



Bundesgesundheitsminister
Daniel Bahr im Interview **Seite 3**

Die Fakten zum Thema
„Alternde Bevölkerung“
in Deutschland **Seite 7**

ANZEIGEN-SONDERVERÖFFENTLICHUNG

FRÜHJAHR 2013

WWW.WELT.DE

Wer jung, gesund und unabhängig ist, der denkt mit Sicherheit kaum darüber nach, dass sein Leben auch anders verlaufen könnte. Bloß weil man später irgendwann Hilfe braucht – weshalb sollte man sich jetzt schon Sorgen machen oder gar finanzielle Vorsorge betreiben? Dabei kennt man doch eigentlich immer jemanden, der gerade Hilfe nötig hat. Die Großeltern, die zu Hause bleiben möchten, dort aber bald nicht mehr alleine zurechtkommen. Ein kranker Freund, der eine Weile lang adäquat versorgt werden muss. Oder sogar jemanden, dem ein Unfall die Lebens-



Auf jeden Fall **vorbereitet**

Thema Pflege: Das sollte auch junge Menschen aktuell beschäftigen. Denn Vorsorge wird neuerdings staatlich gefördert

pläne durchkreuzt und der jetzt pflegebedürftig ist. Ohne dass er damit rechnen konnte. Deshalb ist es sinnvoll, sich in jedem Fall und in allen Lebensaltern ein paar Gedanken über die Pflegeversicherung zu machen. Was wäre, wenn sich die persönliche Situation schlagartig ändert? Vor allem für jüngere Menschen ist die Vorsorge mit wenig finanziellem Aufwand verbunden. Und sie lohnt doppelt: weil es seit Beginn des Jahres die neue, geförderte Pflegezusatzversicherung (GEPV) gibt. Auf diese Weise erhält man mit einem relativ geringen Einsatz einen ansehnlichen Versicherungsschutz: Schon für 15 Euro, die ein Dreißigjähriger ab jetzt monatlich einzahlt, steht im Versicherungsfall sehr viel mehr Geld zur Verfügung als die gesetzlich vorgesehene Grundleistung – darin enthalten ist die staatliche Zulage von fünf Euro im Monat. Wer in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert und mindestens 18 Jahre alt ist, kann davon profitieren. Nur pflegebedürftig darf man bei Abschluss des Vertrags nicht schon



„Gerade junge Menschen können schon mit kleinen Beiträgen viel für ihre Vorsorge erreichen.“

Daniel Bahr

sein. Nach oben gibt es keine Altersgrenze, und auch sonst sind die Kriterien der Förderung so unkompliziert, dass möglichst wenig Mehraufwand für den Versi-

cherten anfällt. Allerdings gilt wie bei allen Vorsorgemaßnahmen im Fall eines möglichen Risikos: Je früher man beginnt, desto niedriger fallen die Beiträge aus. Ein späterer Abschluss führt zu höheren Beiträgen oder geringeren Leistungen. Vergessen sollte man darüber hinaus auch nicht, dass die Pflegeversicherung erst nach fünf Jahren zum Einsatz kommt. Wer seine Zusatzversicherung früh abschließt, profitiert also in jeder Hinsicht.



Wie man die **Förderpflege** bekommt

Die neue, staatliche Förderung zur Pflegeversicherung kann von allen in Anspruch genommen werden, die gesetzlich oder privat krankenversichert und volljährig sind. Einzige Ausnahme: Man darf noch nicht pflegebedürftig sein. In den Genuss der staatlichen Förderung kommt man bereits mit einem Eigenanteil von 10 Euro monatlich. Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, bevor die Auszahlung beginnen kann. Die Leistungen erhält der Versicherungsnehmer direkt – und ohne dass er die tatsächlich anfallenden Pflegekosten nachweisen muss. Eine Gesundheitsprüfung gibt es bei Abschluss der geförderten privaten Pflegezusatzversicherung im Übrigen ebenso wenig wie Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge. Darüber hinaus besteht ein sogenannter Kontrahierungszwang. Das heißt: Alle Interessenten müssen von den Unternehmen, die diese Versicherung anbieten, akzeptiert werden. Abschluss- und Verwaltungskosten sind gesetzlich begrenzt.

Das große **Abc zur Förderpflege**

Wann gibt es die staatliche Zulage? Was man beachten muss und welche Vorteile man hat

Seiten 4–5

Homecare – im Alltag mobil bleiben

Schon jetzt werden in Deutschland bis zu 1,7 Millionen Menschen zu Hause gepflegt. Die meisten von ihnen möchten in ihrer vertrauten Umgebung bleiben. Und längst nicht jeder Pflegebedürftige ist unmittelbar an sein Bett gefesselt. Für diese Patienten ist es wichtig, sich so weit wie möglich die eigene Mobilität zu bewahren. Wenn der Körper in Bewegung ist, bleiben auch die Muskeln erhalten. Schon wenige Schritte täglich helfen dabei – genau wie ein adäquates Bett, das einen beim Hinlegen und Aufstehen unterstützt, wie auch sinnvolle Mobilitätshilfen im häuslichen Umfeld. Viele Hilfs- und Pflegemittel lassen sich mit der entsprechenden ärztlichen Verordnung mithilfe der Pflegeversicherung besorgen. Zur Verhütung von Unfällen kann man allerdings auch mit kleinen Veränderungen größtmögliche Vorsorge leisten. Wer geschwächt oder pflegebedürftig ist, für den können Läufer und Teppiche zur echten Stolperfalle werden. Dasselbe gilt für offene Kabelkanäle, die besser in Kabelkanälen untergebracht werden sollten. Ähnlich wichtig ist eine gute Ausleuchtung der Wohnung, damit sich der mobile Patient auch allein sicher durch die Zimmer bewegen kann. Sinnvoll kann auch die Installation einer Notrufanlage sein. Handläufe geben ebenfalls Sicherheit und werden unter bestimmten Voraussetzungen von der Pflegeversicherung übernommen. Grundsätzlich muss den Patienten dafür jedoch bereits eine Pflegestufe zugeteilt sein.



Wir müssen uns kümmern

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr im Interview über die Vorteile der **geförderten privaten Pflegezusatzversicherung**



Herr Bahr, warum ist Ihnen diese neue Art der Vorsorge so wichtig?
Viele Menschen machen sich heute wenig Gedanken darüber, was es heißt, später einmal selbst ein Pflegefall zu werden. Wenn man aber eines Tages pflegebedürftig ist, dann will man selbst und so weit wie möglich frei von finanziellen Zwängen entscheiden, wie und in welchem Umfeld man gepflegt wird. Für diese Freiheit und Selbstbestimmung ist die eigene Vorsorge so wichtig.

Wie wollen Sie insbesondere junge Menschen für das Thema interessieren, die sich noch gar keine Gedanken über das Alter machen (möchten)?
Indem wir über das Thema sprechen, indem wir informieren und indem jedem deutlich wird, dass die gesetzliche Pflegeversicherung nur einen Teil der Kosten übernimmt, die auftreten, wenn man pflegebedürftig ist. Gerade junge Menschen können schon mit kleinen Beiträgen viel für ihre Vorsorge erreichen.

Welche gesellschaftlichen Konsequenzen sehen Sie in 30 Jahren, falls nicht genug Menschen eine zusätzliche Vorsorge gegen die Finanzierungs-lücke im Pflegefall treffen?
Unsere Aufgabe ist es, die Menschen heute von der Notwendigkeit der Eigenvorsorge so zu überzeugen, dass diese Situation in 30 Jahren gerade nicht auftritt. Wenn wir jetzt auf Vorsorge setzen, entstehen später keine Konflikte zwischen den Generationen.

Bisher haben nur rund 2,4 Prozent der Pflegepflichtversicherten auch eine Zusatzversicherung. Wie können Politik und Gesellschaft dazu beitragen, dass sich mehr Menschen mit dem Risiko Pflegebedürftigkeit auseinandersetzen?

Natürlich ist hier auch die Politik gefragt, deutlich und transparent über das Thema Pflege zu informieren. Aber der demografische Wandel bringt es mit sich, dass immer Menschen dem Thema Pflege auch in ihrem eigenen Umfeld begegnen. Von daher bin ich zuversichtlich, dass sich künftig auch jüngere Menschen viel stärker mit dem Thema Pflege und der hierfür notwendigen Vorsorge auseinandersetzen werden.



DANIEL BAHR
Bundesgesundheitsminister

„Wenn ich die Anfragen und Briefe, die wir zu diesem Thema bekommen, als Indikator heranziehe, ist das Interesse an der geförderten Pflege-Zusatzversicherung außerordentlich groß.“

Daniel Bahr

Das Verhältnis zwischen Beitrag und Leistung in der geförderten Pflegezusatzversicherung ist für junge Menschen besonders günstig. Glauben Sie, dass die jüngere Generation darauf verstärkt reagiert?

Ja, davon bin ich überzeugt. Auch die jüngere Generation wird anhand der auf dem Markt befindlichen Angebote schnell erkennen, dass eine private kapitalgedeckte Vorsorge umso attraktiver ist, je früher man damit beginnt.

Kritiker sagen, die Leistungen der neuen Pflegezusatzversicherung reichen nicht aus, um die drohende Finanzierungs-lücke im Pflegefall zu schließen. Was antworten Sie denen?

Keine Partei stellt infrage, dass die soziale Pflegeversicherung nur einen Teil der Kosten abdeckt. Es steht jedem frei, bei der privaten Pflegevorsorge den Umfang abzusichern, den er selbst für angemessen hält. Die Pflege von heute und morgen ruht auf drei Säulen. Hierzu zählen die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und die private Vorsorge. Eine wesentliche Säule unserer Absicherung im Pflegefall ist jedoch nach wie vor auch die Gesellschaft selbst

über die Pflege von Angehörigen im Kreis der Familie und des sozialen Umfelds.

Rechnen Sie mit einer hohen Nachfrage für das neue Produkt? Bislang bieten rund zehn Versicherungsunternehmen eine geförderte Pflegezusatzversicherung an. Etwa genauso viel werden im Verlauf des Jahres noch dazukommen. Wenn ich die Anfragen und Briefe, die wir

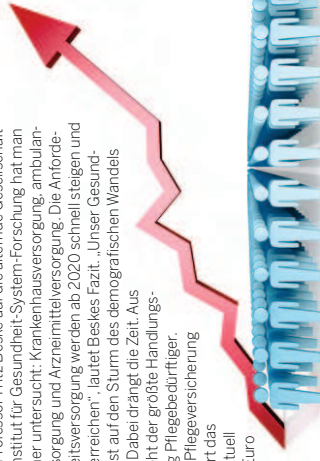
zu diesem Thema bekommen, als Indikator heranziehe, ist das Interesse an der geförderten Pflege-Zusatzversicherung außerordentlich groß.



Eine private Vorsorge ist umso attraktiver, je früher man damit beginnt

Das Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel prognostiziert eine Kostenexplosion

„Immer mehr komplexe, anspruchsvolle, personalintensive und daher teure Leistungen“ sieht Professor Fritz Beske auf die alternde Gesellschaft zukommen. Am Kieler Institut für Gesundheit-System-Forschung hat man jüngst drei Bereiche näher untersucht: Krankenhausversorgung, ambulante vertragsärztliche Versorgung und Arzneimittelversorgung. Die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung werden ab 2020 schnell steigen und 2040 ihren Höhepunkt erreichen“, lautet Beskes Fazit. „Unser Gesundheits- und Sozialwesen ist auf den Sturm des demografischen Wandels noch nicht vorbereitet.“ Dabei drängt die Zeit: Aus Sicht des Instituts besteht der größte Handlungsbedarf in der Versorgung Pflegebedürftiger. Allein die Ausgaben der Pflegeversicherung werden, so prognostiziert das Institut, bis 2060 von aktuell 19,7 auf 41,6 Milliarden Euro steigen.



Wichtiges & Wissenswertes zur Vorsorge

Das Abc zur staatlich **geförderten Pflegeversicherung:** Wer sie bekommt, und weshalb man sie braucht

Die Pflegeversicherung gibt es in Deutschland seit 1995. Sie wurde eingeführt, um „Hilfen für Pflegebedürftige zu leisten, die auf solidarische und praktische Unterstützung angewiesen sind“. Diese Hilfen werden im Einzelfall gewährt, decken allerdings bloß einen Teil des Finanzierungsbedarfs. Die Pflegeversicherung ist also keine Vollversicherung.

Da in jüngerer Zeit die Kosten im Bereich der Pflege stark gestiegen sind, reichen die Mittel aus der Pflegeversicherung inzwischen nicht mehr aus. Zwar besteht schon langem die Möglichkeit, die drohende Finanzierungslücke mit dem Abschluss einer ergänzenden, privaten Pflegeversicherung zu verringern. Noch aber besteht reichlich Erklärungsbedarf, die Nachfrage hielt sich bislang in Grenzen. Gerade einmal 1,9 Millionen Menschen haben in Deutschland vor 2013 mit einer solchen Zusatzpolice vorgesorgt. Vor allem Jüngere verdrängen das Thema gern, weil sie sich in dieser Situation noch lange nicht sehen wollen und können. Wer jedoch jetzt seine Augen verschließt, bringt sich um einen Vorteil: Seit 2013 ist das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) in Kraft, das die private Pflegevorsorge erstmals staatlich fördert.

ANSPRÜCHE



Was leistet die Zusatzversicherung? Wie mache ich meine Ansprüche geltend?

Anspruch auf das vereinbarte Pflegegeld besteht auf Antrag des Versicherten ab dem Moment, in dem auch die Pflegepflichtversicherung Leistungen erbringt. Maßgeblich für die Leistungshöhe ist die jeweilige Pflegestufe. Diese wird bei den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, bei den Versicherten der Privaten Pflegeversicherung durch das Unternehmen MEDICPROOF festgestellt. In der Pflegestufe I beträgt das Monatsgeld mindestens 20 Prozent und in Pflegestufe II mindestens 30 Prozent der Summe in Pflegestufe III. Besteht ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (sogenannte Pflegestufe 0), beträgt das Pflegegeld mindestens 10 Prozent der Leistungen in Pflegestufe III. Anspruch auf die vereinbarte Leistung besteht nach einer Wartezeit von maximal fünf Jahren nach Abschluss des Vertrags.

EINZAHLUNG



Wie viel muss ich mindestens einzahlen? Und kann sich das später ändern?

Der Beitrag liegt bei mindestens 15 Euro pro Monat. Ein Drittel davon übernimmt der Staat. So verringert sich für den Versicherten, der die Forderung der Pflegezusatzversicherung in Anspruch nimmt, der Betrag auf bis zu 10 Euro. Um einen künftigen Wertverlust des vereinbarten Pflegegeldes zu verhindern, können die Verträge eine Dynamisierung der Leistungen enthalten. Damit wird das Pflegegeld an die Inflationsrate angepasst. Je nach Anbieter kann sich der Versicherte selbst bei Abschluss des Vertrags für eine solche Dynamisierung entscheiden, mit der dann natürlich auch die Beiträge angepasst werden. Auch andere Beitragsanpassungen sind möglich. Wenn sich die Rahmenbedingungen ändern, weil etwa die Häufigkeit oder die Dauer der Pflegezeiten allgemein zunimmt, können die Beiträge steigen. Oder je nach Entwicklung sinken, wie es schon mehrfach bei der privaten Pflegeversicherung geschehen ist.

ANSPRUCH ZULAGE

Wann habe ich Anspruch auf die Zulage?

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge zu einer entsprechenden Pflegezusatzversicherung geleistet worden sind, beginnt der Anspruch auf die Zulage. Sie wird also jeweils rückwirkend für alle Monate gezahlt, in denen der Versicherungsnehmer seinen Mindestbeitrag geleistet hat. Um die Beantragung der Zulage kümmert sich das Versicherungsunternehmen.

Da die staatliche Zulage Teil des Betrags ist, treten die Anbieter der Versicherungen in dieser Hinsicht in Vorleistung – so lange, bis der Anteil des Betrags von der Zulagenstelle beglichen worden ist. Erzielt ein Unternehmen Überschüsse, so werden sie ausschließlich zugunsten der Versicherten eingesetzt. Entweder zur Vermeidung von Beitragserhöhungen oder zur Dynamisierung der Leistungen.

KOSTEN



Welche Kosten entstehen beim Abschluss der Versicherung?

Die maximal zulässigen Kostensätze sind festgelegt. Die Verordnung zur Durchführung der Pflegevorsorgezulage (PfvDV) begrenzt die Abschlusskosten auf das Zweifache der ersten Monatsprämie. Bei einem Monatsbeitrag von 15 Euro dürfen die Abschlusskosten also nicht mehr als 30 Euro betragen.

Auch für die Verwaltungskosten legt die Verordnung eine Höchstgrenze fest. Sie darf zehn Prozent der Bruttoprämie nicht übersteigen. Durch die gesetzlichen Vorgaben und sehr unbürokratische Rahmenbedingungen sind die Verwaltungskosten in der geförderten Pflegezusatzversicherung deutlich günstiger als im Fall der klassischen Pflegezusatzversicherungen.

ZULAGEN



Wie werden die Zulagen ausbezahlt?

Die Auszahlung der staatlichen Förderung erfolgt über eine zentrale Stelle bei der „Deutschen Rentenversicherung Bund“. Der Versicherte bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit Vertragsschluss, die Zulagen zu beantragen. Das jeweilige Versicherungsunternehmen übermittelt der zentralen Stelle für jeden Versicherungsnehmer die notwendigen Angaben. Sind alle Voraussetzungen für die Förderung erfüllt, zahlt die zentrale Stelle die Zulage an die Versicherung aus, die sie sofort dem begünstigten Vertrag gutschreiben muss. Die Zulage kann nicht geteilt werden – deshalb ist stets nur ein Vertrag für denselben Zeitraum forderfähig. Der Versicherungsnehmer muss jede Änderung mitteilen, die Auswirkungen auf den Zulagenanspruch hat, wie etwa den Wegfall seiner gesetzlichen Pflegeversicherung. Dies führt zur Stornierung eines bereits gestellten Antrags.

KÜNDIGUNG

Kann der Versicherer den Vertrag nachträglich ändern oder kündigen?

Eine nachträgliche Änderung des Versicherungsvertrags durch den Versicherer ist grundsätzlich nicht möglich. Allerdings können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen dauerhaft ändern. Die Interessen des Versicherten müssen dabei jedoch angemessen gewahrt werden. Die Versicherungsunternehmen verzichten bei der Pflegezusatzversicherung auf ein sogenanntes ordentliches Kündigungsrecht. Das außerordentliche Recht auf Kündigung bleibt dagegen bestehen, wenn zum Beispiel die Beiträge nicht mehr gezahlt werden. Der Versicherte kann den Versicherungsvertrag seinerseits bis zu drei Jahre ruhen lassen, wenn er hilfebedürftig ist und keine Beiträge zahlen kann. In dieser Phase hat er allerdings keinen Anspruch auf Leistungen.

WAS ICH SONST NOCH WISSEN MUSS

Nicht gefördert werden kann eine Pflegezusatzversicherung, die am 1. Januar 2013 bereits bestanden hat. Sie erfüllt nicht die Rahmenbedingungen für die Förderfähigkeit nach den gesetzlichen Vorgaben. Für alle später abgeschlossenen und staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherungen gilt: Ein Wechsel von einem Tarif in einen anderen innerhalb eines Unternehmens ist möglich, wenn beide Versicherungen den gesetzlichen Vorgaben für eine Förderung entsprechen.

chen. In diesem Fall kann der Versicherte jederzeit unter Anrechnung seiner erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen wechseln. Verlässt der Versicherte dagegen ein Unternehmen, um anderswo einen Vertrag abzuschließen, so kommen die bis dahin aufgebauten Alterungsrückstellungen der Versicherungsgemeinschaft des ersten Unternehmens zugute. Ein Wechsel zwischen geförderter und nicht geförderter Versicherung ist hingegen nicht möglich.

Eine Frage der eigenen Verantwortung

Absicherung im Alter schützt auch die nächste Generation

Demografievorsorge, das ist ein ziemlich kompliziertes Wort. Kein Wunder, dass man es im Alltag selten verwendet und noch viel weniger darüber nachdenken mag: Wie sieht meine Zukunft aus? Dennoch sollte sich jeder mit dem Gedanken beschäftigen, wie er später leben möchte. Wofür eine Zusatzversicherung, lautet die Frage, wenn man doch regelmäßig seine Beiträge zur Pflegeversicherung leistet? So denken viele, ohne zu wissen, dass dieser Beitrag nur einen Teil der tatsächlichen Kosten deckt. Pflege im Alter oder in unvorhergesehenen Fällen kann schnell teuer werden. So rechnen Heime für eine vollstationäre Versorgung in der Pflegestufe III aktuell durchschnittlich 3300 Euro im Monat ab. Zum Vergleich: Von der gesetzlichen Pflegeversicherung gibt es momentan maximal 1350 Euro. Für die Kostenlücke kommt entweder der Pflegebedürftige mit seiner Rente oder den Ersparnissen selbst auf. Oder es trifft am Ende die nächste Generation der Familie, die im finanziellen Notfall mit ihren eigenen Einkünften und dem Ersparnis einspringen muss.

Pflege im Alter kann also auch für die Kinder teuer werden. Laut Gesetz steht ihnen ein gewisser Selbstbehalt pro Monat zu. Was sie darüber hinaus verdienen, fällt in die Pflege der Eltern, sollten diese die Kosten ihrer Pflege nicht selbst tragen können. Kinder haften in diesem Fall für ihre Eltern – eine Tatsache mit oft bitteren Folgen.

Vorsorge ist demnach ein Thema, das nicht bloß die unmittelbar Betroffenen angeht. Wer sich gegen die eigene Hilfsbedürftigkeit im Pflegefall absichert, vermeidet auch, dass die Angehörigen unter Umständen in Zahlungspflicht genommen werden. Und er leistet seinen Beitrag zur Entlastung künftiger Generation. Das ist eine Chance für alle – damit sich auch die jungen Menschen, die in absehbarer Zeit immer mehr finanzielle Lasten einer alternden Gesellschaft schultern müssen, fair behandelt fühlen.

Was die Statistiken über die Zukunft verraten

Die demografische Entwicklung Deutschlands lässt sich in Bilder fassen. Bis zum Jahr 2060 wird sich der Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 10,1 Prozent auf 14 Prozent nahezu verdreifachen. Im Herbst vergangenen Jahres hat das Statistische Bundesamt Wiesbaden überdies Zahlen veröffentlicht, nach denen statistisch gesehen jeder zweite Mann in Deutschland wenigstens 80 Jahre alt wird und jede zweite Frau hierzulande ihren 85. Geburtstag erlebt.

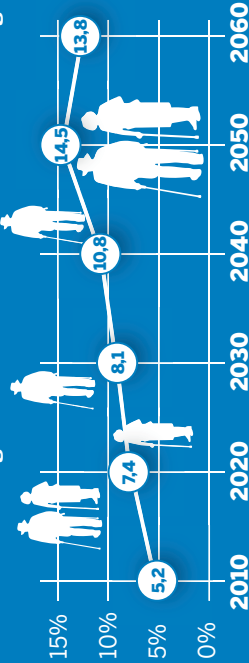


Wer die Kosten für seine Kinder minimieren möchte, sollte früh eine Pflegeversicherung abschließen und die staatliche Förderung nutzen

Beratung aus dem Internet: Das Zentrum für Qualität in der Pflege empfiehlt Adressen

Es trifft einen oft ohne Ankündigung. Patienten, die plötzlich hilfe- und pflegebedürftig werden, fühlen sich schnell überfordert. Genau wie ihre Angehörigen, die Betreuung und Versorgung unvorbereitet organisieren müssen. Ergänzende Informationen für eine rasche und professionelle Hilfe können neben der klassischen Pflegeberatung auch qualifizierte Online-Beratungsportale geben. Sie stehen rund um die Uhr zur Verfügung und sind überall abrufbar. Die Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)“ hat jüngst eine Bestandsaufnahme vorgenommen. Unter www.zqp.de sind die Ergebnisse in der Rubrik „Thema Pflege“ abrufbar. Neben diesem praktischen Aspekt vermittelt der Hintergrundbericht mögliche Entwicklungschancen und skizziert die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einbettung innovativer Beratungsformate im Internet.

Anteil der 80-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung



Quelle: Statistisches Bundesamt, 12. koordinierte Vorausberechnung

Es klingt erst einmal paradox: Obgleich die Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten schrumpft, werden die Leistungen des Gesundheitssystems aller Voraussicht nach weit stärker als bisher in Anspruch genommen. Die Weichen dafür sind seit Jahrzehnten gestellt und die Ursachen vielfältig. Zum einen liegen diese Umbrüche am fortschreitenden Alter der sogenannten Babyboomer der 50er- und 60er-Jahre, von denen die ersten starken Jahrgänge bald in Rente gehen. Und zum anderen an der fortgesetzt niedrigen Geburtenrate in Deutschland – der niedrigsten in ganz Europa, die für die jungen Generationen mit immer mehr Belastungen verbunden ist.

Die Folgen dieses demografischen Wandels werden von vielen beobachtet und bewertet. Sowohl die Bun-

desregierung als auch zahlreiche unabhängige Institutionen, die privaten wie gesetzlichen Krankenkversicherungen beschäftigen sich schon seit Längerem mit ihren Auswirkungen. Schließlich müssen Konzepte für einen verantwortungsvollen Umgang gefunden werden. Denn für die Gemeinschaft werden die Konsequenzen bereits in 15 Jahren spürbar: Mehr Rentnern stehen dann immer weniger Beitragszahler für die Rentenversicherung gegenüber.

Dasselbe gilt für die Kranken- und Pflegeversicherungen. So geht beispielsweise das Fritz-Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel davon aus, dass die Bevölkerung Deutschlands bis 2060 um bis

zu 17 Millionen Menschen auf 65 Millionen abnimmt. Allein diese demografische Entwicklung stellt die sozialen Sicherungssysteme vor eine große Herausforderung, weil immer weniger Erwerbstätige die Sozialversicherungen finanzieren müssen.

Auf der anderen Seite steigt die Zahl der Menschen, die altersmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Schätzungen gehen davon aus, dass in den kommenden Jahrzehnten bis zu 80 Prozent dieser Leistungen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter werden. Allein weil dann jeder dritte Bürger Deutschlands über 60 Jahre alt ist. Ein Strukturwandel mit tief greifenden Auswirkungen auf die Alters- und Gesundheitsvorsorge. Am Kieler

Institut etwa entwirft man das Szenario einer rückläufigen Tendenz jener Leistungen, die „überwiegend für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene erbracht werden“. Obwohl sie die Beitragszahler der Zukunft sind. Um dieser drohenden Ungerechtigkeit entgegenzuwirken, muss die Zivilgesellschaft viele Kräfte mobilisieren. Indem sie einerseits alles tut, um die Chancen auf ein längeres und gesünderes Leben zu erhöhen und zugleich die bestmögliche Betreuung für ein selbstbestimmtes Leben im Alter zu ermöglichen. Dazu gehört aber auch die individuelle Vorsorge, mit deren Hilfe man die demografischen Risiken, die die gesamte Gesellschaft betreffen werden, nach eigenen Kräften minimiert.

Wir werden immer älter

Der demografische Wandel in Deutschland schreitet voran – und seine Folgen sind für alle spürbar



Obgleich die Bevölkerung schrumpft, wachsen die Ansprüche an das Gesundheitssystem.

Lücken der Pflegepflichtversicherung

Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Finanzierungslicke		
Gesamtkosten 2.367.89	Gesamtkosten 2.790.12	Gesamtkosten 3.236.69
Eigenbeitrag 1.345 €	Eigenbeitrag 1.511 €	Eigenbeitrag 1.686 €
Pflegepflichtversicherung 1.023 €	Pflegepflichtversicherung 1.279 €	Pflegepflichtversicherung 1.550 €

Durchschnittliche Kosten nach Pflegestufen; Leistungen für vollstationäre Pflege (2012)

Quelle: Statistisches Bundesamt und VDEK



„Die Pflege von heute und morgen ruht auf drei Säulen: der gesetzlichen Pflegeversicherung, der privaten Vorsorge und der Gesellschaft selbst.“

Daniel Bahr

Es gibt viele Möglichkeiten einer hilfreichen Unterstützung. Helfen kann man zum Beispiel den Eltern oder Großeltern, die lange gesund und eigenständig waren, dann aber plötzlich gepflegt werden müssen. Hilfe braucht unter Umständen aber auch der eigene Partner oder das Kind, das von Geburt an auf Unterstützung angewiesen ist.

Wenn eine solche Situation eintritt, tauchen Fragen auf, mit denen die Betroffenen auf beiden Seiten – der Pflegebedürftige wie die Angehörigen – zum ersten Mal überhaupt konfrontiert werden. Da tut es gut, wenn man auf eine Beratung zurückgreifen kann, die die Erfahrungen vieler Jahre versammelt.

Aus diesem Grund wurde die Pflegeberatung COMPASS ins Leben gerufen. Sie ist eine Tochter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) und leistet in jeder Hinsicht gute Dienste. Neben ersten Informationen im Internet bietet sie eine detaillierte telefonische Beratung oder auch Hausbesuche von regional vernetzten Mitarbeitern. Daneben lassen sich zahlreiche Broschüren anfordern oder aus dem Internet herunterladen, die über spezifische Pflegesituationen informieren. Denn es muss ja gar nicht immer der Fall sein, dass es die Generation der eigenen Eltern und damit die Älteren betrifft.

Auch in der Partnerschaft steht manchmal das Gewohnte ganz plötzlich auf dem Kopf. Ein Unfall, ein Sturz oder eine Er-

Gemeinsam sind wir noch stärker

Die **Pflegeberatung COMPASS** hilft mit Informationen, telefonischer Beratung oder einem Besuch vor Ort

krankung – es gibt keine Garantie gegen Pflegebedürftigkeit. Auf die neue, ungewohnte Situation reagieren viele mit Unsicherheit oder Ratlosigkeit: Wie können wir diese Aufgabe gemeinsam meistern? Lassen sich Pflege und Berufstätigkeit überhaupt vereinbaren? Und wer entlastet einen in Momenten, in denen Hobbys oder der nötige Sport wichtig sind?



Bei solchen Fragen bieten die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater von COMPASS echte Hilfe. Sie unterstützen, informieren über Entlastungs- und Unterstützungsangebote, Angebote von Selbsthilfe- oder auch ehrenamtlichen Organisationen.

Dass die anspruchsvolle Aufgabe der Angehörigenpflege durchaus zu bewältigen ist, beweisen rund 1,6 Millionen pflegebedürftige Menschen, die in Deutschland aktuell von ihren Angehörigen versorgt werden. Die notwendige Unterstützung erhalten sie nicht zuletzt durch Maßnahmen für die eigene Gesundheit. Viele Pflegenden wissen zum Beispiel gar nicht, dass sie Anspruch auf eine Auszeit haben. Dafür gibt es die sogenannte Verhinderungspflege: Sie steht jedem Pflegebedürftigen zu.

Bis zu 28 Tage pro Jahr kann man außerdem einen Pflegedienst in Anspruch nehmen oder stundenweise Pflegedienstleistungen jährlich abrufen. Die Verhinderungspflege lässt sich übrigens nicht nur zu Hause in Anspruch nehmen, sondern auch, wenn man mit dem zu pflegenden Angehörigen in den Urlaub fahren möchte. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe sogenannter Pflegehotels, in denen geschultes Personal die Pflege übernimmt. Dass und wie solche Leistungen abgerechnet werden können, sind weitere wichtige Punkte, über die COMPASS ebenso kompetent informiert wie über alles, was man zum Thema Pflege wissen muss.

Pflegeberatung – kostenfrei und neutral

Beratung zum Thema Pflege oder die Antwort auf Fragen zur persönlichen Pflegesituation bieten die Experten von COMPASS unabhängig und ohne Kosten. Die erfahrenen Fachkräfte sind montags bis freitags 8–19 Uhr unter der kostenfreien Service-Nummer **0800-101 88 00** zu erreichen, samstags 10–16 Uhr. Eine Alternative stellt der Hausbesuch einer COMPASS-Pflegeberaterin oder eines -Pflegeberaters dar, die in der jeweiligen Region leben und deshalb gut vernetzt sind. Sie kommen auf Anfrage nach Hause und unterstützen Versicherte und ihre Angehörigen bei der Suche nach Pflegedienst oder Pflegeheim, Verhinderungspflege oder anderen Entlastungsmöglichkeiten. Natürlich wissen sie auch Rat bei Fragen zur Finanzierung der Pflege, zur Beantragung einer Pflegestufe und der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst.