

Gesundheit

Der Staat subventioniert die ergänzende Pflegeversicherung jährlich mit 60 Euro. Welche Policen für welche Altersgruppe top sind

AS TIME GOES BY

Serie**Tabuthema Pflege**

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist nur eine „Teilkasko“, welche die realen Kosten medizinischer 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 nach 2013, 2014 und 2015 dieses Jahr erneut in einer dreiteiligen Serie zum Thema Pflegetagegeld. Den Auftakt macht die geförderte ergänzende Pflegeversicherung, die der Bund mit insgesamt 60 Euro jährlich subventioniert. Darauf folgen sogenannte Kombi-Tarife. Den Abschluss bildet eine Analyse klassischer Pflegetagegeld-Kontrakte in den Varianten statische und flexible Tarife.

Tue, was des Lohnes wert ist – und begehre keinen! Es gibt sie noch! Menschen unter uns, die nach diesem christlichen Credo Nahestehende ganz im Stillen pflegen – und dabei Ungeheures leisten: „Wenn man die Stundenzahl, die pflegende Angehörige aufwenden, mit dem heutigen Mindestlohn multipliziert, dann liegt die Wertschöpfung bei sage und schreibe 37 Milliarden Euro pro Jahr“, bilanziert Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbands. Eine horrende Summe, die verdeutlicht, wie arbeitsintensiv der Umgang mit Pflegebedürftigen ist.

Urlaub vom Alltag. Umso mehr brauchen Betreuer Freiräume, um lange bei Kräften zu bleiben. Eine Möglichkeit ist die sogenannte Kurzzeitpflege: Bis zu vier Wochen im Jahr kann dabei der Patient stationär in einer Pflegeeinrichtung von Fachkräften umsorgt werden. Die gesetzliche Pflegepflichtversicherung unterstützt den Aufenthalt 2016 mit einem Pauschbetrag von 1612 Euro und mit bis zu 208 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen. Nicht zu vergessen: Das sogenannte Pflegegeld wird den Pflegebedürftigen ebenfalls bis zu einem Monat in halber Höhe weiter ausgezahlt. Will hingegen der Patient in den eigenen vier Wänden bleiben und nicht von Fremden versorgt werden, greift die „Verhinderungspflege“: Die Pflegekasse bezuschusst in diesem Fall das vertretungsweise Wirken durch Bekannte oder professionelle Pflegekräfte tage- oder stundenweise bis zu sechs Wochen per annum pauschal mit 1612 Euro. Vorausgesetzt, der pflegende Angehörige war davor bereits sechs Monate im Einsatz.

Leider nur wenige Pflegenden nutzen diese Angebote für sich. Zu diesem Ergebnis kommt der „Pflegerreport 2016“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Unverständlich, bietet doch gerade der Mix aus familiärer und pro-

fessioneller Pflege gute Voraussetzungen für die Bewältigung des steigenden Pflegebedarfs, so Professor Adelheid Kuhlmei, Mitherausgeberin des „Pflegerreports“. Prognosen des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung zufolge wird bis 2030 die Zahl zu Pflegenden hierzulande um 35 Prozent auf rund 3,5 Millionen steigen. Um dieser Entwicklung gerecht zu werden, hat die Bundesregierung im Januar 2016 das Zweite Pflegestärkungsgesetz auf den Weg gebracht. Aus Sicht von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe „ein Meilenstein für die Pflegebedürftigen und alle, die in unserem Land tagtäglich ihr Bestes geben, um für Pflegebedürftige da zu sein“. Ist das wirklich so?

Die Fakten: Zwar ersetzt die Reform ab Januar 2017 die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade (s. Tabelle Seite 76). Auch werden mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die Beeinträchtigungen von Demenzerkrankten ebenso wie körperliche Defizite gleichrangig in den Gutachten des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Kassen berücksichtigt. Positiv ist zudem, dass das Pflegestärkungsgesetz II die Eigenbeteiligung von im Heim gepflegten Menschen deckelt. Alles gut, nur: Die im Zuge der Reform von der Bundesregierung geplante Anpassung des Pflegebeitrags auf 2,55 Prozent (für Kinderlose 2,8 Prozent) ab 2017 inklusive den Milliarden Euro aus den Reserven der Pflegeversicherung wird zur Refinanzierung der Kosten Pflegebedürftiger vor dem Hintergrund der Demografie in Deutschland bei Weitem nicht reichen.

Zumal bis 2060 der Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung, die sogenannte Pflegequote, auf sieben Prozent hochschnellen dürfte. Mit fatalen finanziellen Folgen für die umlagefinanzierte Pflegepflichtversicherung, deren Ausgaben nach Zahlen des renommierten Fritz ►

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

Rang	Versicherer	Tarif	DFS-Gesamtnote in den Altersstufen				
			25 Jahre	40 Jahre	50 Jahre	60 Jahre	Endnote ¹⁾
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	1,44	1,44	1,44	1,44	1,44
3	Bayerische Beamtenkrankenkasse	FörderPflege	1,56	1,56	1,56	1,56	1,56
3	Union Krankenversicherung	FörderPflege	1,56	1,56	1,56	1,56	1,56
4	Deutscher Ring	PflegeBAHR	1,44	1,44	1,81	1,81	1,63
4	HanseMerkur	PB	1,44	1,44	1,81	1,81	1,63
4	R+V	R+V-Pflege FörderBahr (PKB)	1,44	1,44	1,81	1,81	1,63
4	Signal Kranken	PflegeBAHR	1,44	1,44	1,81	1,81	1,63
5	Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	1,56	1,56	1,94	1,56	1,66
5	Debeka	EPG	2,13	1,75	1,75	1,00	1,66
6	Ergo Direkt	GEPV	2,50	1,75	1,75	1,38	1,84
6	Nürnberger	NPV	1,94	1,94	1,94	1,56	1,84
7	DFV Deutsche Familienversicherung	DFV-FörderPflege	1,81	1,81	2,19	1,81	1,91
8	Hallesche	FÖRDER.bar	1,94	1,94	1,94	1,94	1,94
9	Süddeutsche Krankenversicherung	PZ	2,56	2,19	1,81	1,81	2,09
10	LVM	PTG	2,31	2,31	2,31	1,94	2,22
11	Axa	GEPV	2,56	2,56	2,56	2,19	2,47
12	DKV Deutsche Krankenversicherung ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP	2,50	2,50	2,88	2,50	2,59

¹⁾DFS-Gesamtnoten in den Altersstufen 25, 40, 50 und 60 Jahre addiert und durch vier geteilt; Ranking nach Endnoten; ²⁾Förderbonus nach 15 Jahren bei den monatlichen Leistungen in den Pflegestufen 0, I, II und III unberücksichtigt

Quelle: DFS; Stand: Juli 2016

Pflegestärkungsgesetz I: läuft 2016 aus

Pflegestufe	Pflegegeld (Euro)		Pflegesachleistungen (Euro)		Pflege im Heim (Euro)
	ohne Demenz	mit Demenz ¹⁾	ohne Demenz	mit Demenz ¹⁾	
0	—	123	—	231	—
I	244	316	468	689	1064
II	458	545	1144	1298	1330
III	728	728	1612	1612 ²⁾	1612 ²⁾

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Angaben pro Monat; ¹⁾Pflegebedürftige mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz; ²⁾in Härtefällen bis zu 1995 Euro pro Monat; Pflegegeld = für zu Hause durch Angehörige betreute Pflegebedürftige; Pflegesachleistung: zur Begleitung von Sachleistungen durch professionelle Pflegekräfte, die Patienten ambulant im häuslichen Umfeld betreuen

Pflegestärkungsgesetz II: greift ab 2017

Pflege-grad	Definition	Pflege-geld (Euro)	Pflege zu Hause Sachleistung (Euro)	Pflege im Heim (Euro)
I	geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	125	—	125
II	erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	316	689	770
III	schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	545	1298	1262
IV	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	728	1612	1775
V	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit bes. Anforderungen an pfleg. Versorgung	901	1995	2005

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit; Angaben pro Monat

Pflegegeld = für zu Hause durch Angehörige betreute Pflegebedürftige; Pflegesachleistung: zur Begleitung von Sachleistungen durch professionelle Pflegekräfte, die Patienten ambulant im häuslichen Umfeld betreuen

Beske Instituts binnen 34 Jahren auf 41,6 Milliarden Euro explodieren dürften. Verbindlichkeiten, welche aus Sicht von Experten lediglich durch einen Anstieg des Beitrags bis 2060 auf 5,5 Prozent aufzufangen wären. Was künftige Beitragszahler allerdings schlichtweg überfordern dürfte!

Lücke bleibt. Lässt sich vor diesem Hintergrund das Pflegestärkungsgesetz II als „Meilenstein“ feiern? Nur bedingt, bleibt doch die gesetzliche Pflege – trotz besserer Absicherung für Pflegebedürftige – eine „Teilkasko“, die im Falle eines Falles bei Weitem nicht die realen Kosten einer professionellen Pflege zu Hause oder im Heim deckt. Was die Notwendigkeit, das Pflegerisiko in größerem Maß kapitalgedeckt abzusichern, in diesem Jahr verstärkt.

Aus Expertensicht durchaus eine gute Wahl zum Schließen der „Pflegelücke“ ist die private, ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung, kurz Förder-Pflege. Wobei Vater Staat das Ganze immerhin mit jährlich 60 Euro subventioniert (s. Kasten Seite 78). Nur – welche Policen sind top?

Antworten darauf gibt FOCUS-MONEY. Zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSi) in Köln hat FOCUS-MONEY nach 2015 auch 2016 erneut die Tarife am Markt analysiert – und für Kunden von 25, 40, 50 und 60 Jahren die besten herausgefiltert (s. Methode Seite 77). Ergebnis: „In puncto Leistung erste Wahl über alle Altersgruppen hinweg sind gleichauf Förder-Policen von Allianz und Central“, erklärt Sebastian Ewy, Projektleiter beim DFSi (s. Tabelle S. 75). Was jedoch die Tarifbestimmungen anbetrifft, siegte im Test Branchenprimus Allianz deutlich vor Central, Arag und Barmenia (s. Tabelle unten). ■ ►

THOMAS SCHICKLING

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

Rang	Versicherer	Tarifname	Wartezeit entfällt bei Unfall	neue Wartezeit bei Änderung ¹⁾	Dynamik vor Eintritt des Pflegefalls	Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls	Geltungs-bereich	Wohnsitz-verlegung	Mindest-vertrags-dauer	Optionen bei Zahlungs-schwierigkeiten	Angabe des Rechnungs-zinses ²⁾	DFSi-Multiplikator
1	Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	ja	nein	ja	ja	weltweit	EWR/CH	keine	ja	ja	1,525
2	Central	central.pflege	ja	ja	ja	ja	weltweit	EWR/CH	2 Jahre	ja	ja	1,425
3	Arag	ARAG FörderPflege PF	ja	nein	ja	ja	EWR/CH	EWR	2 Jahre	ja	ja	1,375
3	Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	ja	ja	ja	ja	EWR/CH	EWR/CH	2 Jahre	ja	ja	1,375
5	DFV	DFV-FörderPflege	ja	ja	ja	nein	weltweit	weltweit	2 Jahre	nein	ja	1,350
5	Debeka	EPG	ja	nein	ja	nein	EWR/CH	EWR/CH	1 Jahr	ja	ja	1,350
5	R+V	R+V-Pflege FörderBahr (PKB)	ja	ja	ja	nein	weltweit	EWR/CH	1 Jahr	ja	ja	1,350
6	Ergo Direkt	GEPV	ja	ja	nein	nein	weltweit	EWR	keine	ja	ja	1,275
6	Nürnberger	NPV	ja	nein	nein	nein	EWR/CH	EWR/CH	1 Jahr	nein	ja	1,275
8	DKV	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP	ja	nein	nein	nein	weltweit	EWR	2 Jahre	nein	ja	1,250
8	Süddeutsche	PZ	ja	ja	nein	nein	weltweit	EWR/CH	2 Jahre	nein	ja	1,250
8	Bayerische B.	FörderPflege	ja	ja	nein	nein	weltweit	EWR	1 Jahr	ja	ja	1,250
8	Union	FörderPflege	ja	ja	nein	nein	weltweit	EWR	1 Jahr	ja	ja	1,250
9	Hallesche	FÖRDER.bar	ja	ja	nein	nein	EWR/CH	EWR/CH	2 Jahre	ja	ja	1,225
9	LVM	PTG	ja	ja	ja	nein	EWR/CH	EWR	1 Jahr	nein	ja	1,225
10	Deutscher Ring	PflegeBAHR	ja	nein	ja	nein	EWR	EWR	1 Jahr	ja	nein	1,200
10	Signal	PflegeBAHR	ja	nein	ja	nein	EWR	EWR	1 Jahr	ja	nein	1,200
11	HanseMerkur	PB	nein	ja	nein	nein	weltweit	EWR/CH	2 Jahre	ja	nein	1,175
12	Axa	GEPV	nein	ja	nein	nein	EWR/CH	EWR/CH	2 Jahre	ja	nein	1,125

¹⁾etwa Tarifwechsel/Anpassung des Tagesgeldsatzes; ²⁾im Rahmen der Tarifkalkulation; EWR = Europäischer Wirtschaftsraum; CH = Schweiz

Quelle: DFSi, Stand: Juli 2016



METHODE

Sehr pfleglich

Für FOCUS-MONEY hat das DFSI die neue Förder-Pflege für Versicherte im Alter von 25, 40, 50 und 60 Jahren analysiert. Angeschrieben wurden vom DFSI 42 Versicherer. Den Fragebogen komplett ausgefüllt und zurückgesandt haben schließlich 19 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 Pflegestufen 0, I, II und III abhängig vom jeweiligen Alter des Kunden bei Vertragsabschluss 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 Sinn 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

Beim gleichen Versicherer 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 19 untersuchten Gesellschaften räumen zehn der Klientel diese Option ein.

4. Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls

Dazu waren im Test nur die vier Gesellschaften Allianz, Central, Arag und Barmenia 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. Allein die DfV leistet im Test weltweit.

7. Mindestvertragsdauer

Die Musterbedingungen gehen im Allgemeinen von ein bis zwei Jahren aus. Allianz 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 ihren Kunden 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. Nur vier Unternehmen gaben bewusst 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 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 40-Jährige

$$(63 \text{ €} \times 15 \% + 189 \text{ €} \times 35 \% + 378 \text{ €} \times 35 \% + 630 \text{ €} \times 15 \%) / 11,09 \text{ € Prämie} = 27,27$$

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 – benotet. Dazu wurde der Höchstwert mit der Note 1,0 gleichgesetzt. Ergebnisse ≤ 10 Prozent des Höchstwerts erhielten die Note 1,5. Von diesem Wert wiederum ausgehende Ergebnisse ≤ 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 (siehe Finanzstärke-Beihefter in FOCUS-MONEY Heft 15/2016) des jeweiligen privaten Krankenversicherers multipliziert und damit das Gesamtergebnis je Altersstufe ermittelt. Dabei wurde der Leistungs-Index 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 DFSI-Gesamtnoten in den insgesamt vier analysierten Altersgruppen aufaddiert, durch vier geteilt – und so die Endnote des Versicherers ermittelt.

Leistungs-Indizes und DFSI-Noten

Altersgruppe Versicherte	Leistungs-Index ab	DFSI-Gesamtnote
25-Jährige	76,80	1,0
	68,26	1,5
	59,73	2,0
	51,20	2,5
	42,66	3,0
	34,13	3,5
	25,60	4,0
40-Jährige	17,07	4,5
	41,57	1,0
	36,95	1,5
	32,33	2,0
	27,71	2,5
	23,09	3,0
	18,48	3,5
50-Jährige	13,86	4,0
	9,24	4,5
	25,99	1,0
	23,10	1,5
	20,21	2,0
	17,33	2,5
	14,44	3,0
60-Jährige	11,55	3,5
	8,66	4,0
	5,78	4,5
	13,73	1,0
	12,20	1,5
	10,68	2,0
	9,15	2,5
	7,63	3,0
	6,10	3,5
	4,58	4,0
	3,05	4,5

Quelle: DFSI Stand: Juli 2016

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 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 mindestens 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 anzubieten. 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 Pflegestufe III mehr als die vorgeschriebenen 600 Euro. Umgekehrt kann es bei älteren Versicherten vorkommen, dass sie einen höheren Eigenanteil als monat-

lich 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“: Wer eine solche Police abschließen will, bekommt diese – unabhängig von seinem aktuellen Gesundheitszustand, sofern er noch nicht pflegebedürftig ist.

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 Mediproof mit seinen 1100 freiberuflichen 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-, 40-, 50- und 60-Jährige im Test

Rang	Versicherer	Monats- beitrag ¹⁾ (in Euro)	monatliche Leistung (in Euro) bei ambulanter/ stationärer Pflege in den Pflegestufen				Pflege- Leistungs-Index je 1 Cent	DFSI- Tarif- multiplikator	DFSI- Leistungs- Index	DFSI- Index- note	Finanz- stärke- note	DFSI- Gesamt- note
			0	I	II	III						
25-Jährige												
1	Central	10,05	177,00	354,00	531,00	1.770,00	59,88	1,425	85,33	1,0	1,75	1,19
2	Allianz	11,00	114,00	342,00	684,00	1.140,00	49,75	1,525	75,86	1,5	1,00	1,38
3	Arag	10,00	160,80	321,30	482,10	1.607,10	54,64	1,375	75,13	1,5	1,25	1,44
3	Deutscher Ring	10,00	114,50	343,50	801,50	1.145,00	58,97	1,200	70,76	1,5	1,25	1,44
3	HanseMerkur	10,00	340,91	340,91	681,82	1.363,64	61,36	1,175	72,10	1,5	1,25	1,44
3	R+V	10,00	288,45	288,45	673,05	961,50	52,40	1,350	70,74	1,5	1,25	1,44
3	Signal	10,00	114,50	343,50	801,50	1.145,00	58,97	1,200	70,76	1,5	1,25	1,44
4	Barmenia	10,00	112,78	338,34	676,69	1.127,81	54,13	1,375	74,44	1,5	1,75	1,56
4	Bayerische Beamtenk.	10,04	282,00	282,00	564,00	1.410,00	54,77	1,250	68,46	1,5	1,75	1,56
4	Union	10,04	282,00	282,00	564,00	1.410,00	54,77	1,250	68,46	1,5	1,75	1,56
5	DFV	10,00	110,00	330,00	770,00	1.098,00	56,62	1,350	76,44	1,5	2,75	1,81
6	Hallesche	10,08	156,00	312,00	468,00	1.560,00	52,62	1,225	64,46	2,0	1,75	1,94
6	Nürnberger	10,24	156,00	312,00	468,00	1.560,00	51,80	1,275	66,04	2,0	1,75	1,94
7	Debeka	10,00	159,58	279,26	558,52	797,88	43,68	1,350	58,97	2,5	1,00	2,13
8	LVM	10,39	180,00	270,00	540,00	900,00	42,88	1,225	52,53	2,5	1,75	2,31
9	DKV ²⁾	11,51	116,28	232,56	348,84	1.162,80	34,35	1,250	42,94	3,0	1,00	2,50
9	Ergo Direkt	10,00	114,50	229,01	343,51	1.145,04	38,93	1,275	49,64	3,0	1,00	2,50
10	Axa	10,00	75,00	225,00	525,00	750,00	38,63	1,125	43,45	3,0	1,25	2,56
10	Süddeutsche	10,05	114,00	228,00	342,00	1.140,00	38,57	1,250	48,21	3,0	1,25	2,56

¹⁾zzgl. fünf Euro vom Staat; Ranking nach DFSI-Gesamtnote; ²⁾Förderbonus nach 15 Jahren bei den monatlichen Leistungen in den Pflegestufen 0, I, II und III unberücksichtigt

Rang	Versicherer	Monats- beitrag ¹⁾ (in Euro)	monatliche Leistung (in Euro) bei ambulanter/ stationärer Pflege in den Pflegestufen				Pflege- Leistungs-Index je 1 Cent	DFSI- Tarif- multiplikator	DFSI- Leistungs- Index	DFSI- Index- note	Finanz- stärke- note	DFSI- Gesamt- note
			0	I	II	III						
40-Jährige												
1	Allianz	11,09	63,00	189,00	378,00	630,00	27,27	1,525	41,58	1,0	1,00	1,00
2	Central	10,07	96,00	192,00	288,00	960,00	32,41	1,425	46,19	1,0	1,75	1,19
3	Arag	10,00	86,70	173,10	259,80	865,50	29,43	1,375	40,47	1,5	1,25	1,44
3	Deutscher Ring	10,01	61,20	183,60	428,40	612,00	31,49	1,200	37,78	1,5	1,25	1,44
3	HanseMerkur	10,00	181,45	181,45	362,91	725,81	32,66	1,175	38,38	1,5	1,25	1,44
3	R+V	11,84	180,00	180,00	420,00	600,00	27,62	1,350	37,28	1,5	1,25	1,44
3	Signal	10,01	61,20	183,60	428,40	612,00	31,49	1,200	37,78	1,5	1,25	1,44
4	Barmenia	10,00	60,73	182,18	364,37	607,28	29,15	1,375	40,08	1,5	1,75	1,56
4	Bayerische Beamtenk.	10,39	162,00	162,00	324,00	810,00	30,40	1,250	38,01	1,5	1,75	1,56
4	Union	10,39	162,00	162,00	324,00	810,00	30,40	1,250	38,01	1,5	1,75	1,56
5	Debeka	12,52	120,00	210,00	420,00	600,00	26,24	1,350	35,42	2,0	1,00	1,75
5	Ergo Direkt	10,00	78,13	156,25	234,38	781,25	26,56	1,275	33,87	2,0	1,00	1,75
6	DFV	10,32	60,00	180,00	420,00	600,00	29,94	1,350	40,42	1,5	2,75	1,81
7	Hallesche	10,12	81,00	162,00	243,00	810,00	27,21	1,225	33,34	2,0	1,75	1,94
7	Nürnberger	10,01	84,00	168,00	252,00	840,00	28,53	1,275	36,38	2,0	1,75	1,94
8	Süddeutsche Krankenv.	10,10	74,00	148,00	222,00	740,00	24,91	1,250	31,14	2,5	1,25	2,19
9	LVM	11,54	120,00	180,00	360,00	600,00	25,74	1,225	31,53	2,5	1,75	2,31
10	DKV ²⁾	11,02	60,00	120,00	180,00	600,00	18,51	1,250	23,14	3,0	1,00	2,50
11	Axa	13,00	60,00	180,00	420,00	600,00	23,77	1,125	26,74	3,0	1,25	2,56
50-Jährige												
1	Central	10,57	63,00	126,00	189,00	630,00	20,26	1,425	28,88	1,0	1,75	1,19
2	Allianz	18,14	60,00	180,00	360,00	600,00	15,88	1,525	24,21	1,5	1,00	1,38
3	Arag	11,00	60,00	120,00	180,00	600,00	18,55	1,375	25,50	1,5	1,25	1,44
4	Bayerische Beamtenk.	12,20	120,00	120,00	240,00	600,00	19,18	1,250	23,98	1,5	1,75	1,56
4	Union	12,20	120,00	120,00	240,00	600,00	19,18	1,250	23,98	1,5	1,75	1,56
5	Debeka	19,60	120,00	210,00	420,00	600,00	16,76	1,350	22,63	2,0	1,00	1,75
5	Ergo Direkt	11,50	60,00	120,00	180,00	600,00	17,74	1,275	22,62	2,0	1,00	1,75
6	Deutscher Ring	17,91	60,00	180,00	420,00	600,00	17,25	1,200	20,70	2,0	1,25	1,81
6	HanseMerkur	14,40	150,00	150,00	300,00	600,00	18,75	1,175	22,03	2,0	1,25	1,81
6	R+V	20,88	180,00	180,00	420,00	600,00	15,66	1,350	21,14	2,0	1,25	1,81
6	Signal	17,91	60,00	180,00	420,00	600,00	17,25	1,200	20,70	2,0	1,25	1,81
6	Süddeutsche Krankenv.	12,52	60,00	120,00	180,00	600,00	16,29	1,250	20,37	2,0	1,25	1,81
7	Barmenia	17,68	60,00	180,00	360,00	600,00	16,29	1,375	22,40	2,0	1,75	1,94
7	Hallesche	12,20	60,00	120,00	180,00	600,00	16,72	1,225	20,48	2,0	1,75	1,94
7	Nürnberger	11,32	60,00	120,00	180,00	600,00	18,02	1,275	22,98	2,0	1,75	1,94
8	DFV	18,62	60,00	180,00	420,00	600,00	16,60	1,350	22,40	2,0	2,75	2,19
9	LVM	18,98	120,00	180,00	360,00	600,00	15,65	1,225	19,17	2,5	1,75	2,31
10	Axa	20,44	60,00	180,00	420,00	600,00	15,12	1,125	17,01	3,0	1,25	2,56
11	DKV ²⁾	18,92	60,00	120,00	180,00	600,00	10,78	1,250	13,48	3,5	1,00	2,88
60-Jährige												
1	Allianz	31,94	60,00	180,00	360,00	600,00	9,02	1,525	13,75	1,0	1,00	1,00
1	Debeka	31,60	120,00	210,00	420,00	600,00	10,40	1,350	14,03	1,0	1,00	1,00
2	Central	19,06	60,00	120,00	180,00	600,00	10,70	1,425	15,25	1,0	1,75	1,19
3	Ergo Direkt	21,22	60,00	120,00	180,00	600,00	9,61	1,275	12,26	1,5	1,00	1,38
4	Arag	20,60	60,00	120,00	180,00	600,00	9,90	1,375	13,62	1,5	1,25	1,44
5	Barmenia	31,24	60,00	180,00	360,00	600,00	9,22	1,375	12,68	1,5	1,75	1,56
5	Bayerische Beamtenk.	22,40	120,00	120,00	240,00	600,00	10,45	1,250	13,06	1,5	1,75	1,56
5	Nürnberg er	21,20	60,00	120,00	180,00	600,00	9,62	1,275	12,27	1,5	1,75	1,56
5	Union	22,40	120,00	120,00	240,00	600,00	10,45	1,250	13,06	1,5	1,75	1,56
6	Deutscher	32,26	60,00	180,00	420,00	600,00	9,58	1,200	11,49	2,0	1,25	1,81
6	DFV	32,82	60,00	180,00	420,00	600,00	9,41	1,350	12,71	1,5	2,75	1,81
6	HanseMerkur	27,80	150,00	150,00	300,00	600,00	9,71	1,175	11,41	2,0	1,25	1,81
6	R+V	36,48	180,00	180,00	420,00	600,00	8,96	1,350	12,10	2,0	1,25	1,81
6	Signal	32,26	60,00	180,00	420,00	600,00	9,58	1,200	11,49	2,0	1,25	1,81
6	Süddeutsche Krankenv.	21,70	60,00	120,00	180,00	600,00	9,40	1,250	11,75	2,0	1,25	1,81
7	Hallesche	22,80	60,00	120,00	180,00	600,00	8,95	1,225	10,96	2,0	1,75	1,94
7	LVM	31,98	120,00	180,00	360,00	600,00	9,29	1,225	11,38	2,0	1,75	1,94
8	Axa	33,64	60,00	180,00	420,00	600,00	9,19	1,125	10,33	2,5	1,25	2,19
9	DKV ²⁾	31,54	60,00	120,00	180,00	600,00	6,47	1,250	8,08	3,0	1,00	2,50

Quelle: DFS; Stand: Juli 2016