

Gesundheit

AM BALL BLEIBEN



Serie

Mega-Thema Pflege

Hätten Sie es gewusst? Die gesetzliche Pflegeversicherung ist lediglich eine „Teilkasko“, welche heute die hohen, realen Kosten medizinisch fachlicher Betreuung Pflegebedürftiger bei Weitem nicht deckt! Ergo ist private Vorsorge angesagt. Welche Policen aber eignen sich am besten, um die Versorgungslücke zu schließen? Unterstützt der Staat Versicherte finanziell bei den Prämien? Und welche Tarife punkten – abhängig vom Einstiegsalter – mit einem Top-Preis-Leistungs-Verhältnis? Antworten auf diese Fragen liefert FOCUS-MONEY in einer dreiteiligen Serie zum Thema Pfl egetagegeld. Den Auftakt macht dabei die sogenannte ergänzende Pflege-Vorsorge-Förderung, die der Bund mit insgesamt 60 Euro jährlich subventioniert. Darauf folgen sogenannte Kombi-Tarife. Den Abschluss bildet schließlich eine ausführliche Analyse klassischer Pfl egetagegeld-Kontrakte in den beiden Varianten statische und flexible Tarife.

Pflege geht alle an. Darum subventioniert der Staat die ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung mit 60 Euro pro Jahr. Welche Policen für welche Altersgruppen top sind

Kühnert-Krise, Debakel bei den Wahlen zum Europa-Parlament und den Landtagswahlen in Bremen sowie Nahles-Abgang: Die SPD braucht dieser Tage dringend Erfolge. Darum gibt sie als Volkspartei Gas bei der Reform des Sozialstaats, etwa bei der Pflege. So wollen die Sozialdemokraten die Pflegekosten für Heimbewohner grundlegend neu aufteilen: Der Eigenanteil an den reinen Pflegekosten, den Pflegebedürftige respektive deren Angehörige zahlen müssen, soll künftig gedeckelt werden, darüber hinaus gehende Pflegekosten die gesetzliche Pflegepflichtversicherung tragen. Unberührt davon aber bleiben Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung. Diese müssten Pflegepatienten nach wie vor selbst tragen.

Der SPD-Vorstoß hat seine Berechtigung, denn: Im Bundesdurchschnitt liegt der Eigenanteil für Patienten bei 1800 Euro, so der Verband der Privaten Krankenversicherung. Berechnungen des GKV-Spitzenverbands zufolge tragen Bewohner von Pflegeeinrichtungen heuer 447 Euro im Monat an Investitionskosten, 728 Euro für Unterkunft und Verpflegung sowie 655 Euro an Eigenbeteiligung an pflegebedingten Aufwendungen.

Auch zahlt die gesetzliche Pflegeversicherung nur einen Zuschuss zu den Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer Pflegeklinik. Wie hoch dieser ausfällt hängt vom jeweiligen Pflegegrad des Patienten ab. Diesen diagnostizieren bei gesetzlich Krankenversicherten die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und bei Privatpatienten die rund 900 Experten von Medicproof.

Lücke bleibt. Derzeit liegt das Gesetzes-Projekt der SPD zur Deckelung der Eigenbeiträge von Bewohnern von Pflegeeinrichtungen auf Eis, nachdem die unions-geführten Länder

nicht mitziehen wollten. Selbst wenn die SPD sich mit ihrer Idee doch durchsetzen könnte, avanciert die gesetzliche Pflegeversicherung nicht zur „Vollkasko“. Sie bleibt vom Konzept her weiterhin eine „Teilkasko“, die Patienten nicht in vollem Umfang die realen Kosten für eine professionelle medizinische Pflege in ihrer gewohnten Umgebung oder einer Pflegeklinik ersetzt. Vor dem Hintergrund happiger Forderungen stationärer Pflegeplätze sind die pekuniären Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung viel zu gering. Das verdeutlicht eine Modell-Rechnung der Deutschen Seniorenstift Gesellschaft: So muss ein stationär betreuter Patient mit Pflegegrad 3 für die Pflegeeinrichtung monatlich 2780,08 Euro aufbringen. Davon entfallen 1656,98 Euro auf Pflege und soziale Betreuung, 425,27 Euro auf die Unterkunft und 152,10 Euro auf die Verpflegung. Hinzu kommen 545,73 Euro für Investitionskosten, die dem Träger der Einrichtung im Kontext mit Herstellung, Anschaffung und Instandhaltung der Gebäude und den damit verbundenen technischen Anlagen entstehen.

Und was zahlt heuer die gesetzliche Pflegeversicherung davon? Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3 in einer Pflegeklinik monatlich 1262 Euro. Macht unterm Strich für Betroffene ein dickes Minus von rund 1518 Euro.

Rente kein Retter. Eine Summe, die das Gros der Ruheständler mit ihren Renten kaum kompensieren können. Neusten Berechnungen der Deutschen Rentenversicherung zufolge lag die monatliche Standardrente eines Bürgers mit 45 Versicherungsjahren am 1. Juli 2018 in den alten Bundeslän-



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

Versicherer	Tarif	DFSI-Gesamtnote in den Altersstufen				DFSI-Endnote ¹⁾
		25 Jahre	35 Jahre	45 Jahre	55 Jahre	
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	Hervorragend	Hervorragend	Sehr Gut	Sehr Gut	Hervorragend
Central	central.pflege	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	Sehr Gut	Sehr Gut	Gut	Gut	Sehr Gut
Bayerische Beamten	FörderPflege	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
Debeka	EPG	Sehr Gut	Hervorragend	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
HALLESCHER	FÖRDERbar	Sehr Gut	Sehr Gut	Gut	Gut	Sehr Gut
HanseMerkur	PB	Sehr Gut	Sehr Gut	Gut	Gut	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	Hervorragend	Hervorragend	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
Union	FörderPflege	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
AXA	GEPV	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP	Gut	Gut	Gut	Sehr Gut	Gut
ERGO	GEPV	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
LVM	PTG	Gut	Sehr Gut	Gut	Sehr Gut	Gut
Nürnberger	NPV	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
SDK	PZ	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut

¹⁾DFSI-Gesamtnote in den Altersstufen 25, 35, 45 und 55 Jahren addiert und durch vier geteilt; ²⁾Leistung inklusive Pflegebonus nach 15 Versicherungsjahren. In den ersten 15 Versicherungsjahren werden geringere Leistungen gezahlt; Ranking nach DFSI-Endnoten

Quelle: DFSI, Stand: Juli 2019

dem bei brutto 1441,35 Euro, in den neuen Bundesländern bei nur 1381,05 Euro – fällige Steuern und Sozialabgaben unberücksichtigt! Sollten die Mittel aus Rente und gesetzlicher Pflege der Patienten nicht reichen, zahlt zwar die Differenz zunächst der Sozialhilfeträger – holt sich jedoch das Geld anschließend bei den unterhaltspflichtigen Kindern wieder zurück. Um nicht Kinder und Verwandte anbetteln zu müssen raten Fachleute heute eindringlich, die Pflegepflichtversicherung mit einer kapitalgedeckten, privaten Pflege-Police flankierend abzusichern. Aus Experten-Sicht durchaus eine gute Wahl zum Schließen der „Pflege-Lücke“ ist die private, ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung, kurz Förder-Pflege. Wo bei Vater Staat das Ganze gar mit jährlich 60 Euro subventioniert (s. Kasten Seite 72).

Nur welche Police ist die Beste? Antworten darauf gibt FOCUS-MONEY. Zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFS) hat MONEY die Tarife am Markt analysiert – und für Kunden von 25, 35, 45 und 55 Jahren die besten herauskristallisiert (s. Methode Seite 73). Ergebnis: „In puncto Leistung erste Wahl über alle Altersgruppen hinweg sind gleichauf Förder-Policen von Allianz und Central“, erklärt Sebastian Ewy, Projektleiter beim DFS (s. Tabelle S. 69). Was hingegen die Tarifmerkmale anbetrifft bieten neben Allianz und Central die beiden Versicherer ARAG und Barmenia hervorragende Leistungen (s. Tabelle unten).

Vogel-Strauß-Methode. Viel zu viele Bundesbürger blenden das Thema Pflege-Vorsorge aus. Jeder Vierte sorgt nicht vor, weil er sich mit dem Thema nicht auskennt, jeder Sechste weil es zu kompliziert sei. Diese Bilanz zieht die Umfrage „Pflege im Alter 2019“ des Meinungsforschers Kantar Emnid im Auftrag der Postbank. Es sind vor allem die Befragten zwischen 18 und 39 Jahren, die das

Thema völlig ausblenden. Diese „Kopf-in-den-Sand-Strategie“ kommt uns teuer zu stehen. Zumal Pflege im Hinblick auf den demografischen Wandel hierzulande zum gesellschaftspolitischen Mega-Thema avanciert ist. Waren zum Stichtag 31. Dezember 2018 laut Bundesgesundheitsministerium noch 3896971 Menschen pflegebedürftig werden bis 2035 voraussichtlich vier Millionen auf Pflege angewiesen sein. Zu diesem Ergebnis kommt das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) in einer Studie. Vor allem in Ostdeutschland sei der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung hoch. So liegt etwa die Quote in Mecklenburg-Vorpommern bei rund fünf Prozent. Zum Vergleich: Der Bundesdurchschnitt rangiert laut IW bei 3,7 Prozent. Angesichts solcher Entwicklungen mahnt das IW müsse die Zahl der Pflegekräfte bis 2035 auf rund eine halbe Millionen steigen. Damit Betroffene nicht immer höhere Eigenanteile für die Pflege zahlen müssten und Pflege nicht zur „Politik nach Kassenlage“ werde, fordert das Institut eine automatische Anpassung der Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung an die Entwicklung der Pflegepreise.

Um das Defizit in der vergangenen Legislaturperiode auszugleichen und in stationären Einrichtungen 13000 neue Pflegekräfte zu finanzieren stieg zum 1. Januar 2019 der Beitragssatz der gesetzlichen Pflegeversicherung um 0,5 Prozentpunkte auf nunmehr 3,05 Prozent. Kinderlose werden etwas mehr zur Kasse gebeten und zahlen fortan 3,30 Prozent. Die Beitragssteigerung werde, so Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, zwar noch bis zum Jahr 2022 reichen. „Aber wir brauchen jetzt schon eine Grundsatzdebatte darüber, was danach passiert“, mahnt Spahn. Einer Studie der Bertelsmann-Stiftung zufolge wird der Beitragssatz Not gedungen wohl weiter angehoben werden müssen. Bis 2045 rechnen die Studien-Autoren mit einer Steigerung von heute 3,05 auf dann 4,25 Prozent. ■ ▷

THOMAS SCHICKLING

Tarifmerkmale: Was Allianz & Co. im Rahmen der Förder-Pflege Versicherten zubilligen



Versicherer	Tarifname	Wartezeit entfällt bei Unfall	neue Wartezeit bei Änderung ¹⁾	Dynamik vor Eintritt des Pflegefalls	Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls	Geltungsbereich	Wohnsitzverlegung	Mindestvertragsdauer	Optionen bei Zahlungsschwierigkeiten	Angabe des Rechnungszinses ²⁾	DFS-Tarif-Note
Allianz	PflegeBahr (PZTGO2)	ja	nein	ja	ja	Weltweit	EWR inkl. CH	keine	ja	ja	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	ja	nein	ja	ja	Weltweit	EWR	2 Jahre	ja	ja	Hervorragend
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	ja	ja	ja	ja	Weltweit	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	nein	Hervorragend
Central	central.pflege	ja	nein	ja	ja	Weltweit	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	ja	Hervorragend
Bayerische Beamten	FörderPflege	ja	nein	nein	nein	Weltweit	EWR inkl. CH	1 Jahre	ja	ja	Sehr Gut
Debeka	EPG	ja	nein	ja	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	1 Jahre	ja	ja	Sehr Gut
DKV	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP	ja	nein	nein	nein	Weltweit	EWR	2 Jahre	nein	ja	Sehr Gut
ERGO	GEPV	ja	ja	nein	nein	Weltweit	EWR	keine	ja	ja	Sehr Gut
HALLESCHE	FÖRDERbar	ja	ja	nein	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	ja	Sehr Gut
LVM	PTG	ja	nein	ja	nein	EWR inkl. CH	EWR	1 Jahre	nein	ja	Sehr Gut
Nürnberger	NPV	ja	nein	nein	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	1 Jahre	nein	ja	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	ja	nein	ja	nein	Weltweit	EWR inkl. CH	1 Jahre	ja	nein	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	ja	nein	ja	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	1 Jahre	nein	nein	Sehr Gut
Union	FörderPflege	ja	nein	nein	nein	Weltweit	EWR inkl. CH	1 Jahre	ja	ja	Sehr Gut
AXA	GEPV	nein	ja	nein	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	nein	Gut
HanseMercur	PB	nein	ja	nein	nein	Weltweit	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	nein	Gut
SDK	PZ	ja	ja	nein	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	2 Jahre	nein	ja	Gut

¹⁾etwa Tarifwechsel/Anpassung des Tagesgeldsatzes; ²⁾im Rahmen der Tarifkalkulation; EWR = Europäischer Wirtschaftsraum; CH = Schweiz; Ranking nach DFSI-Tarif-Noten Quelle: DFSI; Stand: Juli 2019

METHODE

Pfleglicher Umgang

Für FOCUS-MONEY hat das DFSI die ergänzende Pflegeversicherung (Förder-Pflege) für Versicherte im Alter von 25, 35, 45 und 55 Jahren analysiert. Angeschrieben wurden vom DFSI 36 Versicherer. Den Fragebogen komplett ausgefüllt und zurückgesandt haben schließlich 17 Gesellschaften. Um die Leistungsfähigkeit der Tarife beurteilen zu können, haben die Experten des DFSI neben den Tarifbedingungen die Pflegeleistung pro Monat bei ambulanter respektive stationärer Betreuung in den Pflegegraden 1, 2, 3, 4 und 5 abhängig vom jeweiligen Alter des Kunden bei Vertragsschluss untersucht. So wurde en détail bewertet:

I. Tarifbedingungen

Um die Güte der Tarife zu messen, hat das DFSI 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 17 untersuchten Gesellschaften räumen acht der Klientel diese Option ein.

4. Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls

Dazu waren im Test nur die vier Gesellschaften Allianz, Arag, Barmenia und Central 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. Zehn der geprüften Gesellschaften leisten gar mit Einschränkungen rund um den Globus.

6. Geltungsbereich Wohnsitzverlegung

Hier leistet das Gros der Versicherer innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums samt Schweiz.

7. Mindestvertragsdauer

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

8. Optionen 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 DFSI wissen, mit welchem Rechnungszins ihre Aktuarien die Förder-Pflege-Policen kalkulieren. Fünf Unternehmen gaben dazu keine Auskunft.

II. Leistung im Pflegefall

Um die Prämienhöhe der Verträge im Vergleich zueinander zu beurteilen, hat das DFSI 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 Pflegegraden 1 bis 5 wurden – gewichtet – aufaddiert und durch die jeweilige Monatsprämie dividiert. Die Gewichtung orientiert sich dabei an der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten in den einzelnen Pflegegraden: So wurde der Pflegegrad 1 mit zehn Prozent gewichtet, Pflegegrad 2 hingegen mit 35 Prozent, Pflegegrad 3 mit 30 Prozent, Pflegegrad 4 mit 15 Prozent und Pflegegrad 5 mit zehn Prozent.

Beispiel Allianz-Tarif (PZTGO2) für 25-Jährige

$$(99€ \times 10\% + 198€ \times 35\% + 495€ \times 30\% + 792€ \times 15\% + 990€ \times 10\%) / 10,94€ \text{ Prämie} = 40,7$$

Um den Leistungs-Index zu bestimmen, wurde vom DFSI der Pflege-Leistungs-Index mit dem Tarifmultiplikator multipliziert und das Ergebnis – abhängig von der jeweils untersuchten Altersstufe – bepunktet.

Im folgenden Schritt wurden die Punkte des Leistungs-Index mit den umgerechneten Noten der Finanzstärke (s. Tabelle rechts und Finanzstärke-Beihefter in FOCUS-MONEY Heft 12/2019) des jeweiligen privaten Krankenversicherers multipliziert und damit das Gesamtergebnis je Altersstufe ermittelt. Dabei wurde der Leistungs-Index mit 70 Prozent, die Finanzstärke mit 30 Prozent im Hinblick auf das Gesamtergebnis gewichtet.

Umrechnungsskala

Note Finanzstärke	Prozent
1,00	100%
1,25	90%
1,75	75%
2,00	70%
2,25	65%
2,75	55%
3,00	50%
3,25	45%
3,75	35%
4,00	30%

III. Gesamtergebnis

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

DFSI-Notenskala

ab ...Prozent vom erreichten Maximalwert	DFSI-Bewertung
90%	Hervorragend
80%	Sehr Gut
60%	Gut
40%	Befriedigend
20%	Ausreichend
0%	Mangelhaft

Quelle: DFSI

FÖRDER-PFLEGE

Was Sie 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, 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 TASCHE HINZUSCHIESSEN?

Das 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 Pflegegrad 5. Auch müssen die Gesellschaften in den Pflegegraden 1 bis 4 leisten: In Pflegegrad 1 beträgt das Monatsgeld mindestens 60 Euro, in Pflegegrad 2 mindestens 120 Euro, in Pflegegrad 3 mindestens 180 Euro und in Pflegegrad 4 schließlich mindestens 240 Euro. Gut zu wissen: Den 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 Vertragsschluss abhängt, erhält die jüngere Kundschaft für monatlich 15 Euro Mindestprämie in Pflegegrad 5 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 Pflegegrad 5 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 Kasernenpatienten ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen, für Privatpatienten im In- und Ausland hingegen das Unternehmen Medicproof mit seinen rund 900 Gutachterinnen und Gutachtern zuständig. Um Leistungen aus der Förder-Pflege zu erhalten, müssen Pflegepatienten ihrem privaten Versicherer das Attest der jeweiligen Pflegekasse vorlegen.

Förder-Pflege-Tarife für 25-, 35-, 45- und 55-Jährige im Test

Versicherer	Monatsbeitrag in Euro ¹⁾	monatliche Leistung (in Euro) bei ambulanter/stationärer Pflege in den Pflegegraden					Pflege-Leistungs-Index je 1 Cent	DFS1-Tarif-multiplikator	DFS1-Leistungs-Index	Finanzstärke-Note	DFS1-Gesamtnote
		1	2	3	4	5					
25-jährige											
Allianz	10,94	99,00	198,00	495,00	792,00	990,00	40,72	1,525	62,10	1,00	Hervorragend
Central	10,17	153,00	306,00	459,00	612,00	1.530,00	49,65	1,475	73,23	1,75	Hervorragend
R+V	10,00	83,04	249,12	581,28	830,40	830,40	47,75	1,350	64,46	1,00	Hervorragend
ARAG	10,00	121,50	243,30	364,80	486,60	1.216,20	40,14	1,425	57,19	1,00	Sehr Gut
Barmenia	10,00	83,33	250,00	500,00	666,66	833,33	42,92	1,375	59,01	1,25	Sehr Gut
Bayerische Beamten	10,20	120,00	240,00	480,00	840,00	1.200,00	47,65	1,350	64,32	2,00	Sehr Gut
Debeka	10,00	125,00	250,00	541,67	750,01	833,34	45,83	1,350	61,88	1,00	Sehr Gut
HALLESCHE	10,00	150,00	300,00	450,00	750,00	1.500,00	51,75	1,225	63,39	1,75	Sehr Gut
HanseMerkur	10,00	103,21	258,03	516,06	774,08	1.032,11	47,48	1,175	55,79	1,00	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	10,00	92,40	323,40	508,20	693,00	924,00	47,12	1,275	60,08	1,00	Sehr Gut
Union	10,20	120,00	240,00	480,00	840,00	1.200,00	47,65	1,350	64,32	2,00	Sehr Gut
AXA	10,12	76,00	266,00	342,00	646,00	760,00	37,17	1,125	41,82	1,25	Gut
DKV ²⁾	16,36	232,56	348,84	813,96	1.046,52	1.279,08	41,22	1,250	51,53	1,00	Gut
ERGO	10,00	114,50	229,01	343,51	458,02	1.145,04	37,79	1,275	48,18	2,25	Gut
LVM	10,43	87,00	174,00	435,00	696,00	870,00	37,54	1,275	47,86	1,00	Gut
Nürnbergger	10,22	129,00	258,00	387,00	516,00	1.290,00	41,65	1,275	53,11	1,75	Gut
SDK	10,10	111,00	222,00	333,00	555,00	1.110,00	37,92	1,200	45,50	1,75	Gut

¹⁾zzgl. fünf Euro vom Staat; ²⁾Leistung inklusive Pflegebonus nach 15 Versicherungsjahren. In den ersten 15 Versicherungsjahren werden geringere Leistungen gezahlt; Ranking nach DFS1-Gesamtnote;

Quelle: DFS1, Stand: Juli 2019

Versicherer	Monatsbeitrag in Euro ¹⁾	monatliche Leistung (in Euro) bei ambulanter/stationärer Pflege in den Pflegegraden					Pflege-Leistungs-Index je 1 Cent	DFS1-Tarif-multiplikator	DFS1-Leistungs-Index	Finanzstärke-Note	DFS1-Gesamtnote
		1	2	3	4	5					
35-jährige											
Allianz	10,76	69,00	138,00	345,00	552,00	690,00	28,86	1,525	44,01	1,00	Hervorragend
Central	10,26	105,00	210,00	315,00	420,00	1.050,00	33,77	1,475	49,81	1,75	Hervorragend
Debeka	10,30	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	32,04	1,350	43,25	1,00	Hervorragend
R+V	10,76	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	32,06	1,350	43,29	1,00	Hervorragend
ARAG	10,00	86,70	173,10	259,80	346,20	865,50	28,57	1,425	40,71	1,00	Sehr Gut
Barmenia	10,72	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	28,82	1,375	39,63	1,25	Sehr Gut
Bayerische Beamten	10,40	84,00	168,00	336,00	588,00	840,00	32,71	1,350	44,16	2,00	Sehr Gut
HALLESCHE	10,18	99,00	198,00	297,00	495,00	990,00	33,55	1,225	41,10	1,75	Sehr Gut
HanseMerkur	10,00	69,02	172,55	345,09	517,64	690,18	31,75	1,175	37,30	1,00	Sehr Gut
LVM	10,14	63,00	126,00	315,00	504,00	630,00	27,96	1,275	35,65	1,00	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	10,01	64,40	225,40	354,20	483,00	644,00	32,81	1,275	41,83	1,00	Sehr Gut
Union	10,40	84,00	168,00	336,00	588,00	840,00	32,71	1,350	44,16	2,00	Sehr Gut
AXA	10,48	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	28,34	1,125	31,88	1,25	Gut
DKV ²⁾	15,32	144,48	216,72	505,68	650,18	794,64	27,35	1,250	34,19	1,00	Gut
ERGO	10,00	86,71	173,41	260,12	346,82	867,05	28,61	1,275	36,48	2,25	Gut
Nürnbergger	10,14	87,00	174,00	261,00	348,00	870,00	28,31	1,275	36,10	1,75	Gut
SDK	10,12	84,00	168,00	252,00	420,00	840,00	28,64	1,200	34,36	1,75	Gut
45-jährige											
Central	10,18	69,00	138,00	207,00	276,00	690,00	22,37	1,475	32,99	1,75	Hervorragend
Allianz	15,08	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	17,90	1,525	27,30	1,00	Sehr Gut
ARAG	10,40	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	19,04	1,425	27,13	1,00	Sehr Gut
Bayerische Beamten	11,20	60,00	120,00	240,00	420,00	600,00	21,70	1,350	29,29	2,00	Sehr Gut
Debeka	16,96	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	19,46	1,350	26,27	1,00	Sehr Gut
R+V	18,48	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	18,67	1,350	25,20	1,00	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	15,98	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	19,15	1,275	24,41	1,00	Sehr Gut
Union	11,20	60,00	120,00	240,00	420,00	600,00	21,70	1,350	29,29	2,00	Sehr Gut
AXA	16,24	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	18,29	1,125	20,57	1,25	Gut
Barmenia	18,28	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	16,90	1,375	23,24	1,25	Gut
DKV ²⁾	19,70	120,00	180,00	420,00	540,00	660,00	17,66	1,250	22,08	1,00	Gut
ERGO	10,00	60,73	121,46	182,19	242,92	607,29	20,04	1,275	25,55	2,25	Gut
HALLESCHE	10,62	66,00	132,00	198,00	330,00	660,00	21,44	1,225	26,26	1,75	Gut
HanseMerkur	14,70	60,00	150,00	300,00	450,00	600,00	18,78	1,175	22,06	1,00	Gut
LVM	15,32	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	17,62	1,275	22,47	1,00	Gut
Nürnbergger	10,54	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	18,79	1,275	23,95	1,75	Gut
SDK	10,00	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	20,70	1,200	24,84	1,75	Gut
55-jährige											
Central	15,34	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	12,91	1,475	19,04	1,75	Hervorragend
Allianz	25,82	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	10,46	1,525	15,95	1,00	Sehr Gut
ARAG	18,60	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	10,65	1,425	15,17	1,00	Sehr Gut
Bayerische Beamten	20,00	60,00	120,00	240,00	420,00	600,00	12,15	1,350	16,40	2,00	Sehr Gut
Debeka	27,76	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	11,89	1,350	16,05	1,00	Sehr Gut
DKV ²⁾	31,52	120,00	180,00	420,00	540,00	660,00	11,04	1,250	13,80	1,00	Sehr Gut
LVM	25,22	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	10,71	1,275	13,65	1,00	Sehr Gut
R+V	31,24	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	11,04	1,350	14,91	1,00	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	27,86	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	10,98	1,275	14,00	1,00	Sehr Gut
Union	20,00	60,00	120,00	240,00	420,00	600,00	12,15	1,350	16,40	2,00	Sehr Gut
AXA	26,08	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	11,39	1,125	12,81	1,25	Gut
Barmenia	30,76	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	10,05	1,375	13,81	1,25	Gut
ERGO	17,20	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	11,51	1,275	14,68	2,25	Gut
HALLESCHE	17,40	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	11,90	1,225	14,57	1,75	Gut
HanseMerkur	25,40	60,00	150,00	300,00	450,00	600,00	10,87	1,175	12,77	1,00	Gut
Nürnbergger	19,14	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	10,34	1,275	13,19	1,75	Gut
SDK	17,14	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	12,08	1,200	14,49	1,75	Gut

¹⁾zzgl. fünf Euro vom Staat; ²⁾Leistung inklusive Pflegebonus nach 15 Versicherungsjahren. In den ersten 15 Versicherungsjahren werden geringere Leistungen gezahlt; Ranking nach DFS1-Gesamtnote

Quelle: DFS1, Stand: Juli 2019