

Pflege

# GUT FÜR ALLE

Mit 60 Euro pro Jahr unterstützt der Staat die ergänzende Pflegeversicherung, kurz Förder-Pflege. Welche Tarife für welche Altersgruppe erste Wahl sind

**Für jede Generation: Von den neuen Förder-Pflege-Tarifen profitieren Jung und Alt**



## Serie

### Heute schon an morgen denken

Eines ist klar: Die gesetzliche Pflegepflichtversicherung war, ist und bleibt lediglich eine „Teilkasko“, welche die realen Kosten medizinischer Betreuung Pflegebedürftiger bei Weitem nicht deckt. Ergo ist private Vorsorge angesagt. Nur: Welche Policen eignen sich am besten, um die Versorgungslücke finanziell zu schließen? Unterstützt der Staat Versicherte finanziell bei den Prämien?

Und welche Tarife punkten – abhängig vom Einstiegsalter – mit einem hervorragenden Preis-Leistungs-Verhältnis? Antworten auf diese Fragen liefert FOCUS-MONEY nach 2013 jetzt erneut wieder in einer dreiteiligen Serie zum Thema „Pflegetagegeld“. Den Auftakt macht die geförderte ergänzende Pflegeversicherung, die der Bund mit 60 Euro jährlich subventioniert. Darauf folgen sogenannte Kombi-Tarife. Den Abschluss bildet eine Analyse klassischer Pflegetagegeld-Kontrakte in den Varianten „statische“ und „flexible“ Tarife.

**A**lt werden ist ein Wunschtraum der Menschheit, alt sein jedoch ihr größter Albtraum. Wohl wahr, denn: Dank medizinischen Fortschritts und verbesserter Lebensbedingungen haben zwar neugeborene Mädchen hierzulande eine durchschnittliche Lebenserwartung von fast 104 Jahren – und Jungen von annähernd 100 Jahren.

Doch so erfreulich diese Perspektiven auch sein mögen: Je älter Homo sapiens wird, desto mehr schwächeln seine Physis und Psyche. So steigt unweigerlich zur Lebenserwartung die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden: Benötigten im Jahr 2010 rund 2,4 Millionen Deutsche Pflege, wird bis 2030 noch einmal eine Million hinzukommen (s. Grafik r.). Nüchterne Prognosen des renommierten Kieler Gesundheitsökonom Professor Fritz Beske rechnen bis 2060 sogar mit 4,51 Millionen Pflegefällen zwischen Flensburg und Garmisch-Partenkirchen. Parallel zu dieser Entwicklung schrumpft die Zahl der Bundesbürger um 17 Millionen. „Der Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung, die Pflegequote, steigt damit von 2,9 auf sieben Prozent“, bilanziert Mediziner Beske.

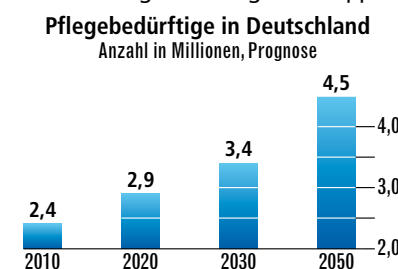
**Pflegenotstand.** Besonders stark wird dabei die Gruppe der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen zunehmen – ökonomisch betrachtet, die besonders kostenintensiven Patienten. Mit gravierenden finanziellen Folgen für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung, deren Ausgaben nach Berechnungen von Gesundheitsforscher Beske bis 2060 auf rund 41,6 Milliarden Euro explodieren dürften. Die wunden Finanzen der um-

lagefinanzierten Pflegepflichtversicherung wird Experten zufolge auch die von der großen Koalition gerade auf den Weg gebrachte „Pflegereform“ mit höheren Beiträgen ab 2015 und einem Pflegevorsorgefonds allenfalls etwas lindern, aber keinesfalls heilen. In dem Fonds sollen Jahr für Jahr rund 1,2 Milliarden Euro als Sondervermögen angespart werden. Denn: Die gesetzliche Pflegepflichtversicherung bleibt auch künftig nur eine „Teilkasko“, die im Falle eines Falles bei Weitem nicht die realen Kosten einer professionellen, medizinischen Pflege in den eigenen vier Wänden oder in einem Heim deckt. „Deshalb ist und bleibt die private

Vorsorge auch weiterhin wichtig“, rät Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Aus Sicht des Gesundheitsministers eine durchaus gute Wahl zum Schließen der „Pflege-Lücke“ ist die neue private, ergänzende Pflegeversicherung, kurz Förder-Pflege. Zumal der Staat das Ganze noch mit jährlich 60 Euro subventioniert (s. Kasten Seite 68).

Doch welcher der Tarife am Markt ist nun der beste? Antworten darauf gibt FOCUS-MONEY. Zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSI) in Köln hat FOCUS-MONEY die Angebote am Markt analysiert – und für Kunden von 25, 40, 50 und 60 Jahren akribisch die besten herausgefiltert (s. Methode Seite 67). Ergebnis: „In puncto Leistung erste Wahl über alle Altersgruppen hinweg sind gleichauf die Förder-Policen von Allianz und Central“, bilanziert Sebastian Ewy, Projektleiter beim DFSI (s. Tabelle unten). Was jedoch die

**Schlechte Prognose**  
Dank des demografischen Wandels hierzulande wird sich binnen 40 Jahren die Zahl Pflegebedürftiger verdoppeln.



## Gesamtergebnis Förder-Pflege-Tarife: So schnitten die Versicherer im FOCUS-MONEY-Test ab

Rang	Versicherer	Tarif	DFSI-Gesamtnote in den Altersstufen				Endnote <sup>1)</sup>
			25 Jahre	40 Jahre	50 Jahre	60 Jahre	
1	Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	1,38	1,00	1,38	1,00	1,19
1	Central	central.pflege	1,19	1,19	1,19	1,19	1,19
2	Arag	ARAG FörderPflege PF	1,56	1,56	1,56	1,56	1,56
2	Debeka	Tarif EPG	1,75	1,75	1,75	1,00	1,56
3	HanseMerkur	PB	1,44	1,44	1,81	1,81	1,63
3	Signal/Deutscher Ring	PflegeBAHR	1,44	1,44	1,81	1,81	1,63
4	R+V	R+V-Pflege FörderBahr (PKB)	1,56	1,56	1,94	1,56	1,66
6	Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	1,56	1,56	1,94	1,94	1,75
7	DFV Deutsche Familienversicherung	DFV-FörderPflege	1,63	1,63	2,00	2,00	1,81
8	Bayerische Beamtenkrankenkasse/Union Krankenversicherung	FörderPflege	1,94	1,94	1,94	1,56	1,84
9	Ergo Direkt	Tarif GEPV	2,56	1,81	1,81	1,44	1,91
10	Hallesche	FÖRDERbar.	1,94	1,94	1,94	1,94	1,94
10	Nürnberger	NPV	1,94	1,94	1,94	1,94	1,94
11	LVM	PTG -"Pflege-Bahr"	2,13	2,13	2,13	1,75	2,03
12	Axa	GEPV	2,56	2,56	2,56	2,19	2,47
13	DKV Deutsche Krankenversicherung <sup>2)</sup>	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP	2,56	2,94	2,94	2,94	2,84

<sup>1)</sup>DFSI-Gesamtnoten der Altersstufen 25, 40, 50 und 60 Jahren addiert und durch vier geteilt; Ranking nach Endnote; <sup>2)</sup>Förderbonus nach 15 Jahren bei den monatlichen Leistungen in den Pflegestufen 0, I, II, und III unberücksichtigt

Tarifbestimmungen betrifft, siegte im Test Branchenprimus Allianz um Haaresbreite vor Generali-Tochter Central (s. Tabelle Seite 66).

Auch wenn Pflege unbestritten das Megathema des 21. Jahrhunderts ist: Jeder dritte Bundesbürger ignoriert noch immer das Risiko, einmal zum Pflegefall zu werden. Besonders stark ausgeprägt ist diese Vogel-Strauß-Haltung bei jüngeren Menschen unter 30 Jahren. Zu diesem Ergebnis kommt die aktuelle Studie „Biometrische Risiken 2014“ von Gothaer Versicherung und dem FAZ-Institut für Management-, Markt- und Medieninformationen. Als wesentliche Motive für ihr Verhalten nennen die Befragten, „kein Geld zu haben“, und „zu geringe Leistungen“ entsprechender privater Pflege-Policen. Diese beiden Argumente aber sind mit der Förder-Pflege vom Tisch: Ab 15 Euro Prämie pro Monat – von denen der Staat fünf Euro trägt – lässt sich die Pflege-Lücke dank Police selbst bei schwerster Erkrankung und vollstationärer Betreuung schließen. Vorausgesetzt, der Entschluss reift früh. Warum? Junge Menschen können dank des Zinseszins-effekts höhere Anwartschaften innerhalb der Versicherung bilden. Ein Beispiel: Wer heute als 25-Jähriger zum Tarif PZTG02 der Central greift und 180,60 Euro pro Jahr in diese Police einahlt, erhält im Falle eines Falles in Pflegestufe III vom Versicherer 1770 Euro

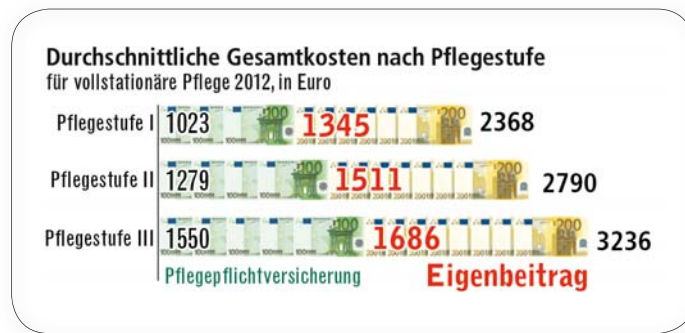
monatlich (s. Tabelle Seite 68). Das sind 84 Euro mehr als die von VDEK und Statistischem Bundesamt errechnete Versorgungslücke in Stufe III (s. Grafik oben)! Gut zu wissen: Das Geld des Versicherers darf dabei der Patient stets frei verwenden – sowohl zur Deckung der Kosten ambulanter als auch stationärer Pflege durch Fachkräfte, Angehörige oder Freunde.

**Eine für alle.** Doch auch für Chroniker und Ältere mit Vorerkrankungen ist die Förder-Pflege interessant. Denn alle

Versicherer mit einer Förder-Pflege unterliegen einem sogenannten Kontrahierungszwang, was in der Praxis heißt: Wer einen Förder-Vertrag will, bekommt ihn – unabhängig vom individuellen Gesundheitszustand. Risikozuschläge wegen Krankheit sind damit auch obsolet. Zudem hat jeder Versicherte, egal, wel-

chen Alters, einen gesetzlichen Mindestanspruch von 600 Euro pro Monat in Pflegestufe III. Zudem steht es Allianz & Co. offen, der Kundschaft höhere Leistungen zu unterbreiten. Der Höchstbeitrag darf dabei jedoch die Höhe der bei Vertragsunterzeichnung geltenden Leistungen aus der gesetzlichen Pflege nicht überschreiten.

Selbst wenn es im Laufe der Jahre zu finanziellen Engpässen kommen sollte und der Versicherte die Prämien nicht mehr bedienen kann, hält die Förder-Pflege für Betroffene ein Hintertürchen offen. Bis zu drei Jahre kann ein Vertrag mindestens ruhen. Dabei bleibt es Gesellschaften



### Tarifmerkmale: Was Allianz & Co. leisten

Rang	Versicherer	Wartezeit entfällt bei Unfall	Wartezeit neu <sup>1)</sup>	Dynamik vor Eintritt Pflegefall	Dynamik nach Eintritt Pflegefall	Tarifliche Leistung Geltungsbereich	Tarifliche Leistung Wohnsitzeverlegung	Mindestvertragsdauer in Jahren	Optionen bei Zahlungsschwierigkeit	Angabe des Rechnungszinses <sup>2)</sup>	DFS-Multiplikator
1	Allianz	ja	nein	ja	ja	EWR und CH	EWR und CH	0	ja	ja	1,475
2	Central	ja	ja	ja	ja	weltweit <sup>3)</sup>	EWR und CH <sup>4)</sup>	2	ja	ja	1,375
3	R+V	ja	nein	ja	nein	weltweit <sup>3)</sup>	EWR und CH	1	ja	ja	1,350
4	Debeka	ja	ja	ja	nein	weltweit <sup>3)</sup>	EWR und CH	0	ja	ja	1,325
5	ARAG	ja	nein	ja	ja	EWR	EWR	2	ja	ja	1,275
5	Barmenia	ja	ja	ja	ja	EWR und CH	EWR	2	ja	ja	1,275
6	ERGO Direkt	ja	ja	nein	nein	EWR und CH	EWR und CH	0	ja	ja	1,225
7	DFV	ja	ja	ja	nein	weltweit <sup>3)</sup>	EWR	2	nein	ja	1,200
7	Nürnberger	ja	ja	ja	nein	EWR und CH	EWR und CH	2	nein	ja	1,200
7	LVM	ja	ja	ja	nein	EWR und CH <sup>3)</sup>	EWR	1	ja	ja	1,200
8	HALLESCHE	ja	ja	nein	nein	EWR und CH	EWR und CH	2	ja	ja	1,175
9	Bayerische Beamten./Union KV	ja	ja	nein	nein	EWR und CH	EWR	1	ja	ja	1,150
9	Signal/Deutscher Ring	ja	nein	ja	nein	EWR	EWR	1	ja	k.A.	1,150
10	HanseMercur	nein	ja	nein	nein	EWR und CH	EWR und CH	2	ja	k.A.	1,125
11	AXA	nein	ja	nein	nein	EWR und CH	EWR und CH	2	nein	k.A.	1,100
11	DKV	ja	ja	nein	nein	EWR und CH	EWR	2	nein	ja	1,100

<sup>1)</sup>etwa Tarifwechsel/Anpassung Tagesgeldsatz; <sup>2)</sup>im Rahmen d. Tariffkalkulation; EWR=Europ. Wirtschaftsraum; CH=Schweiz; <sup>3)</sup>mit Einschränkungen; <sup>4)</sup>weltweit m. Zusatzvereinb.

Quelle: DFS; Stand: Juni 2014





## METHODE

# Sehr sorgsam

Für FOCUS-MONEY hat das DSFI die neue Förder-Pflege für Versicherte im Alter von 25, 40, 50 und 60 Jahren analysiert. Angeschrieben wurden vom DSFI 42 Versicherer. Den Fragebogen komplett ausgefüllt und zurückgesandt haben schließlich 18 Gesellschaften. Um die Leistungsfähigkeit der Tarife beurteilen zu können, haben die Experten des DSFI neben den Tarifbedingungen die Pflegeleistung pro Monat bei ambulanter respektive stationärer Betreuung in den Pflegestufen 0, I, II und III abhängig vom jeweiligen Alter des Kunden bei Vertragsabschluss untersucht. So wurde en detail bewertet:

## I. Tarifbedingungen

Um die Güte der Tarife zu messen, hat das DSFI aus neun Kriterien einen Multiplikator gebildet: Der Standardwert 1 konnte dabei auf maximal 1,575 verbessert werden, wenn die Assekuranz in den Bereichen Wartezeit bei Unfall, Wartezeit bei Vertragsänderungen, Dynamik vor Eintritt des Pflegefalls, Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls, Geltungsbereich der Police, Geltungsbereich bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, Mindestvertragsdauer, Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten und Angabe des Rechnungszinses positiv im Sinne des Kunden entschied. Die Kriterien:

### 1. Wegfall der Wartezeit bei Unfall

Der Gesetzgeber schreibt Versicherern vor, dass bei Förder-Tarifen die Wartezeit bis zu Beginn der Leistungspflicht maximal fünf Jahre sein darf. Das Gros der Gesellschaften im Test sieht bei Pflege auf Grund eines Unfalls von diesem Passus ab.

### 2. Wartezeiten bei Vertragsänderungen

Innerhalb des Versicherers ist der Wechsel in einen anderen Tarif jederzeit möglich, sofern auch dieser den staatlichen Vorgaben entspricht. Bei einigen Versicherern allerdings lassen diese Anpassungen der Vertragsmodalitäten für Kunden bereits abgelaufene Wartezeiten wieder neu aufleben.

### 3. Dynamik vor Eintritt des Pflegefalls

Um vor dem Hintergrund eines Preisanstiegs auch künftig die bei Vertragsschluss zugesicherte Leistung zu erbringen, bieten Assekuranzen Versicherten eine Beitragsdynamik: Prämien und Leistung werden damit alle paar Jahre ohne Gesundheitsprüfung angepasst. Von den 18 untersuchten Gesellschaften räumen elf der Klientel diese Option ein.

### 4. Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls

Dazu waren im Test mit Allianz, Central, Arag und Barmenia lediglich vier Gesellschaften bereit.

### 5. Geltungsbereich der Police

Das Gros der Versicherer zahlt, wenn Versicherte sich innerhalb der Grenzen Europas bzw. im Europäischen Wirtschaftsraum inklusive der Schweiz aufhalten. Vier der geprüften Gesellschaften leisten sogar mit Einschränkungen rund um den Globus.

### 6. Geltungsbereich Wohnsitzverlegung

Hier leistet das Gros der Versicherer innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums samt Schweiz, weltweit aber nur die Central mit Zusatzvereinbarung.

### 7. Mindestvertragsdauer

Die Musterbedingungen gehen im Allgemeinen von zwei Jahren aus. Allianz, Debeka und Ergo direkt sehen keine Mindestzeiten vor.

### 8. Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

Verträge dürfen im Allgemeinen bis zu drei Jahre ohne Zahlung von Beiträgen ruhen. Versicherer können allerdings mit der Klientel individuell längere Zeiträume vereinbaren.

### 9. Angabe des Rechnungszinses

Von den Versicherern wollte das DSFI wissen, mit welchem Rechnungszins ihre Aktuarien die Förder-Pflege-Policen kalkulieren. Nur vier Unternehmen gaben bewusst keine Auskunft.

## II. Leistung im Pflegefall

Um die Prämienhöhe der Verträge im Vergleich zueinander zu beurteilen, hat das DSFI den „Pflege-Leistungs-Index“ konzipiert. Dieser informiert darüber, wie viel die Assekuranz in ihrem Tarif pro Cent Prämie bei Pflegebedürftigkeit der Klientel monatlich zahlt. So wurde der Pflege-Leistungs-Index je Cent berechnet: Je nach Altersstufe gezahlte Leistungen in den Pflegestufen 0, I, II und III wurden – gewichtet – aufaddiert und durch die jeweilige Monatsprämie dividiert. Die Gewichtung orientiert sich dabei an der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten in den einzelnen Pflegestufen: So wurden die Pflegestufen 0 und III im Test jeweils mit 15 Prozent gewichtet, die Stufen I und II hingegen jeweils mit 35 Prozent.

Beispiel Allianz-Tarif (PZTGO2) für 25-Jährige

$$(114 \text{ €} \times 15 \% + 342 \text{ €} \times 35 \% + 684 \text{ €} \times 35 \% + 1140 \text{ €} \times 15 \%) / 11 \text{ € Prämie} = 49,75$$

Um den Leistungsindex zu bestimmen, wurde vom DSFI der Pflege-Leistungsindex mit dem Tarifmultiplikator multipliziert und das Ergebnis – abhängig von der jeweils untersuchten Altersstufe – benotet. Dazu wurde der Höchstwert mit der Note 1,0 gleichgesetzt. Ergebnisse  $\leq 10$  Prozent des Höchstwerts erhielten die Note 1,5. Von diesem Wert wiederum ausgehende Ergebnisse  $\leq 10$  Prozent wurden mit der Note 2,0 bewertet ... und so weiter (s. Tabelle).

Im folgenden Schritt wurde die Note des „Leistungs-Index“ mit der Note der Finanzstärke (s. Finanzstärke-Booklet in FOCUS-MONEY Heft 22/2014) des jeweiligen privaten Krankenversicherers multipliziert und damit das Gesamtergebnis je Altersstufe ermittelt. Dabei wurde der Leistungsindex mit 75 Prozent, die Finanzstärke mit 25 Prozent im Hinblick auf das Gesamtergebnis gewichtet.

## III. Gesamtergebnis

Um schließlich die Leistungsfähigkeit eines Förder-Pflege-Tarifs überhaupt zu bestimmen, wurden im letzten Schritt der Untersuchung die DSFI-Gesamtnoten in den insgesamt vier analysierten Altersgruppen aufaddiert, durch vier geteilt – und so die Endnote des Versicherers ermittelt.

## Leistungsindizes und Noten

Altersgruppe Versicherte	Leistungsindex ab	DSFI-Gesamtnote
25-Jährige	74,10	1,0
	65,87	1,5
	57,46	2,0
	49,40	2,5
	41,17	3,0
	32,93	3,5
	24,70	4,0
	16,47	4,5
	8,23	5,0
	40-Jährige	40,11
35,65		1,5
31,20		2,0
26,74		2,5
22,28		3,0
17,83		3,5
13,37		4,0
8,91		4,5
4,46		5,0
50-Jährige		25,08
	22,29	1,5
	19,50	2,0
	16,72	2,5
	13,93	3,0
	11,15	3,5
	8,36	4,0
	5,57	4,5
	2,79	5,0
	60-Jährige	13,25
11,77		1,5
10,30		2,0
8,83		2,5
7,36		3,0
5,89		3,5
4,42		4,0
2,94		4,5
1,47		5,0

Quelle: DSFI, Stand: Juni 2014

FÖRDER-PFLEGE

Keine Frage offen

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, macht 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 TASCHNE HINZUSCHIESSEN?

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 aus 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 Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht überschreiten. Da die Höhe des Pflegegelds in aller Regel vom jeweiligen Alter des Kunden bei Vertragsabschluss abhängt, erhält die jüngere Kundschaft 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.

WIE STEHT ES DENN MIT EINER GESUNDHEITSPRÜFUNG?

Die gibt es nicht! Alle Versicherer mit einem Förder-Pflege-Produkt unterliegen einem „Kontrahierungszwang“, was heißt: Wer eine solche Police abschließen will, bekommt diese – 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 anbelangt, so dürfen diese zehn Prozent der jeweiligen Bruttoprämie nicht übersteigen.

WIE WERDEN DIE STAATLICHEN ZULAGEN 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 null Aufwand.

WANN/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 dem Patienten attestierte Pflegestufe: Für Kassenpatienten 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 privaten Versicherer das Attest der jeweiligen Pflegekasse vorlegen.

Förderpflege-Tarife für 25-, 40-, 50- und 60-Jährige im Test

Rang	Versicherer	Monatsbeitrag <sup>1)</sup> (in Euro)	monatliche Leistungen (in Euro) bei ambulanter/stationärer Pflege in den Pflegestufen				Pflege-Leistungsindex je 1 Cent	DSFI-Tarifmultiplikator	DSFI-Leistungs-Index	DSFI-Index-Note	Finanzstärke-Note	DSFI-Gesamtnote
			0	I	II	III						
<b>25-Jährige</b>												
1	Central	10,05	177,00	354,00	531,00	1770,00	59,88	1,375	82,34	1,00	1,75	1,19
2	Allianz	11,00	114,00	342,00	684,00	1140,00	49,75	1,475	73,37	1,50	1,00	1,38
3	HanseMerkur	10,00	340,91	340,91	681,82	1363,64	61,36	1,125	69,03	1,50	1,25	1,44
3	Signal/Deutscher Ring	10,00	114,50	343,50	801,50	1145,00	58,97	1,150	67,81	1,50	1,25	1,44
4	Arag	10,00	155,16	310,32	465,48	1551,60	52,75	1,275	67,26	1,50	1,75	1,56
4	R+V	10,00	288,45	288,45	673,05	961,50	52,40	1,350	70,74	1,50	1,75	1,56
4	Barmenia	10,00	112,78	338,34	676,69	1127,81	54,13	1,275	69,02	1,50	1,75	1,56
5	DFV	10,00	110,00	330,00	770,00	1098,00	56,62	1,200	67,94	1,50	2,00	1,63
6	Debeka	10,00	159,58	279,26	558,52	797,88	43,68	1,325	57,88	2,00	1,00	1,75
7	Bayerische Beamten./Union KV	10,04	282,00	282,00	564,00	1410,00	54,77	1,150	62,99	2,00	1,75	1,94
7	Hallesche	10,08	156,00	312,00	468,00	1560,00	52,62	1,175	61,83	2,00	1,75	1,94
7	Nürnberger	10,24	156,00	312,00	468,00	1560,00	51,80	1,200	62,16	2,00	1,75	1,94
8	LVM	10,39	180,00	270,00	540,00	900,00	42,88	1,200	51,45	2,50	1,00	2,13
9	Axa	10,00	75,00	225,00	525,00	750,00	38,63	1,100	42,49	3,00	1,25	2,56
9	DKV <sup>2)</sup>	10,23	116,28	232,56	348,84	1162,80	38,65	1,100	42,51	3,00	1,25	2,56
9	ERGO Direkt	10,00	114,50	229,01	343,51	1145,04	38,93	1,225	47,69	3,00	1,25	2,56

Quelle: DSFI, Stand: Juni 2014

Rang	Versicherer	Monatsbeitrag <sup>1)</sup> (in Euro)	monatliche Leistungen (in Euro) bei ambulanter/ stationärer Pflege in den Pflegestufen				Pflege- Leistungs- index je 1 Cent	DSFI- Tarifmulti- plikator	DSFI- Leistungs- Index	DSFI- Index- Note	Finanz- stärke- Note	DSFI- Gesamt- note
			0	I	II	III						
<b>40-Jährige</b>												
1	Allianz	11,09	63,00	189,00	378,00	630,00	27,27	1,475	40,22	1,0	1,00	1,00
2	Central	10,07	96,00	192,00	288,00	960,00	32,41	1,375	44,57	1,0	1,75	1,19
3	HanseMerkur	10,00	181,45	181,45	362,91	725,81	32,66	1,125	36,74	1,5	1,25	1,44
3	Signal/Deutscher Ring	10,01	61,20	183,60	428,40	612,00	31,49	1,150	36,21	1,5	1,25	1,44
4	Arag	10,00	86,55	173,10	259,65	865,50	29,43	1,275	37,52	1,5	1,75	1,56
4	R+V	11,84	180,00	180,00	420,00	600,00	27,62	1,350	37,28	1,5	1,75	1,56
4	Barmenia	10,00	60,73	182,18	364,37	607,28	29,15	1,275	37,17	1,5	1,75	1,56
5	DFV	10,32	60,00	180,00	420,00	600,00	29,94	1,200	35,93	1,5	2,00	1,63
6	Debeka	12,52	120,00	210,00	420,00	600,00	26,24	1,325	34,77	2,0	1,00	1,75
7	Ergo Direkt	10,00	78,13	156,25	234,38	781,25	26,56	1,225	32,54	2,0	1,25	1,81
8	Bayerische Beamten./Union KV	10,39	162,00	162,00	324,00	810,00	30,40	1,150	34,96	2,0	1,75	1,94
8	Hallesche	10,12	81,00	162,00	243,00	810,00	27,21	1,175	31,98	2,0	1,75	1,94
8	Nürnberger	10,01	84,00	168,00	252,00	840,00	28,53	1,200	34,24	2,0	1,75	1,94
9	LVM	11,54	120,00	180,00	360,00	600,00	25,74	1,200	30,88	2,5	1,00	2,13
10	Axa	13,00	60,00	180,00	420,00	600,00	23,77	1,100	26,15	3,0	1,25	2,56
11	DKV <sup>2)</sup>	10,50	60,00	120,00	180,00	600,00	19,43	1,100	21,37	3,5	1,25	2,94
<b>50-Jährige</b>												
1	Central	10,57	63,00	126,00	189,00	630,00	20,26	1,375	27,86	1,0	1,75	1,19
2	Allianz	18,14	60,00	180,00	360,00	600,00	15,88	1,475	23,42	1,5	1,00	1,38
3	Arag	11,00	60,00	120,00	180,00	600,00	18,55	1,275	23,65	1,5	1,75	1,56
4	Debeka	19,60	120,00	210,00	420,00	600,00	16,76	1,325	22,21	2,0	1,00	1,75
5	Ergo Direkt	11,50	60,00	120,00	180,00	600,00	17,74	1,225	21,73	2,0	1,25	1,81
5	HanseMerkur	14,40	150,00	150,00	300,00	600,00	18,75	1,125	21,09	2,0	1,25	1,81
5	Signal/Deutscher Ring	17,91	60,00	180,00	420,00	600,00	17,25	1,150	19,84	2,0	1,25	1,81
6	Bayerische Beamten./Union KV	12,20	120,00	120,00	240,00	600,00	19,18	1,150	22,06	2,0	1,75	1,94
6	Hallesche	12,20	60,00	120,00	180,00	600,00	16,72	1,175	19,65	2,0	1,75	1,94
6	Nürnberger	11,32	60,00	120,00	180,00	600,00	18,02	1,200	21,63	2,0	1,75	1,94
6	R+V	20,88	180,00	180,00	420,00	600,00	15,66	1,350	21,14	2,0	1,75	1,94
6	Barmenia	17,68	60,00	180,00	360,00	600,00	16,29	1,275	20,77	2,0	1,75	1,94
7	DFV	18,62	60,00	180,00	420,00	600,00	16,60	1,200	19,91	2,0	2,00	2,00
8	LVM	18,98	120,00	180,00	360,00	600,00	15,65	1,200	18,78	2,5	1,00	2,13
9	Axa	20,44	60,00	180,00	420,00	600,00	15,12	1,100	16,63	3,0	1,25	2,56
10	DKV <sup>2)</sup>	18,44	60,00	120,00	180,00	600,00	11,06	1,100	12,17	3,5	1,25	2,94
<b>60-Jährige</b>												
1	Allianz	31,94	60,00	180,00	360,00	600,00	9,02	1,475	13,30	1,0	1,00	1,00
1	Debeka	31,60	120,00	210,00	420,00	600,00	10,40	1,325	13,77	1,0	1,00	1,00
2	Central	19,06	60,00	120,00	180,00	600,00	10,70	1,375	14,72	1,0	1,75	1,19
3	Ergo Direkt	21,22	60,00	120,00	180,00	600,00	9,61	1,225	11,78	1,5	1,25	1,44
4	Arag	20,40	60,00	120,00	180,00	600,00	10,00	1,275	12,75	1,5	1,75	1,56
4	Bayerische Beamten./Union KV	22,40	120,00	120,00	240,00	600,00	10,45	1,150	12,01	1,5	1,75	1,56
4	R+V	36,48	180,00	180,00	420,00	600,00	8,96	1,350	12,10	1,5	1,75	1,56
5	LVM	31,98	120,00	180,00	360,00	600,00	9,29	1,200	11,14	2,0	1,00	1,75
6	HanseMerkur	27,80	150,00	150,00	300,00	600,00	9,71	1,125	10,93	2,0	1,25	1,81
6	Signal/Deutscher Ring	32,26	60,00	180,00	420,00	600,00	9,58	1,150	11,02	2,0	1,25	1,81
7	Hallesche	22,80	60,00	120,00	180,00	600,00	8,95	1,175	10,51	2,0	1,75	1,94
7	Nürnberger	21,20	60,00	120,00	180,00	600,00	9,62	1,200	11,55	2,0	1,75	1,94
7	Barmenia	31,24	60,00	180,00	360,00	600,00	9,22	1,275	11,75	2,0	1,75	1,94
8	DFV	32,82	60,00	180,00	420,00	600,00	9,41	1,200	11,30	2,0	2,00	2,00
9	Axa	33,64	60,00	180,00	420,00	600,00	9,19	1,100	10,10	2,5	1,25	2,19
10	DKV <sup>2)</sup>	30,92	60,00	120,00	180,00	600,00	6,60	1,100	7,26	3,5	1,25	2,94

<sup>1)</sup> zzgl. 5 Euro vom Staat; Ranking nach DSFI-Gesamtnote; <sup>2)</sup>Förderbonus nach 15 Jahren bei den monatlichen Leistungen in den Pflegestufen 0, I, II, und III unberücksichtigt

Quelle: DSFI, Stand: Juni 2014