden sehen: Pflege ist alles andere als ein Angst-Thema – und leicht zu therapieren!

Ihr Frank Pöpsel

NICHT DURCHHÄNGEN

Beim Thema Pflege wenden sich viele ab. Warum Bürger für den Fall der Fälle vorsorgen müssen

Gedanklich alles wegwischen. Ausradieren, was einem unangenehm erscheint. Das ist unsere Natur! Für Sigmund Freud, Wiener Arzt und Begründer der Psychoanalyse, war das Phänomen des Verdrängens typisch für die menschliche Psyche. Kein Wunder, hilft uns dieser Abwehrmechanismus doch überaus effizient, Bedrohliches aus unserer Wahrnehmung auszuschließen. So muss man sich erst gar nicht mit leidigen Problemen herumschlagen. Egal, ob es um Alter, Krankheit oder Einsamkeit geht. Wir laufen stets im Leben vor dem davon, was uns große Angst bereitet.

Das gilt auch für die Pflege. Pflegebedürftig sein, das passiert mir doch nicht! Und wenn, sorgt doch sicher Vater Staat für mich! Leider alles Schein-Gewissheiten, die uns in trügerischer Sicherheit wiegen. Doch nur wer nicht die Augen vor dem „Risiko“ Pflege verschließt, kann getrost in die Zukunft blicken. ■ >

Lesen Sie auf den folgenden Seiten:

Die besten **TIPPS** für eine **PERFEKTE VORSORGE!**

NICHT IN FALSCHER SICHERHEIT WIEGEN!

TIPP 1:

Auch nach der aktuell diskutierten Pflegereform und ihren Verbesserungen bleibt die gesetzliche Pflege nur eine **TEILKASKO-VERSICHERUNG!**

Rund 2,4 Milliarden Euro jährlich mehr ab 2015 im Topf der Pflegekasse, 100 Millionen Euro für eine zehntägige Lohnersatzleistung pflegender Angehöriger, Jahr für Jahr 1,2 Milliarden Euro in den neuen Pflegevorsorgefonds: Der Regierungsentwurf zur Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung sieht bis 2017 eine Menge Gutes für Betroffene vor. Und so glaubt auch das Gros der Bürger: „Vater Staat wird's schon richten.“ Drei Viertel der Deutschen baut im Pflegefall auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Umfrage des Berliner Marktforschers Forsa. Doch die Sicherheit trügt, denn: Die Pflegepflichtversicherung war und bleibt lediglich eine Teilkasko. So müssen Frauen etwa bei permanenter Pflege in einem Heim nach Berechnungen des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen zu den gesetzlichen

Leistungen (s. Tabelle unten) durchschnittlich etwa 45 000 Euro aus eigenen Mitteln zusteuern. Wegen ihrer kürzeren Lebenserwartung haben Männer nur 21 000 Euro aufzubringen. Auch warnen Experten stets davor, dass die Kosten in der umlagefinanzierten Pflegepflichtversicherung durch den demografischen Wandel künftig explodieren werden. So führt auch jede Erhöhung der Leistungen in der gesetzlichen Pflege zu mehr Schulden für die kommenden Generationen. Wer will das schon? Auch der Pflegevorsorgefonds birgt Tücken, ist doch eine staatliche Kapitalreserve nie sicher vor Zweckentfremdung. Daher raten heute Fachleute Bürgern hierzulande dringend, die gesetzliche Pflegeversicherung mit einer kapitalgedeckten, privaten Pflege-Police aufzustocken – und auf diesem Weg die klaffende Versorgungslücke (s. Tipp 3) zu schließen.

Plötzlich Pflegefall: So viel zahlt der Staat

Pflegestufe	Pflegegeld (Euro) ohne Demenz	Pflegegeld (Euro) mit Demenz ¹⁾	Pflegesachleistungen (Euro) ohne Demenz	Pflegesachleistungen (Euro) mit Demenz ¹⁾	Pflege im Heim (Euro)
0	–	120	–	225	–
I	235	305	450	665	1023
II	440	525	1100	1250	1279
III	700	700	1550	1550 ²⁾	1550 ²⁾

Angaben pro Monat; ¹⁾Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf; ²⁾in Härtefällen bis zu 1918 Euro pro Monat; Pflegegeld = für zu Hause betreute Pflegebedürftige; Pflegesachleistungen: zur Begleichung von Sachleistungen durch professionelle Pflegekräfte, die Patienten ambulant im häuslichen Umfeld betreuen

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit



Hand in Hand:
Eine private Pflege-Police schließt die Versorgungslücke

NIEMANDEM AUF DER TASCHE LIEGEN!

TIPP 2:

So entlasten Sie Ihre Kinder und Angehörigen!

Wir wollen unseren Lieben nie finanziell zur Last fallen! Auch dann nicht, wenn wir pflegebedürftig sein sollten! Keine Mutter, kein Vater will es den Kinder zumuten, Geld zuschießen zu müssen, damit sie im Fall eines Falles von professionellen Pflegekräften adäquat betreut werden können. Keine Eltern wollen Almosen! Weder von den Kindern noch von Angehörigen. Und schon gar nicht vom Staat. Obwohl mittellose Pflegebedürftige in Deutschland Anspruch auf Sozialhilfe haben. Doch bei Eltern holt sich das Amt das Geld von den Kindern wieder. Denn: Erwachsene Kinder sind verpflichtet, im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten für den Unterhalt der Eltern zu sorgen, wenn diese pflegebedürftig sind und deren Rente nicht reicht. Ob und wie viel

Kinder an Eltern-Unterhalt zahlen müssen, wird nach deren Einkommen und Vermögen festgelegt. Ein Beispiel: Muss ein schwerst kranker (Pflegestufe III) Elternteil vollstationär betreut werden, zahlt die Pflegepflichtversicherung ohne Härtefallregelung maximal 1550 Euro pro Monat. Für einen Heimplatz jedoch werden im Schnitt 3236 Euro fällig – macht eine Lücke von 1686 Euro. Verfügt etwa ein kinderloser Single heute über ein Monatsnetto von 2000 Euro, muss er 200 Euro pro Monat an Eltern-Unterhalt für diese „Pflege-Lücke“ berappen. Viel Geld! Das zeigt: Wer als Pflegebedürftiger den Kindern nicht finanziell auf der Tasche liegen will, schließt eine private Pflegezusatz-Police ab, um seine Sprösslinge vor Regressforderungen des Sozialamts zu schützen.

TIPP 3:

KOSTEN NICHT UNTERSCHÄTZEN!

Die Pflege-Lücke können viele Bundesbürger nicht aus eigener Kraft schließen!

Warum Pflegevorsorge? Was die gesetzliche Pflege nicht trägt, zahle ich einfach aus eigener Tasche. Rund 27 Prozent der Deutschen gehen heute davon aus, dass neben der staatlichen Leistung ihre privaten Ersparnisse im Fall eines Falles schon ausreichen werden. So die Bilanz der aktuellen repräsentativen Umfrage „Sicherheit und Vorsorge“ im Auftrag der Basler Versicherungen. Nur: Viele Bürger unterschätzen die Größe einer im Alter unerbittlich klaffenden Versorgungslücke! Ein heute 40-jähriger Single beispielsweise kämpft im Alter als Pflegefall hochgerechnet mit einem Fehlbetrag von 1731 Euro, ein Elternpaar (50 Jahre) mit Kindern hingegen sogar mit jeweils 2060 Euro (s. Tabelle). Nicht selten sind selbst die Ersparnisse schnell aufgezehrt, kostet doch eine mehrjährige Pflegebedürftigkeit Betroffene je nach Schwere sechsstelligen Euro-Beträge. Statt auf die eigenen Reserven bauen rund 37 Prozent der Bundesbürger darauf, mit Verkauf oder Vermietung des eigenen Häuschens oder der Wohnung die Differenz zwischen den Leistungen aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und den tatsächlichen Kosten bei Pflegebedürftigkeit schließen

zu können. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie des Marktforschers Produkt+Markt. Aber Immobilien eignen sich wenig als Absicherung für Ehepaare. Lebt doch bei Pflegebedürftigkeit etwa des Mannes dessen Gattin mit im Haus – und hat fest mit mietfreiem Wohnen im Alter geplant. Auch die gesetzliche Rente reicht nur in den wenigsten Fällen als Lückenschließer. Warum? Im Durchschnitt liegt die Altersrente eines Mannes hierzulande derzeit bei 1000 Euro pro Monat. Noch magerer fällt die Rente einer Frau aus. Sie kommt auf Grund unterbrochener Erwerbsbiografien – etwa wegen Kindererziehungszeiten – lediglich auf 747 Euro. Viel zu wenig, um die durchschnittliche Pflege-Lücke (s. Grafik) vollständig zu füllen. Reichen Rente, Ersparnisse, Immobilie und sonstige finanzielle Mittel nicht aus, um die Pflegekosten zu stemmen, bleibt

Menschen ohne Angehörige als letzter Ausweg nur der Gang zum Sozialamt. Leider kein Einzelfall: Im Jahr 2012 bezogen neuesten Zahlen des Statistischen Bundesamts zufolge 439 000 Pflegebedürftige Sozialhilfe.

Die gesetzliche Pflege deckt nicht alle Kosten

Durchschnittliche Gesamtkosten nach Pflegestufe für vollstationäre Pflege 2012, in Euro



Quellen: Statistisches Bundesamt, VDEK

Eklatant: Pflegelücke bei Singles und Familien

Beispiel-Fälle	SINGLE	EHEPAAR
persönliche Situation		
Alter	40 Jahre	jeweils 50 Jahre
Geschlecht	männlich	männlich/weiblich
Kinder	nein	ja (2)
Wohnverhältnis	Miete	Eigenheim
Miete monatlich	1000 Euro ¹⁾	–
Eigenheim abbezahlt mit	–	65 Jahren
im Rentenalter verfügbare Einnahmen pro Monat		
gesetzliche Rente	1500 Euro	2000 Euro
private Zusatzrente	700 Euro	300 Euro
sonst. Einkünfte (Miete, Zinsen Kapitalerträge)	–	200 Euro
Rücklagen	–	50 000 Euro ²⁾
Leistung Pflegepflichtversicherung (PS III)	1550 Euro	je 1550 Euro

Beispiel-Fälle	SINGLE	EHEPAAR
im Rentenalter anstehende Ausgaben pro Monat		
durchschnittliche Kosten Pflegestufe III	3236 Euro	jeweils 3236 Euro
Kosten sonstige medizinische Versorgung	200 Euro	jeweils 100 Euro
Lebenshaltungskosten (Essen, Kleidung usw.)	1000 Euro	1800 Euro
Unterhalt für Kinder, Angehörige usw.	–	200 Euro
Beiträge Versicherungen (etwa Krankenvers.)	500 Euro	700 Euro
im Rentenalter einsparbare Posten pro Monat		
verzichtbare/kündbare Policen	30 Euro	100 Euro
sonstige Einsparungen	200 Euro	500 Euro
Pflegelücke (Einnahmen minus Ausgaben) pro Monat		
geschätzter Bedarf vor Inflation	956 Euro	je 1386 Euro
Inflationfaktor (2% Inflation unterstellt) (30 Jahre)	1,811	(20 Jahre) 1,486
PFLEGELÜCKE nach Inflation	1731 Euro	je 2060 Euro

¹⁾Single rechnet damit, als Pflegefall in einem Pflegeheim umsorgt zu werden. Daher bleibt die Miete als spätere Ausgabe in der Kalkulation unberücksichtigt; ²⁾als finanzielle Reserve für Hausrenovierungen/Umbauten gedacht, nicht zur Deckung der Pflegekosten; PS = Pflegestufe

Quelle: Kalkulation FOCUS-MONEY

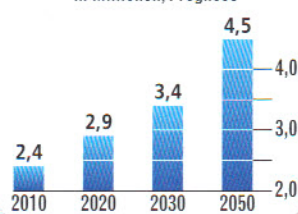
TIPP 4: RISIKO RICHTIG EINSCHÄTZEN!

Im Alter trifft es die meisten, jeder dritte Mensch über 80 Jahre in Deutschland ist ein Pflegefall. Aber auch in jungen Jahren kann es bereits passieren!

Hurra, wir werden immer älter. Neugeborene Mädchen hierzulande haben heute eine durchschnittliche Lebenserwartung von fast 104 Jahren, neugeborene Jungs erreichen annähernd 100 Lenze. Ursächlich dafür sind der medizinische Fortschritt, die verbesserten Arbeits- und Lebensbedingungen sowie das gestiegene Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung. So erfreulich diese Perspektiven auch sein mögen: Je älter der Mensch wird, desto mehr lässt seine physische und psychische Leistungsfähigkeit nach. Zwar können wir durch gesunde Ernährung und regelmäßige medizinische Vorsorge den Körper lange fit halten. Ewige Jugend aber bleibt ein Wunschtraum. Und so steigt mit dem Lebensalter die Pflegewahrscheinlichkeit. So ist hierzulande fast jeder Dritte über 80 Jahre pflegebedürftig. Benötigten 2010 noch 2,4 Millionen Deutsche Pflege, wird bis 2030 bereits eine Million hinzukommen.

Tendenz – steigend

Pflegebedürftige in Millionen, Prognose



Und bis 2050 soll die Zahl der Pflegefälle sogar bis auf 4,5 Millionen anwachsen (s. Grafik). Hinzu kommt:

Bis 2060 gehen Wissenschaftler in Deutschland von einer Verdopplung der Zahl von Menschen mit Demenz auf 2,5 Millionen aus. Was schwer wiegt, denn: Mit Demenz (Pflegestufe 0) ist eine intensive Betreuung von Menschen verbunden, professionell erbrachte Pflege wird so viel stärker nötig sein. Doch Pflegebedürftigkeit ist nicht allein ein Phänomen hohen Alters. Auch junge Leute kann es treffen: So wurden etwa 2013 laut Statistischem Bundesamt 374 000 Personen bei einem Verkehrsunfall verletzt. Viele davon so schwer, dass sie der Pflege bedürfen. Die finanziellen Folgen für Betroffene sind enorm.

Vor dem Hintergrund meist relativ kurzer Berufstätigkeit sind die Ansprüche dieser aus der Mitte des Lebens Gerissenen an die Rentenversicherung sehr dürrig.

JE FRÜHER, DESTO BESSER – UND GÜNSTIGER!

Warum gerade junge Menschen von einer privaten Pflege-Vorsorge profitieren!

Jeder dritte Deutsche ignoriert heute das Risiko, zum Pflegefall zu werden. Besonders stark ausgeprägt ist diese Haltung bei den Jüngeren unter 30 Jahren. Selbst jene wenigen hierzulande, die sich des Pflege-Risikos wohl bewusst sind, verlassen sich lieber auf die gesetzliche Pflegepflichtversicherung – und sorgen nicht flankierend mit einer privaten Pflege-Police vor. Das Hauptmotiv: Es fehlt das Geld! Dieses Argument ist mit der neuen, staatlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung, kurz Förder-Pflege, vom Tisch (s. Seite 7 ff.): Ab 15 Euro Prämie pro Monat – von denen der Staat fünf Euro zusteuert – lässt sich die Pflege-Lücke (s. Seite 5) dank Police selbst bei schwerster Erkrankung und vollstationärer Betreuung schließen. Vorausgesetzt, der Entschluss reift früh. Denn junge Menschen können dank des Zinseszins-Effekts höhere Anwartschaften bilden: Wer etwa als 20-Jähriger einen Förder-Pflege-Vertrag unterschreibt und 180 Euro pro Jahr einzahlt, erhält im Fall der Fälle in Pflegestufe III vom Versicherer bis zu 1980 Euro pro Monat (s. Tabelle). Selbst wer erst mit 40 Jahren startet, kann mit monatlich rund 1000 Euro in Stufe III kalkulieren. Geld, das Versicherte frei verwenden können – sowohl zur Deckung der Kosten ambulanter als auch stationärer

Pflege durch Fachkräfte oder Angehörige. Doch auch für Ältere mit Vorerkrankungen ist die Förder-Pflege interessant. Denn jeder Nicht-Pflegebedürftige über 18 Jahren hat Anspruch auf sie – und damit Anspruch auf Minimum 600 Euro pro Monat in Pflegestufe III.

Förder-Pflege: je früher, desto rentabler¹⁾

Pflegestufe III	Pflegestufe II	Pflegestufe I	Pflegestufe 0
Eintrittsalter 20 Jahre²⁾			
1980 Euro	594 Euro	396 Euro	198 Euro
Eintrittsalter 30 Jahre²⁾			
1470 Euro	441 Euro	294 Euro	147 Euro
Eintrittsalter 40 Jahre²⁾			
960 Euro	288 Euro	192 Euro	96 Euro
Eintrittsalter 50 Jahre³⁾			
600 Euro	420 Euro	210 Euro	120 Euro
Eintrittsalter 60 Jahre⁴⁾			
600 Euro	420 Euro	180 Euro	60 Euro

Stand: 13.5.14; Leistungen pro Monat; ¹⁾am Beispiel eines Top-Förder-Pflege-Tarifs am Markt; ²⁾unterstellter Monatsbeitrag rund 15 Euro; ³⁾unterstellter Monatsbeitrag rund 25 Euro; ⁴⁾unterstellter Monatsbeitrag rund 38 Euro

Quelle: KVpro

GENIALE GLEICHUNG

*Zehn Euro von mir plus fünf Euro vom Staat gleich Pflege-Vorsorge für mich.
Die wichtigsten Fragen und Antworten zur staatlich geförderten privaten
FÖRDER-PFLEGE*

Keine Gesundheitsprüfung, weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse. Auch die Höhe der Prämien ist überschaubar. Und im Leistungsfall fließt der vertraglich vereinbarte monatliche Betrag ohne Nachweis tatsächlich anfallender Pflegekosten an Versicherte. Mit der staatlich angeschobenen FÖRDER-PFLEGE fällt es Bundesbürgern heute leicht, preiswert und gut

für den Fall der Fälle privat vorzusorgen. Eine gute Botschaft, die auch in der Bevölkerung zunehmend Gehör findet. Das seit dem 1. Januar 2013 von vielen privaten Krankenversicherern angebotene Produkt hat bislang bereits mehr als 400 000 Menschen überzeugen können. Doch das Gros der Deutschen verschenkt aus Unkenntnis noch immer bares Geld! ■ ▶

Lesen Sie auf den folgenden Seiten:

Was **SIE** über die
FÖRDER-PFLEGE
WISSEN SOLLTEN!



WER KANN DIE POLICE ABSCHLIESSEN?

Alle, die aktuell einer Pflegepflichtversicherung angehören, bereits das 18. Lebensjahr vollendet haben und bei Unterzeichnung der Förder-Pflege-Police nicht pflegebedürftig sind. Altersgrenzen nach oben gibt es nicht.

WAS GIBT DER STAAT ZU MEINER FÖRDER-PFLEGE DAZU?

Fünf Euro pro Monat, also 60 Euro pro Jahr. Gefördert wird pro Person vom Staat allerdings stets nur ein Förder-Pflege-Vertrag!

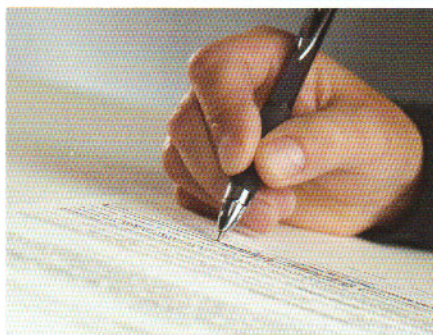
WIE VIEL GELD MUSS ICH ZUR POLICE AUS EIGENER TASCHE TRAGEN?

Hängt vom Alter ab. Grundsätzlich gilt: Mindestens zehn Euro Prämie pro Monat, macht unterm Strich 120 Euro jährlich.

WIE HOCH SIND DIE LEISTUNGEN DER FÖRDER-POLICE?

Versicherte haben einen gesetzlichen Mindestanspruch von 600 Euro pro Monat in Pflegestufe III. Auch müssen die Gesellschaften in den Pflegestufen I, II und 0 (Demenz) leisten: In Pflegestufe II beträgt das Monatsgeld mindestens 30 Prozent, in Pflegestufe I Minimum 20 Prozent der Summe in Pflegestufe III. Leidet der Kunde an erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0), beziffert sich sein Pflegegeld auf mindestens zehn Prozent der Leistungen in Pflegestufe III.

Gut zu wissen: Versicherern steht es offen, ihrer Klientel auch höhere Leistungen zu unterbreiten. Allerdings darf der Höchstbetrag die Höhe der bei Vertragsunterzeichnung jeweils geltenden



Die Förder-Pflege unterliegt dem Kontrahierungszwang: Wer sie will, bekommt sie

Die neue Förder-Pflege verzichtet auf eine Gesundheitsprüfung



Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht überschreiten. Da die Höhe des Pflegegelds in aller Regel vom jeweiligen Alter des Kunden bei Vertragsschluss abhängt, erhält die jüngere Kundenschaft für monatlich 15 Euro Mindestprämie in Pflegestufe III mehr als die vorgeschriebenen 600 Euro. Umgekehrt kann es bei älteren Versicherten vorkommen, dass sie einen höheren Eigenanteil als monatlich zehn Euro aufbringen müssen, um schließlich im Leistungsfall auf 600 Euro in Pflegestufe III zu kommen.

WO KANN ICH EIGENTLICH EINEN FÖRDER-PFLEGE-VERTRAG ABSCHLIESSEN?

Interessierte wenden sich am besten direkt an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Die Suche nach entsprechenden Kontakten erleichtert erheblich ein Klick auf die Internet-Seite www.pkv.de/verband/mitgliedsunternehmen

WIE STEHT ES DENN MIT EINER GESUNDHEITSPRÜFUNG?

Die gibt es nicht! Alle Versicherer mit einem Förder-Pflege-Produkt am Markt unterliegen einem „Kontrahierungszwang“, was in der Praxis heißt: Wer eine solche Police abschließen will, bekommt diese auch – unabhängig von seinem aktuellen Gesundheitszustand!

WAS ZAHLE ICH EIGENTLICH AN VERWALTUNGS- UND ABSCHLUSSGEBÜHREN?

Bei den Abschlussgebühren dürfen Versicherer maximal das Zweifache der auf den ersten Monat entfallenden Prämien verlangen. Bei einer Mindestprämie von 15 Euro je Monat sind dies folglich höchstens 30 Euro. Was die Verwaltungskosten anbetrifft, so dürfen diese zehn Prozent der jeweiligen Bruttoprämie nicht übersteigen.

WIE WERDEN DIE STAATLICHEN ZULAGEN DENN AUSGEZAHLT?

Automatisch. Dafür sorgt eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Mit Vertragsschluss bevollmächtigt der Kunde seinen Versicherer, die Zulage bei dieser Institution zu beantragen. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, zahlt die zentrale Stelle die Zulage direkt an den Versicherer aus, welcher den Betrag dem begünstigten Konto sofort gutschreibt. Das zeigt: Der Versicherte selbst hat keinerlei Aufwand.

WIE STEHT ES MIT DEM INFLATIONSSCHUTZ DER LEISTUNGEN?

Um den künftigen Wertverlust des vereinbarten Pflegegeldes zu verhindern, kann der Kunde individuell mit seinem Versicherer eine Dynamisierung des Pflegegeldes in Höhe der jährlichen Inflationsrate vereinbaren – was den Beitrag entsprechend verteuert.

WANN HABE ICH ANSPRUCH AUF DIE PFLEGELEISTUNGEN?

Nach einer Wartezeit von maximal fünf Jahren nach Vertragsschluss. Den Versicherungsunternehmen steht es jedoch offen, mit der Kundschaft kürzere Wartezeiten zu vereinbaren.

WANN UND WIE KANN ICH LEISTUNGEN GELTEND MACHEN?

Versicherte haben Anspruch auf das vereinbarte Pflegegeld dann, wenn die soziale respektive private Pflegepflichtversicherung zahlt. Maßgeblich für die Höhe der Förder-Pflege ist die von den Pflegekassen attestierte Pflegestufe: Für Kassenpa-



Der Staat spendiert zur Förder-Pflege monatlich fünf Euro – macht 60 Euro pro Jahr

Foto: Dreamstime

tienten ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen, für Privatpatienten hingegen das Unternehmen Medicproof mit seinen 1000 freiberuflichen Gutachtern zuständig. Um Leistungen aus der Förder-Pflege zu erhalten, müssen Pflegepatienten ihrem Versicherer das Attest der Begutachtung vorlegen.

WÄRE ES VERSICHERERN MÖGLICH, NACHTRÄGLICH DEN VERTRAG ZU ÄNDERN?

Grundsätzlich nein! Allerdings dürfen die Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders bei dauerhaften Änderungen im Gesundheitswesen (etwa einer Neuregelung der gesetzlichen Pflegestufen) ihre Allgemeinen Geschäftsbedingungen und den mit den Kunden vereinbarten Beitrag anpassen. Darüber hinaus verzichten die Versicherungsunternehmen auf ein ordentliches Kündigungsrecht. Unberührt davon bleiben jedoch gesetzliche Regelungen zum außerordentlichen Kündigungsrecht, zum Beispiel bei Nichtzahlung der Beiträge.

WÄRE EIN SPÄTERER WECHSEL DES TARIFS ODER DES VERSICHERERS MÖGLICH?

Innerhalb des Versicherungsunternehmens ist der Wechsel in einen anderen Tarif jederzeit möglich, sofern auch dieser den staatlichen Vorgaben einer Förder-Pflege-Police entspricht. Will der Versicherte hingegen mit seinem Förder-Pflege-Vertrag zu einer anderen Gesellschaft umziehen, verbleiben die aufgebauten Alterungsrückstellungen seiner Police im alten Unternehmen und kommen der dortigen Versichertengemeinschaft zugute.

WANN KANN ICH MEINEN VERTRAG KÜNDIGEN?

Zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens jedoch zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von maximal zwei Jahren: Und dies mit einer Frist von drei Monaten. Gut zu wissen: Erhöht der Versicherer die Beiträge, besteht für Kunden ein Sonderkündigungsrecht.

WAS PASSIERT, WENN ICH DIE PRÄMIEN NICHT MEHR ZAHLEN KANN?

Dann kann der Vertrag bis zu drei Jahre ohne Prämienzahlung ruhen. Wichtig: Versicherer dürfen ihren Kunden auch längere Fristen einräumen. Ruht der Vertrag, bestehen allerdings während dieser Zeit seitens des Versicherten keinerlei Ansprüche auf Leistungen!

„Private Vorsorge ist wichtig“

Gesundheitsminister Hermann Gröhe zum neuen Pflegestärkungsgesetz, warum die Pflegepflichtversicherung nur eine Teilkasko ist und Bürger die geförderte Pflege-Zusatzpolice wollen

FOCUS-MONEY: Über die Pflegereform wird ja schon eine ganze Weile diskutiert. Wie ist der aktuelle Stand?

Hermann Gröhe: Das Bundeskabinett hat am 28. Mai 2014 den Entwurf des ersten Pflegestärkungsgesetzes verabschiedet. Damit bringen wir deutliche Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen schon zum 1. Januar 2015 auf den Weg. In einem zweiten Pflegestärkungsgesetz werden wir noch in dieser Wahlperiode ein neues Begutachtungssystem in der Pflege einführen. Statt bisher drei Pflegestufen wird es dann fünf Pflegegrade geben, mit denen wir dem individuellen Unterstützungsbedarf besser gerecht werden – unabhängig davon, ob jemand an körperlichen Einschränkungen leidet oder an Demenz. Auch für dieses Gesetz laufen die Vorarbeiten bereits.

MONEY: Was sind für Sie die wichtigsten Ziele der Reform?

Gröhe: Wir wollen vor allem Familien, die Angehörige zu Hause pflegen, besser unterstützen – zum Beispiel durch mehr Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Aber auch die Arbeit der Pflegeeinrichtungen soll gestärkt werden. Dazu werden wir die Zahl der Betreuungskräfte von heute 25.000 auf bis zu 45.000 aufstocken. Betreuungskräfte gehen zum Beispiel mit Pflegebedürftigen spazieren oder lesen ihnen etwas vor. Das entlastet die Pflegekräfte und schafft mehr Zeit für die Pflege. Mit beiden Gesetzen erreichen wir, dass jedes Jahr fünf Milliarden Euro mehr für Leistungen zur Verfügung stehen. Das ist ein beachtliches Plus von 20 Prozent. Außerdem treffen wir mit jährlich 1,2 Milliarden Euro Vorsorge für die Zeit, in der die sogenannten Babyboomer ins Pflegealter kommen. So können wir übermäßige Beitragssteigerungen in Zukunft abfedern.

MONEY: Reicht denn die gesetzliche Absicherung – wenn die Reformschritte umgesetzt sind – im Pflegefall für eine vollständige Versorgung?

Gröhe: Die Pflegeversicherung war immer eine Teilversicherung. Deshalb ist und bleibt die private Vorsorge für das Alter auch weiterhin wichtig. Es ist durch die Pflegeversicherung gelungen, einen erheblichen Teil der Pflegebedürftigen aus der Sozialhilfe herauszuholen. Nun geht es darum, dass diese Zahl nicht wieder anwächst. Für die jetzt geplanten Leistungsverbesserungen steigen die Beiträge

um 0,5 Prozentpunkte auf dann 2,35 Prozent. Ich habe den Eindruck, dass das in weiten Teilen der Bevölkerung akzeptiert ist. Wenn wir den Grad der Absicherung in dieser Lebensphase realistisch einschätzen wollen, müssen wir das Pflegesystem, das Rentensystem und auch die private Vorsorge als Ganzes betrachten.

MONEY: Nun fördert der Staat auch die private Pflege-Vorsorge. Wie entwickelt sich eigentlich dieses Angebot?

Gröhe: Inzwischen haben über 400.000 Menschen eine staatlich geförderte private Zusatzversicherung abgeschlossen. Erfreulicherweise sind darunter sehr viele Jüngere: Rund ein Drittel sind jünger als 40 Jahre. Das zeigt, dass die Menschen eine geförderte Pflege-Zusatzversicherung wollen. Zum ersten Mal können dadurch auch die Menschen privat vorsorgen, die vorher auf Grund von Vorerkrankungen keine Möglichkeit hatten, eine private Pflege-Zusatzversicherung abzuschließen.

MONEY: Demenzerkrankungen nehmen stark zu. Bringt Ihre Reform auch hier für die Betroffenen Verbesserungen?

Gröhe: Ja, natürlich. Schon mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz erhalten Demenzkranke Zugang zu allen Leistungen im ambulanten Bereich, die auch Menschen mit einer Pflegestufe zustehen. Ab 2015 haben Demenzkranke in der sogenannten Pflegestufe 0 erstmals Anspruch auf Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege. Für Umbauten, etwa wenn an Fenstern, Türen oder am Gasherd eine Sicherung eingebaut werden muss, gibt es künftig einen deutlich höheren Zuschuss. Außerdem fördern wir ambulant betreute Wohngruppen erstmals auch für Demenzkranke. Für viele Pflegebedürftige sind solche Senioren-WGs ein guter Weg, um möglichst lange selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden zu leben – auch dann, wenn keine Angehörigen da sind, die im Alltag unterstützen. Und das neue Begutachtungsverfahren wird schließlich dafür sorgen, dass Unterschiede in den Leistungen für Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen endgültig der Vergangenheit angehören.



Hermann Gröhe: seit 17. Dezember 2013 Bundesminister für Gesundheit im Kabinett Merkel

Forschen für mehr Qualität

Wie die PKV mit ihrer Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ und der Pflegeberatung COMPASS das Thema Pflege in der Gesellschaft vorantreibt und Pflegebedürftigen aktiv Hilfe leistet

Es gibt nicht die einheitliche Qualität der Pflege in Deutschland“, erklärt Professor Dr. Adelheid Kuhlmei. Die renommierte Gerontologin weiß, wovon sie spricht. Denn als Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats der gemeinnützigen Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ (ZQP) setzt sie sich eingehend mit dem Megathema Pflege auseinander, um die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern. Ende 2009 rief der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) das ZQP ins Leben. Seither agiert die Stiftung als Knotenpunkt eines Netzwerks von Experten aus Politik, Wissenschaft, Praxis, Ehrenamt und Selbsthilfe. In seinen Projekten vernetzt das Zentrum Wissen aus Theorie und Praxis. Auf Grundlage seiner Erkenntnisse ist das ZQP nicht nur Orientierungshilfe für Entscheidungsträger. Es liefert auch Know-how für alle Pflegeexperten sowie für die Pflegebedürftigen selbst und ihre Angehörigen. Inhaltlich setzt die Stiftung ZQP vier Schwerpunkte:

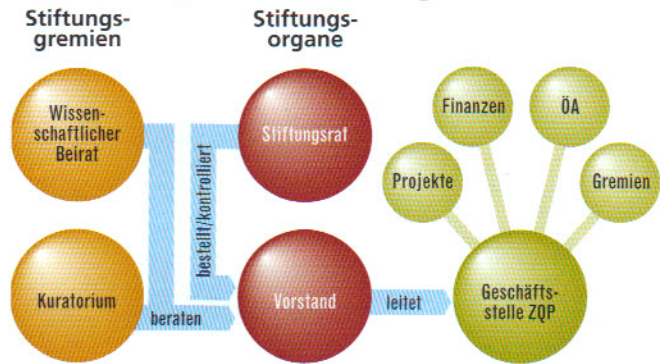
QUALITÄT

Um die Situation Pflegebedürftiger zu verbessern, forscht das ZQP nach bestehenden Defiziten und Versorgungslücken und liefert so wichtige Informationen für neue, moderne Versorgungskonzepte. Zugleich arbeitet die Stiftung auf Basis international anerkannter wissenschaftlicher Methoden an Instrumenten und Konzepten, um die Qualität der Pflege zu sichern und messbar zu machen.

Lotse im Pflege-Dschungel

COMPASS, eine Tochter des PKV-Verbands, steht Pflegebedürftigen und deren Angehörigen mit Rat und Tat zur Seite: neutral und kostenlos! Unter der **kostenlosen Service-Nummer 0800 - 101 88 00** sind erfahrene Fachleute werktags von 8.00 bis 19.00 Uhr und samstags von 10.00 bis 16.00 erreichbar. Die COMPASS-Pflegeberater besuchen zudem Privatversicherte und deren Angehörige zu Hause und beraten sie dort umfassend und solange sie das wünschen. Die COMPASS-Pflegeberater sind in der Region

Struktur & Organisation der Stiftung ZQP



BEDÜRFNISORIENTIERUNG

Persönliche Bedürfnisse und individuelle Lebensqualität: Diese wichtigen Faktoren sind zu berücksichtigen, um Pflegepatienten heute bestens umsorgen zu können. In seinen Projekten forscht das ZQP daher nach der Zielgruppenspezifika von Versorgungsangeboten und Rahmenbedingungen guter Versorgung.

PFLERGEBERATUNG

Frage: Wo werden heute die meisten Patienten gepflegt? Antwort: zu Hause. Daher ist das ZQP überzeugt: In puncto häuslicher Pflege ist Beratung der eigentliche Schlüssel zu einer guten Versorgung. Mit ihrer Arbeit entwickelt und sichert die Stiftung daher die Qualität der Beratungsleistung in der Pflege.

PRÄVENTION

Lange die Selbstständigkeit von Patienten erhalten – das ist heute die zentrale Aufgabe guter Pflege. Neben wirksamen Präventionskonzepten forscht das ZQP nach Möglichkeiten, damit selbst hochbetagte Menschen lange gesund bleiben. Zum Schutz von Würde und Autonomie Pflegebedürftiger beschäftigt sich die Stiftung auch mit Fragen zur Prävention von Gewalt.

Nicht nur Fachleuten, sondern allen Interessierten stellt das ZQP die Ergebnisse seiner Forschung gratis zur Verfügung, denn: Die Stiftung will die Diskussion um gute Pflege voranbringen – und zwar öffentlich! Mehr über das Zentrum im Internet unter www.zqp.de



bestens vernetzt. Sie unterstützen etwa bei der Suche nach geeigneten Pflegediensten oder Pflegeheimen, kümmern sich um eine Verhinderungspflege oder suchen gemeinsam mit den Versicherten nach anderen Entlastungsmöglichkeiten im Pflegealltag. Natürlich haben die Experten auch Antworten auf Fragen zur Finanzierung der Pflege, zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst bzw. Mediproof und wie respektive wo Pflegepatienten Pflegegeld beantragen können.



Über **liebevolle Pflege** freut sich jeder –
na ja, fast jeder.

Auch Sie werden irgendwann einmal nicht mehr so leistungsfähig sein wie heute. Vielleicht sind Sie dann sogar auf fremde Hilfe angewiesen. Dann sind Sie bestimmt froh, wenn Ihnen jemand hilft, Ihr Leben zu meistern. Das kann allerdings sehr viel Geld kosten – Ihr eigenes oder das Ihrer Familie. Wenn Sie sich allerdings rechtzeitig absichern, können Sie sich darauf verlassen, bei Bedarf die bestmögliche Pflege zu erhalten. Lassen Sie uns darüber reden, damit Sie auch im Alter viele Gründe haben, sich zu freuen.

SIGNAL IDUNA 
gut zu wissen