

Gesundheit


VOR-DENKEN

Der Bund unterstützt die private, ergänzende Pflegeversicherung mit 60 Euro pro Jahr. Die besten Tarife für vier Altersgruppen im Check

Serie

Megathema Pflege

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist nur eine „Teilkasko“, welche die realen Kosten medizinischer Betreuung Pflegebedürftiger bei Weitem nicht deckt. Also ist private Vorsorge angesagt. Welche Policen aber 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 Top-Preis-Leistungs-Verhältnis? Antworten auf diese Fragen liefert FOCUS-MONEY nach 2013 und 2014 jetzt erneut wieder in einer dreiteiligen Serie zum Thema Pfl egetagegeld. 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 Pfl egetagegeld-Kontrakte in den Varianten statische und flexible Tarife.



Vater und Sohn: Von der staatlich subventionierten sogenannten Pflege-Vorsorgeförderung profitieren Jung und Alt

Politiker lieben das Stilmittel Hyperbel, übertreiben sie doch allzu gern über das Glaubwürdige hinaus. Da ist Hilde Mattheis keine Ausnahme. Für die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion ist der Referentenentwurf vom Juni 2015 für das „Pflegerstärkungsgesetz II“ ein „Meilenstein für die Lebensqualität und Teilhabe pflegebedürftiger Menschen“. Experten hegen jedoch Zweifel. Zwar ersetzt die Reform, passiert sie den Bundestag, ab 2017 die bis dato drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade (s. Tabelle S. 70). Auch werden mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die Beeinträchtigungen von Demenzkranken ebenso wie körperliche Defizite gleichrangig in den Gutachten von Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenkassen berücksichtigt. Das dürfte laut Regierung einer halben Million Menschen erstmals Ansprüche auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflege sichern.

Nur: Die bei der Reform von der Bundesregierung geplante Erhöhung des Pflegebeitrags auf 2,55 Prozent (für Kinderlose 2,8 Prozent) ab 2017 inklusive vier Milliarden Euro aus Reserven der Pflegeversicherung wird zur Finanzierung der Kosten künftig Pflegebedürftiger angesichts der Demografie in Deutschland bei Weitem nicht reichen: Laut Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) wird allein bis 2030 die Zahl der zu Pflegenden hierzulande um etwa 35 Prozent steigen (s. Grafik S. 70). „Triebfeder dieser Entwicklung ist die Alterung der starken Babyboomer-Jahrgänge der in den 50er- und 60er-Jahren Geborenen“, sagt Stephan Kühntopf vom BiB.

Prekäre Pflegequote. Parallel zu diesem bedrohlichen Szenario schrumpft die Zahl der Bundesbürger. Berechnungen des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-

Forschung in Kiel zufolge wird bis 2060 der Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung, die sogenannte Pflegequote, von heute 2,9 auf sieben Prozent hochschnellen. Mit fatalen finanziellen Folgen für die umlagefinanzierte Pflegepflichtversicherung, deren Ausgaben nach Zahlen des Beske Instituts binnen den nächsten 35 Jahren auf 41,6 Milliarden Euro explodieren dürften. Ausgaben, welche nur durch einen sukzessiven Anstieg des Beitrags bis 2060 auf 5,5 Prozent aufzufangen wären.

Solch nackte Zahlen vor Augen: Lässt sich so das geplante „Pflegerstärkungsgesetz II“ als wahrer „Meilenstein“ deklarieren? Kaum! Die Reform ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, sie kann aber die wunden Finanzen nicht heilen. Damit bleibt die gesetzliche Pflege nur eine „Teilkasko“, die bei Erkrankung nicht die realen Kosten einer professionellen Pflege zu Hause oder im Heim deckt. Was die Notwendigkeit der Bürger, ihr Pflegerisiko flankierend kapitalgedeckt abzusichern, künftig verstärkt.

Aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit eine gute Wahl zum Schließen der „Pflege-Lücke“ ist die private, ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung, kurz Förderpflege. Zumal der Staat das Ganze mit jährlich 60 Euro subventioniert. Nur, welcher Tarif ist aktuell der beste?

Die beste Förder-Pflege. Antworten darauf gibt FOCUS-MONEY. Zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSI) in Köln hat FOCUS-MONEY die Kontrakte am Markt analysiert – und für Kunden von 25, 40, 50 und 60 Jahren die besten herausgefiltert (s. Methode S. 71). „In puncto Leistung erste Wahl über alle Altersgruppen hinweg sind gleichauf die Förder-Policen von Allianz, Arag und Central“, bilanziert Sebastian Ewy, Projektleiter beim DFSI (s. Tabelle unten). ▶

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

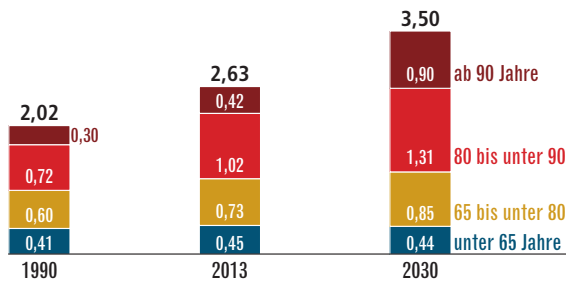
Rang	Versicherer	Tarif	DFSI-Gesamtnote in den Altersstufen				
			25 Jahre	40 Jahre	50 Jahre	60 Jahre	Endnote ¹⁾
1	Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	1,38	1,00	1,38	1,00	1,19
1	Arag	Arag FörderPflege PF	1,19	1,19	1,19	1,19	1,19
1	Central	central.pflege	1,19	1,19	1,19	1,19	1,19
2	Barmenia	Förder-Pflege (DFPV)	1,19	1,56	1,56	1,56	1,47
3	R+V	R+V-Pflege FörderBahr (PKB)	1,44	1,44	1,81	1,44	1,53
4	Nürnberger	NPV	1,56	1,56	1,56	1,56	1,56
5	HanseMerkur	PB	1,44	1,44	1,81	1,81	1,63
6	Bayerische Beamtenkrankenkasse	FörderPflege	1,94	1,56	1,56	1,56	1,66
6	Deutscher Ring Kranken	PflegeBAHR	1,56	1,56	1,94	1,56	1,66
6	Signal Kranken	PflegeBAHR	1,56	1,56	1,94	1,56	1,66
6	Union Krankenversicherung	FörderPflege	1,94	1,56	1,56	1,56	1,66
7	Alte Oldenburger	Pflege Bahr	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75
8	DFV Deutsche Familienversicherung	DFV-FörderPflege	1,63	1,63	2,00	2,00	1,81
9	Hallesche	FÖRDERbar.	1,94	1,94	1,94	1,94	1,94
10	LVM	PTG	2,38	2,00	2,00	1,63	2,00
11	Provincial	VGH PflegeBahr	2,06	2,06	2,06	2,06	2,06
12	Ergo Direkt	GEPV	2,56	2,19	1,81	1,81	2,09
13	Axa Krankenversicherung	GEPV	2,56	2,19	2,19	1,81	2,19
14	Süddeutsche Krankenversicherung	PZ	2,69	2,31	2,31	1,94	2,31
15	DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP	2,56	2,94	2,94	2,94	2,84

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

Unaufhaltsame Entwicklung

Pflegebedürftige in Deutschland

in Millionen, nach Altersgruppen, 2030 Prognose



Quellen: Statistisches Bundesamt, BIB

Pflegestärkungsgesetz II: was es leistet

Pflege- stufe	Definition	Pflegegeld (Euro)	Pflege im Heim (Euro)
I	geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	125	125
II	erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	316	770
III	schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	545	1262
IV	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	728	1775
V	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit bes. Anforderungen an pfleg. Versorgung	901	2005

Pflegegeld = für zu Hause betreute Pflegebedürftige

Quelle: Referentenentwurf Bundesministerium für Gesundheit; Angaben pro Monat

Was die Tarifbestimmungen betrifft, siegte im Test die Allianz vor Arag, Barmenia und Central (s. Tabelle unten).

Mit derzeit gut 2,7 Millionen Pflegebedürftigen ist das Thema Pflege in der Mitte unserer Gesellschaft angekommen. Rund 56 Prozent der Bundesbürger haben Pflegebedürftige oder Pflegenden im privaten Umfeld. Zu diesem Ergebnis kommt der „Meinungspuls“ des Marktforschers Forsa. Zwei von zehn Befragten kümmern sich regelmäßig um Nahestehende, die im Heim leben. Und jeder Sechste betreut Erkrankte bei sich zu Hause, so die Forsa-Studie.

Fakten, die deutlich machen, wie wichtig die private Förder-Pflege als Vorsorgebaustein ist: Ab 15 Euro Prämie pro Monat – von denen der Staat fünf Euro trägt – lässt sich die Pflege-Lücke mittels Police selbst bei schwerster Erkrankung und vollstationärer Betreuung schließen.

Früh starten. Vorausgesetzt, der Entschluss reift früh. Warum? Junge Menschen können dank des Zinseszins-effekts höhere Anwartschaften bilden. Beispiel: Wer jetzt als 25-Jähriger zum Tarif Förder-Pflege der Arag (s. Tabelle S. 72) greift und 120 Euro pro Jahr aus eigener Tasche in den Tarif ein-zahlt, erhält im Fall eines Falles in Pflegestufe III vom Versicherer monatlich 1607,10 Euro. Das ist in etwa die vom Verband der Ersatzkassen (VDEK) und Statistischen Bundesamt errechnete Summe, um die Versorgungslücke in Stufe III zu schließen.

Doch auch für Ältere mit Vorerkrankungen ist die Förder-Pflege interessant. Denn alle Versicherer mit Förder-Police unterliegen dem sogenannten Kontrahierungszwang: Wer einen Förder-Vertrag will, bekommt ihn – unabhängig vom individuellen Gesundheitszustand! ■▷

THOMAS SCHICKLING

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

Rang	Versicherer	Wartezeit enfällt bei Unfall	neue Wartezeit bei Änderung ¹⁾	Dynamik vor Eintritt des Pflegefalles	Dynamik nach Eintritt des Pflegefalles	Wohnsitzverlegung	Mindest- vertragsdauer in Jahren	Optionen bei Zahlungs- schwierigkeiten	Angabe des Rechnungs- zinsesz ²⁾	DFSI-Multi- plikator
1	Allianz	ja	nein	ja	ja	EWB und Schweiz	0	ja	ja	1,425
2	Arag	ja	nein	ja	ja	EWB	2	ja	ja	1,325
2	Barmenia	ja	ja	ja	ja	EWB und Schweiz	2	ja	ja	1,325
2	Central	ja	ja	ja	ja	EWB und Schweiz	2	ja	ja	1,325
3	R+V	ja	nein	ja	nein	EWB und Schweiz	1	ja	ja	1,300
4	Nürnberger	ja	nein	ja	nein	EWB und Schweiz	1	nein	ja	1,275
5	LVM	ja	ja	ja	nein	EWB und Schweiz	1	nein	ja	1,225
6	Deutscher Ring	ja	nein	ja	nein	EWB	1	ja	nein	1,200
6	Signal	ja	nein	ja	nein	EWB	1	ja	nein	1,200
7	Alte Oldenburger	ja	nein	nein	nein	BRD	2	ja	ja	1,175
7	Hallesche	ja	ja	nein	nein	EWB und Schweiz	2	ja	ja	1,175
7	Provinzial	ja	nein	nein	nein	BRD	2	ja	ja	1,175
8	DFV	ja	ja	ja	nein	EWB	2	nein	ja	1,150
8	Süddeutsche	ja	ja	nein	nein	EWB und Schweiz	2	nein	ja	1,150
8	Bayerische Beamtenk.	ja	ja	nein	nein	EWB	1	ja	ja	1,150
8	Union	ja	ja	nein	nein	EWB	1	ja	ja	1,150
9	Axa	nein	ja	nein	nein	EWB und Schweiz	2	ja	ja	1,125
9	Ergo Direkt	ja	ja	nein	nein	EWB	0	ja	ja	1,125
10	DKV	ja	ja	nein	nein	EWB	2	nein	ja	1,100
11	HanseMerkur	nein	ja	nein	nein	EWB und Schweiz	2	ja	nein	1,075

¹⁾etwa Tarifwechsel/Anpassung Tagesgeldsatz; ²⁾ im Rahmen der Tarifikalkulation; EWB = Europäischer Wirtschaftsraum

Quelle: DFSI, Stand: Juli 2015



METHODE

Gepflegter Umgang

Für FOCUS-MONEY hat das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSI) in Köln die geförderte, ergänzende Pflegeversicherung (kurz Förder-Pflege) für Versicherte im Alter von 25, 40, 50 und 60 Jahren analysiert. Angeschrieben wurden zu diesem Zweck von den Mitarbeitern des DFSI insgesamt 42 Versicherungsunternehmen, die das Produkt im Portfolio haben. Den Fragebogen komplett ausgefüllt und zurückgeschickt haben schließlich 20 Gesellschaften.

Um die Leistungsfähigkeit der Förder-Pflege-Tarife insgesamt 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 detail bewertet:

I. Tarifbedingungen

Um die Güte der Tarifbedingungen zu messen, hat das DFSI aus acht Kriterien einen Multiplikator gebildet: Der Standardwert 1 konnte dabei auf maximal 1,425 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 bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, Mindestvertragsdauer, Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten und Angabe des Rechnungszinses im Rahmen der Tarifkalkulation positiv im Sinne des Kunden entschied. Die Kriterien:

1. Entfall 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. Positiv für Versicherte: 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. Auch darf der Versicherte die vereinbarten Leistungen dynamisieren. Bei einigen Gesellschaften 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 einige Assekuranzen den Versicherten eine Beitragsdynamik: Prämien und Leistung werden damit alle paar Jahre ohne eine Gesundheitsprüfung angepasst. Von den 20 untersuchten Gesellschaften räumen der Klientel insgesamt zehn diese Option ein.

4. Dynamik NACH Eintritt des Pflegefalls

Dazu waren in der Untersuchung mit Allianz, Central, Arag und Barmenia lediglich insgesamt vier Gesellschaften bereit. Der Rest nahm von dieser Klausel Abstand.

5. Geltungsbereich bei Wohnsitzverlegung ins Ausland

Hier leistet die Majorität der Versicherer innerhalb

des Europäischen Wirtschaftsraums samt Schweiz, weltweit allerdings kein Unternehmen.

6. Mindestvertragsdauer

Die Musterbedingungen gehen im Allgemeinen von zwei Jahren aus. Daran halten sich elf Versicherer im Test. Positiv: Allianz und Ergo Direkt sehen keine Mindestzeiten vor.

7. 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.

8. Angabe des Rechnungszinses

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

II. Leistung im Pflegefall

Um die Prämienhöhe der Verträge im Vergleich zueinander zu beurteilen, hat das DFSI den „Pflege-Leistungsindex“ konzipiert. Dieser informiert darüber, wie viel die Assekuranz in ihrem Tarif pro Cent Prämie bei Pflegebedürftigkeit der Klientel monatlich zahlt. So wurde der Pflege-Leistungsindex je Cent berechnet: Je nach Altersstufe gezahlte Leistungen in den Pflegestufen 0, I, II und III wurden – gewichtet – addiert 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 anhand des Allianz-Tarifs (PZTG02) für 40-jährige Versicherte:

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

Um den „Tarif-Leistungsindex“ zu bestimmen, wurde vom DFSI 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 kleiner/gleich 10 Prozent des Höchstwerts erhielten die Note 1,5. Von diesem Wert wiederum ausgehende Ergebnisse kleiner/gleich 10 Prozent wurden mit der Note 2,0 bewertet ... und so weiter (siehe Tabelle).

Im folgenden Schritt wurde die Note des Tarif-Leistungsindex mit der Note der Finanzstärke des jeweiligen privaten Krankenversicherers multipliziert und damit das Gesamtergebnis je Altersstufe ermittelt. Dabei wurde der Tarif-Leistungsindex mit 75 Prozent, die Finanzstärke hingegen mit 25 Prozent im Kontext des Gesamtergebnisses gewichtet.

III. Gesamtergebnis

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

Leistungsindizes und DFSI-Noten

Altersgruppe Versicherte	Leistungsindex ab	DFSI-Gesamtnote
25-Jährige	71,41	1,0
	63,47	1,5
	55,54	2,0
	47,61	2,5
	39,67	3,0
	31,74	3,5
	23,80	4,0
	15,87	4,5
	8,93	1,0
	34,36	1,5
40-Jährige	30,06	2,0
	25,77	2,5
	21,47	3,0
	17,18	3,5
	12,88	4,0
	8,59	4,5
	24,17	1,0
	21,48	1,5
	18,80	2,0
	16,11	2,5
50-Jährige	13,43	3,0
	10,74	3,5
	8,06	4,0
	5,37	4,5
	12,76	1,0
	11,35	1,5
	9,93	2,0
	8,51	2,5
	7,09	3,0
	5,67	3,5
60-Jährige	4,25	4,0
	2,84	4,5

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2015

FÖRDER-PFLEGE

Auf den Punkt gebracht

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 TASCHЕ 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), bezieht 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 Vertragsschluss abhängt, erhält die jüngere Kundenschaft 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 Kasenpatienten 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.

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

Rang	Versicherer	Monatsbeitrag ¹⁾ (in Euro)	monatliche Leistung (in Euro) bei ambulanter/ stationärer Pflege in den Pflegestufen				Pflege- Leistungsindex 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	Arag	10,00	160,80	321,30	482,10	1607,10	54,64	1,325	72,39	1,0	1,75	1,19
1	Barmenia	10,00	112,78	338,34	676,69	1127,81	54,13	1,325	71,73	1,0	1,75	1,19
1	Central	10,05	177,00	354,00	531,00	1770,00	59,88	1,325	79,34	1,0	1,75	1,19
2	Allianz	11,00	114,00	342,00	684,00	1140,00	49,75	1,425	70,89	1,5	1,00	1,38
3	HanseMerkur	10,00	340,91	340,91	681,82	1363,64	61,36	1,075	65,97	1,5	1,25	1,44
3	R+V	10,00	288,45	288,45	673,05	961,50	52,40	1,300	68,12	1,5	1,25	1,44
4	Deutscher Ring	10,00	114,50	343,50	801,50	1145,00	58,97	1,200	70,76	1,5	1,75	1,56
4	Nürnberger	10,24	156,00	312,00	468,00	1560,00	51,80	1,275	66,04	1,5	1,75	1,56
4	Signal	10,00	114,50	343,50	801,50	1145,00	58,97	1,200	70,76	1,5	1,75	1,56
5	DFV	10,00	110,00	330,00	770,00	1098,00	56,62	1,150	65,11	1,5	2,00	1,63
6	Alte Oldenburger	10,00	143,25	286,50	429,75	1432,50	48,71	1,175	57,23	2,0	1,00	1,75
7	Bayerische Beamtenk.	10,04	282,00	282,00	564,00	1410,00	54,77	1,150	62,99	2,0	1,75	1,94
7	Hallesche	10,08	156,00	312,00	468,00	1560,00	52,62	1,175	61,83	2,0	1,75	1,94
7	Union	10,04	282,00	282,00	564,00	1410,00	54,77	1,150	62,99	2,0	1,75	1,94
8	Provinzial	10,00	143,25	286,50	429,75	1432,50	48,71	1,175	57,23	2,0	2,25	2,06
9	LVM	10,39	180,00	270,00	540,00	900,00	42,88	1,225	52,53	2,5	2,00	2,38
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	DKV ²⁾	10,93	116,28	232,56	348,84	1162,80	36,17	1,100	39,79	3,0	1,25	2,56
10	Ergo Direkt	10,00	114,50	229,01	343,51	1145,04	38,93	1,125	43,80	3,0	1,25	2,56

Rang	Versicherer	Monatsbeitrag ¹⁾ (in Euro)	monatliche Leistung (in Euro) bei ambulanter/ stationärer Pflege in den Pflegestufen				Pflege- Leistungsindex 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	1,425	38,86	1,0	1,00	1,00
2	Arag	10,00	86,70	173,10	259,80	865,50	29,43	1,325	39,00	1,0	1,75	1,19
2	Central	10,07	96,00	192,00	288,00	960,00	32,41	1,325	42,95	1,0	1,75	1,19
3	HanseMerkur	10,00	181,45	181,45	362,91	725,81	32,66	1,075	35,11	1,5	1,25	1,44
3	R+V	11,84	180,00	180,00	420,00	600,00	27,62	1,300	35,90	1,5	1,25	1,44
4	Barmenia	10,00	60,73	182,18	364,37	607,28	29,15	1,325	38,62	1,5	1,75	1,56
4	Bayerische Beamtenk.	10,39	162,00	162,00	324,00	810,00	30,40	1,150	34,96	1,5	1,75	1,56
4	Deutscher Ring	10,01	61,20	183,60	428,40	612,00	31,49	1,200	37,78	1,5	1,75	1,56
4	Nürnberger	10,01	84,00	168,00	252,00	840,00	28,53	1,275	36,38	1,5	1,75	1,56
4	Signal	10,01	61,20	183,60	428,40	612,00	31,49	1,200	37,78	1,5	1,75	1,56
4	Union	10,39	162,00	162,00	324,00	810,00	30,40	1,150	34,96	1,5	1,75	1,56
5	DFV	10,32	60,00	180,00	420,00	600,00	29,94	1,150	34,43	1,5	2,00	1,63
6	Alte Oldenburger	10,00	79,80	159,60	239,40	798,00	27,13	1,175	31,88	2,0	1,00	1,75
7	Hallesche	10,12	81,00	162,00	243,00	810,00	27,21	1,175	31,98	2,0	1,75	1,94
8	LVM	11,54	120,00	180,00	360,00	600,00	25,74	1,225	31,53	2,0	2,00	2,00
9	Provincial	10,00	79,80	159,60	239,40	798,00	27,13	1,175	31,88	2,0	2,25	2,06
10	Axa	13,00	60,00	180,00	420,00	600,00	23,77	1,125	26,74	2,5	1,25	2,19
10	Ergo Direkt	10,00	78,13	156,25	234,38	781,25	26,56	1,125	29,88	2,5	1,25	2,19
50-Jährige												
1	Arag	11,00	60,00	120,00	180,00	600,00	18,55	1,325	24,57	1,0	1,75	1,19
1	Central	10,57	63,00	126,00	189,00	630,00	20,26	1,325	26,85	1,0	1,75	1,19
2	Allianz	18,14	60,00	180,00	360,00	600,00	15,88	1,425	22,62	1,5	1,00	1,38
3	Barmenia	17,68	60,00	180,00	360,00	600,00	16,29	1,325	21,58	1,5	1,75	1,56
3	Bayerische Beamtenk.	12,20	120,00	120,00	240,00	600,00	19,18	1,150	22,06	1,5	1,75	1,56
3	Nürnberger	11,32	60,00	120,00	180,00	600,00	18,02	1,275	22,98	1,5	1,75	1,56
3	Union	12,20	120,00	120,00	240,00	600,00	19,18	1,150	22,06	1,5	1,75	1,56
4	Alte Oldenburger	12,08	60,00	120,00	180,00	600,00	16,89	1,175	19,84	2,0	1,00	1,75
5	Ergo Direkt	11,50	60,00	120,00	180,00	600,00	17,74	1,125	19,96	2,0	1,25	1,81
5	HanseMerkur	14,40	150,00	150,00	300,00	600,00	18,75	1,075	20,16	2,0	1,25	1,81
5	R+V	20,88	180,00	180,00	420,00	600,00	15,66	1,300	20,36	2,0	1,25	1,81
6	Deutscher Ring	17,91	60,00	180,00	420,00	600,00	17,25	1,200	20,70	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	Signal	17,91	60,00	180,00	420,00	600,00	17,25	1,200	20,70	2,0	1,75	1,94
7	DFV	18,62	60,00	180,00	420,00	600,00	16,60	1,150	19,08	2,0	2,00	2,00
7	LVM	18,98	120,00	180,00	360,00	600,00	15,65	1,225	19,17	2,0	2,00	2,00
8	Provincial	12,08	60,00	120,00	180,00	600,00	16,89	1,175	19,84	2,0	2,25	2,06
9	Axa	20,44	60,00	180,00	420,00	600,00	15,12	1,125	17,01	2,5	1,25	2,19
10	Süddeutsche Krankenv.	12,52	60,00	120,00	180,00	600,00	16,29	1,150	18,74	2,5	1,75	2,31
60-Jährige												
1	Allianz	31,94	60,00	180,00	360,00	600,00	9,02	1,425	12,85	1,0	1,00	1,00
2	Arag	20,60	60,00	120,00	180,00	600,00	9,90	1,325	13,12	1,0	1,75	1,19
2	Central	19,06	60,00	120,00	180,00	600,00	10,70	1,325	14,18	1,0	1,75	1,19
3	R+V	36,48	180,00	180,00	420,00	600,00	8,96	1,300	11,65	1,5	1,25	1,44
4	Barmenia	31,24	60,00	180,00	360,00	600,00	9,22	1,325	12,22	1,5	1,75	1,56
4	Bayerische Beamtenk.	22,40	120,00	120,00	240,00	600,00	10,45	1,150	12,01	1,5	1,75	1,56
4	Deutscher Ring	32,26	60,00	180,00	420,00	600,00	9,58	1,200	11,49	1,5	1,75	1,56
4	Nürnberger	21,20	60,00	120,00	180,00	600,00	9,62	1,275	12,27	1,5	1,75	1,56
4	Signal	32,26	60,00	180,00	420,00	600,00	9,58	1,200	11,49	1,5	1,75	1,56
4	Union	22,40	120,00	120,00	240,00	600,00	10,45	1,150	12,01	1,5	1,75	1,56
5	LVM	31,98	120,00	180,00	360,00	600,00	9,29	1,225	11,38	1,5	2,00	1,63
6	Alte Oldenburger	22,08	60,00	120,00	180,00	600,00	9,24	1,175	10,86	2,0	1,00	1,75
7	Axa	33,64	60,00	180,00	420,00	600,00	9,19	1,125	10,33	2,0	1,25	1,81
7	Ergo Direkt	21,22	60,00	120,00	180,00	600,00	9,61	1,125	10,82	2,0	1,25	1,81
7	HanseMerkur	27,80	150,00	150,00	300,00	600,00	9,71	1,075	10,44	2,0	1,25	1,81
8	Hallesche	22,80	60,00	120,00	180,00	600,00	8,95	1,175	10,51	2,0	1,75	1,94
8	Süddeutsche Krankenv.	21,70	60,00	120,00	180,00	600,00	9,40	1,150	10,81	2,0	1,75	1,94
9	DFV	32,82	60,00	180,00	420,00	600,00	9,41	1,150	10,83	2,0	2,00	2,00
10	Provincial	22,08	60,00	120,00	180,00	600,00	9,24	1,175	10,86	2,0	2,25	2,06

¹⁾zzgl. 5 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