

Die neue Welt der Huckepacktarife

Pflegebahrkombi



Von Stephan Witte

Neben den reinen staatlich geförderten Pflegezusatzprodukten (Pflegebahr) bieten einige Versicherer auch spezielle Huckepacktarife zur staatlichen Förderung an. Diese sind je nach Anbieter mehr oder minder gut auf die geförderten Trägertarife angepasst. Per 01.09.2013 werden folgende Tarifvarianten angeboten:

- **Allianz:** PflegeBahr (PZT G02) und PflegetagegeldPlus (PZTP02)
- **Debeka:** EPG und EPC
- **Deutsche Familienversicherung:** (DFV-FörderPfleger + DFV-DeutschlandPfleger Ergänzungsdeckung)
- **Deutscher Ring:** PflegeBAHR und PflegeBAHRPLUS
- **Domcura:** DOMCURA Förder-Pfleger + DOMCURA Pflege Ergänzungsdeckung
- **Münchener Verein:** 490 und 495
- **Signal Iduna:** PflegeBAHR und PflegeBAHRPLUS
- **VPV:** VPV FörderPfleger (staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG+ Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV) der DFV Deutsche Familienversicherung AG)

Nur bedingt in diese Auflistung gehört folgende Tarifkombination:

- **Barmenia:** Deutsche-Förder-Pfleger (DFEV) und Pflege+ (EPM)

Der Tarif Pflege+ wird vom Versicherer werblich nur als Zusatzbaustein zur

Deutschen-Förder-Pfleger angeboten und kann weder online noch mit der Angebotssoftware separat abgeschlossen werden. Zudem sei der Baustein laut Barmenia kalkulatorisch als Aufbaustufe zum Pflegebahr als Trägertarif konzipiert. Im Unterschied zu den Wettbewerbstarifen bestünde aber die theoretische Möglichkeit, bei der Barmenia den EPM manuell in einen Papierantrag einzutragen und darüber zu beantragen. Weiter könnte man DFEV und EPM gemeinsam beantragen und den Antrag auf den geförderten Tarif unmittelbar widerrufen. Ein zwingender Abschluss zusammen mit dem DFEV ist auch aus den Bedingungen nicht ersichtlich, würde jedoch wenig Sinn ergeben, da der EPM als stand-alone-Produkt nicht besonders wettbewerbsfähig wäre.

Aus diesen Gründen wurde die Pflegekombination der Barmenia hier abweichend als Pflegebahrkombination betrachtet.

Wenige echte Huckepacktarife

Daneben gibt es bei vielen Wettbewerbern die Möglichkeit, nicht nur weiterhin einen vollständig ungeforderten Tarif abzuschließen, sondern auch eine Kombination aus Pflegebahr und separat abschließbarem Pflegetagegeld abzuschließen. Im Rahmen dieses Beitrages sollen jedoch nur die echten Huckepacktarife näher betrachtet werden.

Insofern existieren zwar Pflegebahrtarife, nicht jedoch echte Huckepack-

tarife von ALTE OLDENBURGER, Axa, Bayerische Beamtenkrankenkasse (BBKK), Central, DBV, DEVK, DKV, Envivas, Ergo Direkt, Hallesche, HanseMerkur, HUK-Coburg, LVM, Nürnberger, PAX Familienfürsorge, Provinzial Krankenversicherung Hannover, Provinzial Rheinland¹, SDK sowie Union Krankenversicherung. Mitunter wird jedoch wie bei z.B. Nürnberger oder SDK vertriebllich angeraten, geförderte und ungeforderte Tarifbausteine parallel zu vermitteln. Entsprechend gestaltet sind mitunter auch die entsprechenden Verkaufsunterlagen.

Kaum Gemeinsamkeiten der Tarifgebilde

Betrachtet man die wenigen Huckepacktarife im Detail, so haben sie naturgemäß alle gemeinsam, dass eine geförderte Pflegemonatsgeldversicherung bei dem jeweiligen Anbieter bestehen muss. Dort hört allerdings auch schon ein Großteil der Gemeinsamkeiten auf.

Beispielsweise gilt für alle Pflegebahrtarife, dass auf sämtliche Ausschlüsse, z.B. für Krieg, Terrorakte oder Sucht verzichtet werden muss. Bei den Huckepacktarifen kommen allerdings vielfach die bekannten Musterbedingungen zur Pflegezusatzversicherung zum Tragen, so dass hier etwa kriegs- oder suchtbedingte Pflegebedürftigkeit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, allerdings gibt es auch positive Regelungen, die die Vorteile des geförderten Tarifes

auch auf den ungefördernden Tarifbaustein ausweiten. Letzteres sind Leistungen, die in der Beratung Erwähnung finden sollten, da sie durch ungefördernde Tarife derzeit nicht darstellbar sind, während abweichende Ausschlussbestimmungen zwischen geförderndem und ungeförderndem Tarifbau-

stein im Sinne der eigenen Haftung zwingend Erwähnung finden sollten.

Auf der anderen Seite gibt es aber auch maßgebliche Vorteile, wenn die Ergänzungstarife auf den Träger tariff passgenau angepasst wurden. So gilt etwa bei Deutschem Ring, DFV, Domcura, Signal Iduna und VPV, dass

die übliche fünfjährige Wartezeit bei nicht unfallbedingter Pflegebedürftigkeit durch einen Trick kompensiert wird. Die Leistungen aus dem Zusatztarif werden einfach während der ersten fünf Jahre verdoppelt. Das führt zu dem Ergebnis als hätte es keine fünfjährige Wartezeit gegeben.

Anbieter	Verzicht Ausschluss Pflegebedürftigkeit durch Kriegereignisse im ungefördernden Zusatzbaustein	bei Anwendung der Kriegsausschlussklausel ausdrückliche Mitversicherung von Pflegebedürftigkeit durch Terrorakte	Verzicht Ausschluss Pflegebedürftigkeit durch Sucht im ungefördernden Zusatzbaustein
Allianz	ja	nicht zutreffend	ja
Barmenia	ja	ja	ja
Debeka	ja	ja	ja
Deutsche Familienversicherung	nein (ausgenommen eine separate Vereinbarung gemäß VB/PZV, S. 2, Nr. 5.2. Absatz 2 wurde geschlossen)	nein	ja
Deutscher Ring	nein	ja	nein
Domcura	nein (ausgenommen eine separate Vereinbarung gemäß VB/PZV, S. 2, Nr. 5.2. Absatz 2 wurde geschlossen)	nein	ja
Münchener Verein	nein	nein	ja
Signal Iduna	nein	ja	nein
VPV	nein (ausgenommen eine separate Vereinbarung gemäß VB/PZV, S. 2, Nr. 5.2. Absatz 2 wurde geschlossen)	nein	ja

Anbieter	Verzicht Wartezeit bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit	Verzicht Wartezeit bei nicht unfallbedingter Pflegebedürftigkeit
Allianz	ja	teilweise (nur im ungefördernden Tarifbaustein)
Alte Oldenburger	ja	teilweise (nur im ungefördernden Tarifbaustein)
Barmenia	ja	ja (Voraussetzung: Wenn für die versicherte Person zusammen mit der Deutschen-Förder-Pflege zum gleichen Versicherungsbeginn die Aufbaustufe Pflege+ beim Versicherer abgeschlossen und fortgeführt wird.)
Debeka	ja	nein
Deutsche Familienversicherung	ja	sinngemäß (nur im ungefördernden Tarifbaustein, allerdings Verdopplung der Leistung des ungefördernden Bausteins während der fünfjährigen Wartezeit)
Deutscher Ring	ja	sinngemäß (nur im ungefördernden Tarifbaustein, allerdings Verdopplung der Leistung des ungefördernden Bausteins während der fünfjährigen Wartezeit)
Domcura	ja	sinngemäß (nur im ungefördernden Tarifbaustein, allerdings Verdopplung der Leistung des ungefördernden Bausteins während der fünfjährigen Wartezeit)
Münchener Verein	ja (aus dem ungefördernden Tarifbaustein)	nein (Reduzierung der Wartezeit auf 3 Jahre im ungefördernden Tarifbaustein)
Provinzial Krankenversicherung	ja	teilweise (nur im ungefördernden Tarifbaustein)
Signal Iduna	ja	sinngemäß (nur im ungefördernden Tarifbaustein, allerdings Verdopplung der Leistung des ungefördernden Bausteins während der fünfjährigen Wartezeit)
VPV	ja	sinngemäß (nur im ungefördernden Tarifbaustein, allerdings Verdopplung der Leistung des ungefördernden Bausteins während der fünfjährigen Wartezeit)

Viele Pflegebahrganzungstarife sehen Einmalleistungen bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit, zusätzliche Assistenzleistungen oder eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit vor – alles Leistungen, die im Rahmen eines staatlich geförderten Tarifes nicht dargestellt werden dürfen.

Anbieter	Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit	Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit	Assistanceleistungen
Allianz	nein	nein	ja
Barmenia	nein	nein	ja
Debeka	nein	ja (2.500 Euro Einmalleistung ab Pflegestufe 0)	ja
Deutsche Familienversicherung	für beide Bausteine aus dem ungeforderten Baustein ab Pflegestufe 0	optional (bis zu 10.000 Euro Einmalleistung ab Pflegestufe 0)	ja
Deutscher Ring	bezogen auf den ungeforderten Baustein ab Pflegestufe III	ja (ab Pflegestufe III der 30fache Tagessatz der Pflegestufe III)	ja
Domcura	für beide Bausteine aus dem ungeforderten Baustein ab Pflegestufe 0	optional (bis zu 10.000 Euro Einmalleistung ab Pflegestufe 0)	ja
Münchener Verein	nein	nein	nein*
Signal Iduna	bezogen auf den ungeforderten Baustein ab Pflegestufe III	ja (ab Pflegestufe III der 30fache Tagessatz der Pflegestufe III)	ja
VPV	für beide Bausteine aus dem ungeforderten Baustein ab Pflegestufe 0	optional (bis zu 10.000 Euro Einmalleistung ab Pflegestufe 0)	ja

* geschäftsmäßig werden verschiedene Assistenzleistungen im Versicherungsschein dokumentiert. Eine bedingungsseitige Regelung dazu gibt es jedoch nicht.

Durch die Kombination aus gefördertem und ungeforderten Tarifbaustein sehen alle Wettbewerber abweichende Regelungen zur Dynamik für den geförderten im Gegensatz zum ungeforderten Baustein vor – auch wenn es hierfür keine Not zu bestehen scheint. Für die Beratung ist dies eine eher hinderliche Produktgestaltung, da sie die notwendige Dokumentierung erheblich erschwert.

Anbieter	Dynamik vor Eintritt des Leistungsfalles	identische Dynamikregelungen für geförderten und ungeforderten Tarifbaustein	Dynamik nach Eintritt des Leistungsfalles
Allianz	Alle 36 Monate um 5% (max. in Höhe der allgemeinen Inflationsrate) und höchstens vor Vollendung des 69. Lebensjahres. Im ungeforderten Tarifbaustein ohne Begrenzung auf die Höhe der allgemeinen Inflationsrate	nein	ja (fehlende Klarstellung)
Alte Oldenburger	Erhöhung des ungeforderten Tarifbausteins mindestens alle 5 Jahre, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres und höchstens bis ein Tagessatz von 150 Euro für die Pflegestufe III erreicht wurde. Eine Anpassung dieses Höchstsatzes ist mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders möglich.	nein	teilweise (nur im ungeforderten Tarifbaustein)
Barmenia	Das vereinbarte Pflegemonatsgeld erhöht sich ohne erneute Wartezeit – auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit – alle drei Jahre in Höhe der allgemeinen Inflationsrate, maximal jedoch um 10 %. Dabei wird das Pflegemonatsgeld kaufmännisch auf einen vollen Euro-Betrag gerundet.	ja	ja
Debeka	Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (im ungeforderten Tarif gilt zusätzlich: Ab dem 80. Lebensjahr werden vorhandene Alterungsrückstellungen für eine Leistungserhöhung verwendet)	nein	nein
Deutsche Familienversicherung	Erhöhung des ungeforderten Tarifbausteins optional alle 3 Jahre um 5% bis zum vollendeten 60. Lebensjahr, max. bis zur Verdopplung des ursprünglich vereinbarten Pflegetagegeldes. Der geförderte Baustein erhöht sich alle 3 Jahre um 10% (maximal in Höhe der allgemeinen Inflationsrate). Wenn der Kunde das 60. Lebensjahr bereits vollendet hat, gilt das Recht auf Dynamisierung dann fort, wenn er zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Versicherungsdynamik unmittelbar davor drei ununterbrochene Erhöhungen im Rahmen der Versicherungsdynamik mitgemacht hat. Für die Leistungsdynamik gibt es abweichend generell keine zeitliche Begrenzung.	nein	teilweise (nur im ungeforderten Tarifbaustein)

Anbieter	Dynamik vor Eintritt des Leistungsfalles	identische Dynamikregelungen für geförderten und ungeförderten Tarifbaustein	Dynamik nach Eintritt des Leistungsfalles
Deutscher Ring	im ungeförderten Tarif alle 3 Jahre zwischen dem 20. und dem 70. Lebensjahr um 10%, im geförderten Tarif abweichend alle 3 Jahre bis zum 70. Lj. um 5%, max. jedoch in Höhe der allgemeinen Inflationsrate	nein	nein
Domcura	Erhöhung des ungeförderten Tarifbausteins optional alle 3 Jahre um 5% bis zum vollendeten 60. Lebensjahr, max. bis zur Verdopplung des ursprünglich vereinbarten Pflegegagegeldes. Der geförderte Baustein erhöht sich alle 3 Jahre um 10% (maximal in Höhe der allgemeinen Inflationsrate). Wenn der Kunde das 60. Lebensjahr bereits vollendet hat, gilt das Recht auf Dynamisierung dann fort, wenn er zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Versicherungsdynamik unmittelbar davor drei ununterbrochene Erhöhungen im Rahmen der Versicherungsdynamik mitgemacht hat. Für die Leistungsdynamik gibt es abweichend generell keine zeitliche Begrenzung.	nein	teilweise (nur im ungeförderten Tarifbaustein)
Münchener Verein	Im ungeförderten Baustein erhält der Kunde im dritten Versicherungsjahr nach Abschluss oder Änderung des Tarifes 495 – sofern er das 71. Lebensjahr noch nicht vollendet hat – ein Angebot auf Abschluss der Tarifstufen 421-423 sowie 430. Die Dynamisierung erfolgt also kalkulatorisch über den Abschluss der zusätzlichen Tarifstufen. Wird dieses Angebot angenommen, so besteht anschließend im Abstand von drei Jahren ein Anspruch auf Höherversicherung der bereits versicherten Tarifstufen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten. Die Dynamik erfolgt entsprechend der Erhöhung der Lebenshaltungskosten in den letzten drei Jahren zwischen 10% und 20% und bezieht sich auf die Beitragshöhe. Der sich ergebende Mehrbeitrag löst in den Tarifstufen 430, 421 bis 423 eine Höherversicherung auf das bisherige Pflegegagegeld aus oder führt zu einem Neuabschluss des Pflegegagegeldes in diesen Tarifstufen.	nein	teilweise (nur im ungeförderten Tarifbaustein)
Provincial Krankenversicherung	Erhöhung des ungeförderten Tarifbausteins mindestens alle 5 Jahre, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres und höchstens bis ein Tagessatz von 150 Euro für die Pflegestufe III erreicht wurde. Eine Anpassung dieses Höchstsatzes ist mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders möglich.	nein	teilweise (nur im ungeförderten Tarifbaustein)
Signal Iduna	im ungeförderten Tarif alle 3 Jahre zwischen dem 20. und dem 70. Lebensjahr um 10%, im geförderten Tarif abweichend alle 3 Jahre bis zum 70. Lj. um 5%, max. jedoch in Höhe der allgemeinen Inflationsrate	nein	nein
VPV	Erhöhung des ungeförderten Tarifbausteins optional alle 3 Jahre um 5% bis zum vollendeten 60. Lebensjahr, max. bis zur Verdopplung des ursprünglich vereinbarten Pflegegagegeldes. Der geförderte Baustein erhöht sich alle 3 Jahre um 10% (maximal in Höhe der allgemeinen Inflationsrate). Wenn der Kunde das 60. Lebensjahr bereits vollendet hat, gilt das Recht auf Dynamisierung dann fort, wenn er zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Versicherungsdynamik unmittelbar davor drei ununterbrochene Erhöhungen im Rahmen der Versicherungsdynamik mitgemacht hat. Für die Leistungsdynamik gibt es abweichend generell keine zeitliche Begrenzung.	nein	teilweise (nur im ungeförderten Tarifbaustein)

Ein Hauptnachteil aller Pflegebahr- und Pflegebahr tarife ist die stark eingeschränkte Weltgeltung. Das kann jedoch anbieterseitig kaum vermieden werden, da ein Pflegebahr tarif verständlicherweise förderorientiert abgeschlossen werden dürfte. Regelmäßig endet der Versicherungsschutz auch für den ungeförderten Baustein, wenn der zugrundeliegende Pflegebahr tarife etwa wegen dauerhaftem Verzug ins

Ausland erlöschen sollte. Da eine Weltgeltung jedoch generell auch für ungeförderte Pflegegagegeld- und Pflegekostentarife mehr als unüblich ist, begründet dies kein nennenswertes Argument gegen die hier besprochenen Kombinationstarife, sondern – wenn überhaupt – nur gegen Krankenversicherungsprodukte im Vergleich zu den Pflegerententarien der Lebensversicherer. Letztere sind dafür

jedoch in keinem Fall förderberechtigt und aufgrund ihrer Tarifkonstellation nicht für preissensible Kunden geeignet.

Die Kernfrage, die sich jedoch stellen sollte, ist, inwiefern Pflegebahr Kombitarife ihren Anspruch erfüllen können, die statistisch zu erwartenden Pflegekosten in voller Höhe zu decken. Hierzu seien folgende Annahmen zugrunde gelegt:

Statistische Restkosten im Pflegefall*

	professionelle Pflege zu Hause	Pflege in einem Pflegeheim
Pflegestufe I	ca. 400 Euro monatlich	ca. 1.300 Euro monatlich
Pflegestufe II	ca. 1.000 Euro monatlich	ca. 1.500 Euro monatlich
Pflegestufe III	ca. 1.900 Euro monatlich	ca. 1.700 Euro monatlich

* berechnet auf Basis des PflegeVorsorgeBeraters (Version 2.01) aus dem Hause Volkswahl Bund (siehe auch https://www.volkswahl-bund.de/web/kunden/produkte/risikovorsorge/pflege/KD_Inf_Pflege.pdf auf Basis von Angaben des Statistischen Bundesamtes mit Stand 2012) in Kombination mit Angaben zu den Restkosten bei ambulanter Pflege durch einen professionellen Pflegedienst auf Basis der Schulungspräsentation „Vermögensabsicherung im Pflegefall“ der Continentale aus dem Jahre 2010. Alle Angaben gerundet auf volle hundert Euro. Für die Ermittlung der Pflegelücke in der Pflegelücke 0 liegen leider keine vergleichbaren Zahlen vor. Gerade bei stationärem Aufenthalt können die Kosten jedoch leicht über denen für die Pflegestufe I liegen. In der Praxis werden jedoch die meisten Demenzzkranken ambulant zu Hause gepflegt, so dass als Mindestanforderung 200 Euro als Maßstab gesetzt wurden (= 50% der Kosten für eine professionelle Pflege in der Pflegestufe I zu Hause).

Die folgende Übersicht zeigt auf, inwiefern die einzelnen Tarife diese Vorgaben erfüllen können. Da in keinem der

untersuchten Tarife eine Unterscheidung der Leistung zwischen ambulanten und stationärer Pflege erfolgt,

wird als Mindestanforderung der jeweils höhere der oben benannten Werte herangezogen.

Eintrittsalter 20 Jahre

Anbieter	maximale Leistung in der Pflegestufe 0	maximale Leistung in der Pflegestufe I	maximale Leistung in der Pflegestufe II	maximale Leistung in der Pflegestufe III
Allianz	258,00 €	774,00 €	1.548,00 €	2.580,00 €
Barmenia	250,00 €	750,00 €	1.500,00 €	2.500,00 €
Debeka	426,00 €	565,50 €	1.491,00 €	2.130,00 €
Deutsche Familienversicherung	660,00 €	1.130,00 €	2.200,00 €	3.685,00 € *
Deutscher Ring	256,60 €	769,80 €	1.796,20 €	2.566,00 €
Domcura	660,00 €	1.130,00 €	2.200,00 €	3.685,00 € *
Münchener Verein	360,00 €	720,00 €	1.080,00 €	3.600,00 €
Signal Iduna	257,00 €	771,00 €	1.799,00 €	2.570,00 €
VPV	660,00 €	1.130,00 €	2.200,00 €	3.685,00 € *

*Deutsche Familienversicherung, Domcura und VPV leisten jeweils in der Pflegestufe III + Härtefall zusätzlich 365 € monatlich

Eintrittsalter 40 Jahre

Anbieter	maximale Leistung in der Pflegestufe 0	maximale Leistung in der Pflegestufe I	maximale Leistung in der Pflegestufe II	maximale Leistung in der Pflegestufe III
Allianz	183,00 €	549,00 €	1.098,00 €	1.830,00 €
Barmenia	250,00 €	750,00 €	1.500,00 €	2.500,00 €
Debeka	360,00 €	450,00 €	1.260,00 €	1.800,00 €
Deutsche Familienversicherung	325,00 €	550,00 €	1.080,00 €	1.860,00 € *
Deutscher Ring	122,40 €	367,20 €	856,80 €	1.224,00 €
Domcura	325,00 €	550,00 €	1.080,00 €	1.860,00 € *
Münchener Verein	168,00 €	336,00 €	504,00 €	1.680,00 €
Signal Iduna	120,00 €	360,00 €	840,00 €	1.200,00 €
VPV	325,00 €	550,00 €	1.080,00 €	1.860,00 € *

*Deutsche Familienversicherung, Domcura und VPV leisten jeweils in der Pflegestufe III + Härtefall zusätzlich 365 € monatlich

Eintrittsalter 60 Jahre

Anbieter	maximale Leistung in der Pflegestufe 0	maximale Leistung in der Pflegestufe I	maximale Leistung in der Pflegestufe II	maximale Leistung in der Pflegestufe III
Allianz	180,00 €	540,00 €	1.080,00 €	1.800,00 €
Barmenia	250,00 €	750,00 €	1.500,00 €	2.500,00 €
Debeka	360,00 €	450,00 €	1.260,00 €	1.800,00 €
Deutsche Familienversicherung	230,00 €	425,00 €	645,00 €	1.210,00 € *
Deutscher Ring	120,00 €	360,00 €	840,00 €	1.200,00 €
Domcura	230,00 €	425,00 €	645,00 €	1.210,00 € *
Münchener Verein	132,00 €	264,00 €	396,00 €	1.320,00 €
Signal Iduna	120,00 €	360,00 €	840,00 €	1.200,00 €
VPV	230,00 €	425,00 €	645,00 €	1.210,00 € *

*Deutsche Familienversicherung, Domcura und VPV leisten jeweils in der Pflegestufe III + Härtefall zusätzlich 365 € monatlich

Kein Versicherer bietet die vollständige Schließung der zu erwartenden Versorgungslücke!

Nimmt man die beschriebenen Vorgaben als Voraussetzung für eine Zielerfüllung, so lässt sich ohne weitere Ergänzungstarife mit keinem Versicherer eine vollständige Schließung der zu erwartenden Versorgungslücke realisieren. Das ist durchaus ein Armutszeugnis, wenn man bedenkt, dass die Ergänzungsdeckung eigentlich dazu da sein sollte, die Lücke zu schließen, die allein mit dem geförderten Grundbaustein nur teilweise geschlossen werden kann.

Zumindest für junge Leute ist in den Pflegestufen 2 und 3 eine einigermaßen umfassende Absicherung allein durch Pflegebahrkombi-Tarife möglich. Meist gilt dies auch noch in jungen und mittleren Jahren für die angenommene Mindestabsicherung in der Pflegestufe 0. Wer jedoch älter und alleinstehend ist, dürfte kaum mit 200 Euro monatlich bei Demenz auskommen.

Zu diesem Ergebnis passt auch eine Presseerklärung der Deutschen Familienversicherung vom 30.04.2013:

„Das Motto beim Pflege-Bahr sollte außerdem heißen: weg von „50+“ und hin zu „20+“, denn der Pflege-Bahr hat ein besonderes Potenzial für junge

Menschen. Je früher mit der Vorsorge begonnen wird, umso attraktivere Tagelohnhöhen können mit nur 10 Euro abgesichert werden – ein besonderes Preis-Leistungs-Verhältnis. Diese Chance sollte in der öffentlichen Debatte stärker aufgegriffen werden.“

Es führt damit vielfach kein Weg daran vorbei, eine umfassende Absicherung auch durch sonstige ungeforderte Tarife in Erwägung zu ziehen.

Selbstverständlich kann die dargestellte Versorgungslücke nach Rentenbeginn zumindest teilweise durch eine eigene gesetzliche, betriebliche oder private Rentenleistung reduziert werden, doch steht eine solche zumindest jungen Leuten sicher nicht zur Verfügung.

Für diese Personengruppe kann die vorhandene Lücke jedoch gegebenenfalls durch eine ergänzende Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Funktionsinvaliditätsversicherung ganz oder teilweise geschlossen werden. Nachteilig ist allerdings, dass die meisten dieser Produkte maximal bis zum Beginn des Rentenalters laufen und somit nicht zwangsweise ein optimaler Übergang in den Renteneintritt gewährt ist.

Nimmt man eine durch sonstige Absicherungen reduzierte private Vorsorge von etwa 1.000 Euro im Monat durch eine der benannten Absicherungsvarianten an, so verbessert sich auch das Abschneiden der hier untersuchten Tarifkombinationen erheblich. Als einziger wird die angenommene Versorgungslücke für die drei beschriebenen Zielgruppen dann nicht vom Münchener Verein vollständig geschlossen (bezogen auf die Absicherung in den Pflegestufen 2 und 3 bei den 60jährigen) – insofern am Ende doch noch ein weitgehend positives Resümee.

Der Fairness halber ist in diesem Zusammenhang beispielsweise auf eine Besonderheit des Tarifes 495 aus dem Hause Münchener Verein hinzuweisen, da dieser im Unterschied zu den Wettbewerbstarifen „nur“ die Lücken des Pflegebahrtarifs 490 schließt (Wartezeit, Geltungsbereich etc.) und kein eigenes Pflegegeld absichert. Für eine umfassende Absicherung sollten daher auch weitere Tarifstufen, eine Einmalleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit oder eine ergänzende Beitragsbefreiung bei Pflege-

bedürftigkeit erwogen werden. Mit einer solchen Kombination lassen sich durchaus auch weitaus höhere und flexiblere Tagegelder in Kombination mit einem Pflegebahrtarif absichern.

Bedarfsgerechter Schutz durch andere Varianten

Auch wenn dies nicht Thema des Artikels ist, bieten sich selbstverständlich neben den hier betrachteten Pflegekombitarifen auch solche Kombinationen aus gefördertem und ungeförderterem Tarif an, bei denen der ungeförderter Baustein auch für sich abgeschlossen werden könnte. Solche Kombinationen werden von vielen Gesellschaften angeboten und können mitunter durchaus einen bedarfsgerechten Schutz ermöglichen. Beispiel-

haft seien hier benannt die Tarife Pflege Bahr und Pflege flex von ALTE OLDENBURGER und Provinzial Krankenversicherung Hannover bzw. eine Tarifkombination des Münchener Vereins aus den Tarifen 421, 422, 423, 430, 430 B, 490 und 495.

Hinweise:

Für den Beitrag erfasst wurden alle bis zum 12.09.2013 bekannten Pflegebahr-Kombitarife.

Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG und die VGH Provinzial Krankenversicherung Hannover AG haben zum 01.09.2013 neue Versicherungsbedingungen eingeführt, die jedoch zum Redaktionsschluss

noch nicht zur Verfügung standen. Die in diesem Beitrag erwähnten Bedingungen sind daher noch jene mit Stand 01.2013. Die Barmenia Krankenversicherung a. G. werde ihr Angebot ab Anfang Oktober optimieren. Details lagen bis Redaktionsschluss noch nicht vor.

Die LVM war leider nicht bereit, eigene Tarifunterlagen zur Verfügung zu stellen, da man dem Maklermarkt generell keine Informationen zur Verfügung stellen wolle. Alle Angaben zum Versicherer beruhen daher auf eigener Recherche.

1 Die Provinzial Rheinland ist als Landesdirektion für die Union Krankenversicherung (UKV) tätig. Diese ist Produktgeber für alle öffentlichen Versicherer.

Die Welt der Honorarberatung

Jeden Monat
kostenfrei neu:
www.hbmagazin.de

