

Infoblatt – Staatlich geförderte, private Pflegezusatzversicherung: „Pflege-Bahr“

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) wurde 1982 gegründet und ist mit ca. 50.000 Mitgliedern die einzige Organisation in Deutschland, die vollkommen unabhängig für die Rechte der Versicherten eintritt. Er ist somit eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands und ein politisches Gegengewicht zur Versicherungslobby.

Er informiert Verbraucher*innen zu privaten Versicherungen. Seinen Mitgliedern hilft er bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen.

Dieses Infoblatt soll Ihnen die wichtigsten Informationen zum Thema Pflege-Bahr geben.

Am Ende des Infoblatts finden Sie als Mitglied gezielt Informationen zu empfehlenswerten Tarifen. So haben wir die Tarife ermittelt:

- Die Versicherungsbedingungen erfüllen unsere Kriterien.
- Genannt sind die günstigsten Tarife basierend auf Musterdaten.
- Die Sortierung erfolgt alphabetisch.

Sämtliche Infoblätter werden regelmäßig aktualisiert und können jederzeit unter <https://www.bunddersicherten.de> als PDF-Datei heruntergeladen werden. Die Informationen im Infoblatt ersetzen keinesfalls eine individuelle Beratung.

- 1. Was ist „Pflege-Bahr“?**
- 2. Welche Pflegezusatzversicherungen werden staatlich gefördert?**
- 3. Welche Fördervoraussetzungen gibt es?**
- 4. Wie funktioniert das Zulageverfahren?**
- 5. Für wen könnte der „Pflege-Bahr“ geeignet sein?**
- 6. Diese Kriterien sollte ein „Pflege-Bahr-Tarif“ erfüllen**
- 7. Geeignete Tarife**

1. Was ist „Pflege-Bahr“?

Der Gesetzgeber hat zum 1. Januar 2013 eine staatlich geförderte, private Pflegezusatzversicherung eingeführt, den sogenannten „Pflege-Bahr“ als Pfl egetagegeld-Police. Die Förderung erfolgt in Form einer Zulage. Der Abschluss ist freiwillig.

Der Grund für diese Einführung ist, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen, in Anbetracht der demografischen Entwicklung, weiter zunehmen wird. Deshalb hat sich der Gesetzgeber zum Ziel gesetzt, die künftige Finanzierung der Pflege breiter aufzustellen: Eine staatlich geförderte private Pflegezusatzversicherung ergänzt im kapitalgedeckten Verfahren die Leistungen des umlagefinanzierten Teilleistungssystems der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Auch privat Krankenversicherte können eine Pflege-Bahr-Police abschließen.

2. Welche Pflegezusatzversicherungen werden staatlich gefördert?

Die staatliche Förderung bezuschusst in Form von Zulagen Pfl egetagegeld-Policen, die die nachfolgenden Kriterien erfüllen müssen:

- Es besteht ein Aufnahmeanspruch (Kontrahierungszwang) – das bedeutet: Der Versicherer muss bei Pflege-Bahr-Tarifen jeden Antragssteller aufnehmen (Kontrahierungszwang) und darf weder Risikozuschläge oder Leistungssauschlüsse vereinbaren noch darf er bei der Antragsstellung nach dem Gesundheitszustand fragen.
- Der Versicherer muss auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichten.
- Das versicherte Pflegemonatsgeld muss in Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro betragen. Bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent hiervon, bei Pflegegrad 3 zumindest 30 Prozent, bei Pflegegrad 2 wenigstens 20 Prozent und bei Pflegegrad 1 geringstenfalls 10 Prozent.
- Die Zahlung des Pflegemonatsgeldes muss einsetzen, wenn die soziale oder private Pflegepflichtversicherung die Pflegebedürftigkeit anerkennt.
- Die Wartezeit darf höchstens fünf Jahre betragen.

- Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag drei Jahre ruhen lassen, sofern eine Hilfebedürftigkeit nach dem zweiten oder zwölften Sozialgesetzbuch festgestellt wurde. Während dieser Zeit müssen keine Beiträge gezahlt werden.
- Die Abschlusskosten dürfen höchstens zwei Monatsbeiträge und die Verwaltungskosten höchstens 10 Prozent der Bruttoprämie betragen.
- Der Verband der privaten Krankenversicherer ist vom Gesetzgeber mit der Festsetzung brancheneinheitlicher Musterbedingungen (MB/GEPU) beliehen worden. D.h. die Versicherer müssen diese zwingend als Teil der allgemeinen Versicherungsbedingungen verwenden.

Tipp: Sofern die Pflegebedürftigkeit oder Demenz (Pflegegrad 1) während der Wartezeit festgestellt wird, erhalten Sie das versicherte Pflegegeld erst nach Ablauf der Wartezeit.

3. Welche Fördervoraussetzungen gibt es?

Grundsätzlich sind alle Personen förderfähig, die der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung angehören. Allerdings müssen sie über 18 Jahre alt sein und dürfen noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder Demenz (Pflegegrad 1) beziehen oder bereits bezogen haben. Das bedeutet für Sie: Sie können auch noch dann einen Vertrag abschließen, wenn Sie bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder Demenz (Pflegegrad 1) **beantragt** haben. Denn die reine Antragstellung schließt die Zulagenberechtigung nicht aus, sondern nur der Bezug von Leistungen.

Der Mindestbeitrag der versicherten Person beträgt 120 Euro jährlich (10 Euro monatlich). Der jährliche Förderbeitrag von 60 Euro (5 Euro monatlich) kommt hinzu. Der Mindestbeitrag muss für den förderfähigen Tarif verwendet werden.

Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz ins europäische Ausland oder in einen Mitgliedsstaat der EU, kann sie die geförderte ergänzende Pflegezusatzversicherung fortführen, sofern die soziale oder private Pflegepflichtversicherung fortbesteht.

Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz ins außereuropäische Ausland, kann das Versicherungsunternehmen auf Antrag die geförderte ergänzende Pflegezusatzversicherung auf eine Anwartschaftsversicherung umstellen. Ansonsten endet der Vertrag mit der Aufgabe des Wohnsitzes in Deutschland.

4. Wie funktioniert das Zulageverfahren?

Die versicherte Person beauftragt mit Vertragsabschluss das Versicherungsunternehmen, die Zulage zu beantragen. Das beinhaltet auch die Beantragung einer Zulagenummer bei der zentralen Stelle der Deutschen Rentenversicherung.

Der Versicherer übermittelt nach Ablauf eines Versicherungsjahres die erforderlichen Daten an die zentrale Stelle. Die Zulage wird dann an das Versicherungsunternehmen gezahlt und dem Vertrag gutgeschrieben.

5. Für wen könnte die Zulage geeignet sein?

„Pflegerisikopolice“ kommen allenfalls für Kranke und Personen mit einem hohen Pflegerisiko infrage, die eine „normale“ Pflegetagegeldversicherung nicht abschließen können. Denn eine Gesundheitsprüfung erfolgt hier nicht. Es muss also jeder vom Krankenversicherer angenommen werden, auch wenn die zu versichernde Person aufgrund von Vorerkrankungen keine ungeforderte Pflegezusatzversicherung mehr bekommt.

Warum ist eine „Pflegerisikopolice“ allenfalls für Kranke oder bei Vorerkrankungen eine Option?

Die Kalkulation der „Pflegerisikopolice“ ist an das Risiko angepasst, dass auch Kranke und Personen mit hohem Pflegerisiko diese Police abschließen können und erhalten. Die Versicherer haben daher einen deutlichen Sicherheitszuschlag einkalkuliert. Das führt zu hohen Prämien.

Zudem ist nach Ablauf der vorgeschriebenen Wartezeit von fünf Jahren von deutlichen Prämiensteigerungen auszugehen, wenn dann die Leistungsfälle zunehmend auftreten werden. In Folge dessen werden Gesunde überwiegend weiterhin nur die günstigeren, bereits seit Jahren auf dem Markt erhältlichen ungeforderten Angebote abschließen. Auch manche Versicherer schätzen, dass sich die Konstruktion des Pflegerisikos „langfristig negativ auf Sicherheit und Finanzierbarkeit“ auswirkt und bieten daher keine „Pflegerisikopolice“ an.

Ferner erfüllen die „Pflegerisikopolice-Tarife“ **nicht alle** K.o.-Kriterien des BdV für die „normale“ Pflegetagegeldversicherung“ (siehe Infoblatt: Private Pflegezusatzversicherung).

Zusammenfassend sprechen diese Kernpunkte grundsätzlich gegen eine Pflege-Bahr-Police:

- Die Policen sehen in der Regel zu geringe Leistungen bei Eintritt des Pflegefalles vor.
- Die Bedingungen sind oft (deutlich) schlechter als diejenigen von vielen ungeförderten Pflegezusatztarifen.
- Das Wichtigste ist allerdings: Ihre Prämien werden sich voraussichtlich deutlich stärker verteuern als bei den entsprechenden ungeförderten Policen.

Sollten bei Ihnen keinerlei Vorerkrankungen oder gesundheitliche Einschränkungen vorliegen oder Sie sich in der Hinsicht nicht ganz sicher sein, raten wir Ihnen aus den genannten Gründen, sich bei individuellem Bedarf zunächst, um den Abschluss einer „normalen“ ungeförderten, privaten Pflegezusatzversicherung zu bemühen. Weitere Informationen dazu finden Sie in unserem Infoblatt „Private Pflegezusatzversicherung“.

6. Diese Kriterien sollte ein „Pflege-Bahr-Tarif“ erfüllen

Nachfolgend finden Sie eine Auflistung von Kriterien, die Sie bei der Tarifauswahl berücksichtigen sollten.

Wir haben diese in zwei Kategorien unterteilt: K.o.-Kriterien, die den Mindeststandard abbilden und sinnvolle Kriterien.

K.o.-Kriterien für eine Pflege-Bahr-Versicherung:

- Der Versicherer leistet in Pflegegrad 1 mindestens 10 Prozent, in Pflegegrad 2 mindestens 30 Prozent, in Pflegegrad 3 mindestens 55 Prozent und in Pflegegrad 4 mindestens 75 Prozent des versicherten Tagegelds in Pflegegrad 5.
- Der Versicherer leistet, wenn die **Pflegepflichtversicherung** die Pflegebedürftigkeit **anerkennt**.
- Der Pflege-Bahr-Tarif übernimmt die Definition der **Pflegegrade der Pflegepflichtversicherung**.
- Wenn **Angehörige** oder Freunde pflegen (sog. Laienpflege), dürfen die Leistungen dafür nicht niedriger sein, als bei einer professionellen Pflege.

- Der Vertrag sieht keine **Karenzzeit** vor.
- Der Versicherer **verzichtet auf die fünfjährige Wartezeit**, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einem **Unfall** basiert.
- Der Versicherer **verzichtet** generell auf sein Recht zur **ordentlichen Kündigung**.
- Eine regelmäßige Erhöhung der versicherten Leistung, ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit, sollte vereinbart werden können. Hierbei handelt es sich um die sog. Beitragsdynamik.
- Der Schutz besteht beim vorübergehenden Aufenthalt **innerhalb der EU und dem EWR** fort.

Sinnvolle Kriterien für eine Pflege-Bahr-Versicherung:

- Der Versicherer erhöht das versicherte Pflegetagegeld, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beziehen (sog. **Leistungsdynamik**), also die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Für Fragen rund um private Versicherungen und die BdV-Mitgliedschaft:

Bund der Versicherten e. V.
Tiedenkamp 2
24558 Henstedt-Ulzburg

Telefon: +49 4193-94222 (für Nichtmitglieder)

Telefon: +49 4193-9904-0 (für Mitglieder)

Fax: + 49 4193-94221

E-Mail: info@bunddersicherten.de

Internet: www.bunddersicherten.de

Vereinssitz: Henstedt-Ulzburg

Amtsgericht Kiel, VR 6343 KI

Vorstand: Axel Kleinlein (Sprecher), Mario Leuner

Lieber Interessent,

die Liste der geeigneten Tarife steht exklusiv unseren Mitgliedern zur Verfügung.