

Analysiert wurden staatlich geförderte Pflegegeld- und Pflegemonatsgeldtarife, die ergänzend zu einer gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung abschließbar sind.

Rating: Geförderte Pflegegeld - / Pflegemonatsgeldtarife (Pflege-Bahr)



Stand: 23.08.2013
Anbieter im Test: 29
Tarife im Test: 34
Kategorien: WFS 1 (Gold), WFS 2 (Silber), WFS 3 (Bronze)

Hinweise: Die erfassten Unterlagen von LVM und Nürnberger wurden von den jeweiligen Versicherern nicht verifiziert.

Versorgungslücke stark unterschätzt

Viele Deutsche verlassen sich darauf, dass die gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung umfassend für alle Pflegekosten im Alter aufkommen wird. Leider ist dies ein Irrglaube.

Um eine Motivation zu schaffen, dass sich möglichst viele Personen ergänzend gegen den Pflegefall absichern, hat die Bundesregierung zu 2013 beschlossen eine ergänzende private Pflegegeld- / Pflegegeldversicherung mit staatlichen Mitteln zu fördern. Diese Zusatzabsicherung soll allerdings nur einen kleinen Teil der bestehenden Versorgungslücke schließen, steht dafür jedoch fast jedem Versicherungswilligen zur Verfügung. Ergänzend ist in jedem Fall ein ungeförderter Zusatzschutz anzuraten. In diesem Zusammenhang haben viele Versicherer speziell abgestimmte Pflegebahrzusatztarife geschaffen, mit denen eine mehr oder minder umfassende Absicherung realisiert werden kann.

Eine ergänzende, ungefördernde Absicherung kann viele Vorteile für den Versicherungsnehmer haben, so etwas eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit, Einmalleistungen bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit, beitragsfreie Assistenzleistungen sowie eine bedarfsgerecht hohe Pflegegeld- bzw. Pflegegeldhöhe.

Gemeinsamkeiten der geförderten Pflegegeldabsicherung

Alle staatlich geförderten Pflegeprodukte setzen nach § 127 SGB XI Absatz 1 einen monatlichen Mindestbeitrag von 15 Euro voraus, wobei pauschal eine staatliche Förderung von 5 Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr

zum Tragen kommt. Tatsächlich müssen Versicherte also nur mindestens 10 Euro im Monat aus eigenen Mitteln aufbringen.

Der Anspruch auf die Zulage besteht nach § 127 SGB XI Absatz 3 „mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zu-

| Gesetzliche Leistungen bei häuslicher Pflege, Stand 01.2012 | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| Pflegestufe | I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) | II (Schwerpflegebedürftigkeit) | III (Schwerstpflegebedürftigkeit) | Härtefall |
| Pflegegeld monatlich (§ 37 SGB XI) | 235 € | 440 € | 700 € | |
| Pflegesachleistung maximal monatlich (§ 36 SGB XI) | 450 € | 1.100 € | 1.550 € | 1.918 € |
| Ersatzpflege maximal jährlich (§ 39 SGB XI) | 1.550 € | 1.550 € | 1.550 € | |
| Kurzzeitpflege maximal jährlich (§ 42 SGB XI) | 1.550 € | 1.550 € | 1.550 € | |
| teilstationäre Pflege maximal monatlich (§ 41 SGB XI) | 450 € | 1.100 € | 1.550 € | |

| Gesetzliche Leistungen bei stationärer Pflege (§ 43 SGB XI) | | | | |
|---|---------|---------|--------|--------|
| | 1.023 € | 1.279 € | 1550 € | 1918 € |

| Statistische Restkosten im Pflegefall* | | |
|--|--------------------------------|----------------------------|
| | professionelle Pflege zu Hause | Pflege in einem Pflegeheim |
| Pflegestufe I | ca. 400 Euro monatlich | ca. 1.300 Euro monatlich |
| Pflegestufe II | ca. 1.000 Euro monatlich | ca. 1.500 Euro monatlich |
| Pflegestufe III | ca. 1.900 Euro monatlich | ca. 1.700 Euro monatlich |

* berechnet auf Basis des PflegevorsorgeBeraters (Version 1.7) aus dem Hause Volkswahl Bund in Kombination mit Angaben zu den Restkosten bei ambulanter Pflege durch einen professionellen Pflegedienst auf Basis der Schulungspräsentation „Vermögensabsicherung im Pflegefall“ der Continentale aus dem Jahre 2010. Alle Angaben gerundet auf volle hundert Euro.

satzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).“ Wer also erst während eines Jahres zahlt, erhält die Förderung nur für jene Monate, in denen der Vertrag bestanden hat.

In jedem Fall wird die Förderung vom privaten Krankenversicherer für den Versicherten unbürokratisch bis zum 31.03. des Folgejahres beantragt und kann auch nur für insgesamt einen Vertrag gewährt werden.

Versicherungsleistungen sind nach § 127 SGB XI Absatz 4 in allen Pflegegradstufen, so auch bei eingeschränkter Alltagskompetenz wegen Demenz (Pflegegrade 0) zu erbringen, wobei das Pflegegeld in der Pflegegrade III mindestens 600 Euro monatlich betragen muss, in der Pflegegrade II mindestens 30% davon (= 180 Euro), in der Pflegegrade I mindestens 20% davon (= 120 Euro) und in der Pflegegrade 0 mindestens 10% von 600 Euro (= 60 Euro).

Ein Anspruch auf staatliche Förderung besteht nach § 126 SGB XI für alle Personen ab 18 Jahren, die Mitglied der deutschen sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung sind und nicht pflegebedürftig sind oder bereits pflegebedürftig waren.

Alle Pflegegradtarife leisten grundsätzlich unabhängig von der Art der Pflege, also sowohl bei Laienpflege als auch bei professioneller Pflege. Eine entsprechende Klarstellung sieht jedoch nur ein Teil der Tarife vor.

Der Abschluss muss grundsätzlich uneingeschränkt vom Gesundheitszustand möglich sein (Kontrahierungszwang). Einzige Ausnahmen sind Personen, die bei Antragsstellung bereits Pflegeleistungen beziehen oder bezogen haben.

Risikozuschläge oder -ausschlüsse sind nicht zulässig.

Dafür darf nach § 127 SGB XI Absatz 6 eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren verlangt werden. Die Pflege-

Eine ausführliche Darstellung aller Ratingkriterien finden Sie unter www.witte-financial-services.de.

einstufung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung muss als Leistungsauslöser anerkannt werden.

Versicherte müssen das Recht haben, den Vertrag bei finanzieller Hilfebedürftigkeit bis zu drei Jahre lang ruhen lassen zu dürfen.

Pflegegradtarife dürfen ausschließlich von Krankenversicherern angeboten werden.

Die Courtage für geförderte Pflegegradtarife ist auf zwei Monatsbeiträge maximiert. Ebenfalls gedeckelt ist die Höhe der zulässigen Verwaltungskosten für geförderte Pflegegradtarife.

Vergütungen in der Praxis

Viele Versicherer zahlen nur dann eine Vergütung für die Vermittlung von Pflegegradtarifen, wenn zugleich auch ungeförderes Geschäft an den Mann oder an die Frau gebracht wird. Damit werden Vermittler ggf. motiviert, geförderten und ungeforderten Tarif beim selben Anbieter abzuschließen, um finanziell von der erbrachten Beratungsleistung profitieren zu können – und dies ggf. unabhängig von der Qualität des ungeforderten Tarifbausteins. Wirklich kundenfreundlich ist das nicht.

RATINGSYSTEMATIK

Grundlage für das Leistungsrating waren insgesamt 3 Teilbereiche mit zusammen 14 Einzelfragen. Diese umfassen die besonders praxisrelevanten Punkte, in denen sich die Angebote voneinander unterscheiden.

Für das Preis-Leistungsrating wurde darüber hinaus das Prämienniveau für das Neugeschäft bewertet.

Leistungsbewertung:

- Höhe der Leistung in den einzelnen Pflegegraden für Neu- und Bestandskunden mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (Anteil von 30% an der Gesamtwertung)
- Dynamikregelungen (Anteil von 40% an der Gesamtwertung)
- Sonstige Leistungen (z.B. Wartezeiten, Unfallbegriff, räumlicher Geltungsbereich) (Anteil von 30% an der Gesamtwertung)

Preis-Leistungsbewertung:

- Beitragsniveau für Personen mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (jeweils mit einem Anteil von 25% an der Gesamtwertung)
- Oben beschriebenes Leistungsniveau für Personen mit den Eintrittsaltern 20, 40 bzw. 60 Jahre (jeweils mit einem Anteil von 75% an der Gesamtwertung)

Die einzelnen Leistungen wurden mit 0 bis 16 Punkten bewertet. Dabei stellt 16 Punkte die jeweils für den Verbraucher vorteilhafteste Regelung dar. 12, 8, 4, 2 bzw. 1 Punkt(e) stehen für den jeweils nächstplatzierten Rang. Fehlt eine Leistung, so wird dies mit 0 Punkten bewertet. Jedes Kriterium wurde mit einem Faktor zwischen 1 und 3 gewichtet, der der Bedeutung für die Mehrzahl der Versicherten gerecht werden soll.

Im Sinne des Verbraucherinteresses wurden bestimmte K.O.-Kriterien festgelegt, die das Erreichen der drei Rating-Stufen verhindern. Nur Versicherer, die ausnahmslos alle dieser Kriterien erfüllt haben, wurden näher betrachtet.

Für die Kategorie Pflegegradversicherung wird zwischen zwei Kategorien unterschieden:

- Leistung und
- Preis-Leistung

Beide Kategorien werden mit Bronze, Silber und Gold bewertet.

Voraussetzung für das Erreichen einer dieser Kategorien ist, dass die jeweiligen Mindestkriterien in allen Punkten erfüllt werden.

Für die Bewertung mit Bronze gelten über die gesetzlichen Mindestleistungen hinaus folgende Vorgaben:

- Versicherungsschutz bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit ohne Wartezeit
- Mindestens 60% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Für die Bewertung mit Silber gilt zusätzlich folgende Mindestanforderung:

- Dynamisierung des Pfl egetagegeldes bzw. des Pflegegeldes in Höhe der allgemeinen Inflationsrate (maximiert auf minimal 5%)
- Mindestens 70% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Um eine Bewertung mit Gold zu erzielen, muss ergänzend folgendes Leistungsmerkmal erfüllt sein:

- Dynamisierung des Pfl egetagegeldes bzw. des Pflegegeldes mindestens vor Eintritt des Leistungsfalles in Höhe der allgemeinen Inflationsrate
- Mindestens 80% der Höchstpunktzahl in der bewerteten Kategorie

Jeder Tarif, der nach diesen Kriterien mit Bronze, Silber oder Gold bewertet werden kann, kann als „empfehlenswert“ angesehen werden, wobei dennoch stets der individuelle Kundenbedarf zu prüfen ist.

Im Zweifel sind umfassende Leistungen wichtiger als ein günstiges Prämienniveau. Dies gilt insbesondere für Personen, denen aus gesundheitlichen Gründen kein ungeförderter Tarif zur Verfügung steht.

PFLEGE

Positionieren Sie sich!

Makler & Pflege Ausgabe 1 / 2013

PFLEGE BERATEN
PFLEGE VERKAUFEN

Beratung
So machen es die Kollegen

Schwerpunkt
Pfl egetagegeld

Rating
Pfl egetagegeld
Pflege-Bahr

12 Bausteine
für Ihre Beratung

Großes Info-Paket
Pflege-Bahr

Extra-Service für Sie!
Kunden-Service-Seiten von „Makler & Pflege“

Starke Bedingungswerke!
Haftungssicher beraten „Makler & Pflege“ zeigt Bedingungswerke mit klarer Kante

**„Makler & Pflege“
Nächste Ausgabe:
Oktober 2013**

I. Leistungsrating


WFS 1 (Gold) für die geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **Central** (Allgemeine Versicherungsbedingungen (MB/GEPV 2013, TB/GEPV 2013); Tarif central.pflege)

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 189,00 € | 378,00 € | 567,00 € | 1.890,00 € | 15,03 € |
| Eintrittsalter 40 Jahre | 189,00 € | 378,00 € | 567,00 € | 1.890,00 € | 29,67 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 189,00 € | 378,00 € | 567,00 € | 1.890,00 € | 75,79 € |

- **Deutsche Familienversicherung** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013)

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III* | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 135,00 € | 405,00 € | 943,00 € | 1.346,00 € | 15,00 € |

- **DEVK** (Kundeninformation zur DEVK-Förderpflege (Stand 01.04.2013). Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV), Teil I, II und III)

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III* | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 135,00 € | 338,00 € | 878,00 € | 1.350,00 € | 15,30 € |
| Eintrittsalter 40 Jahre | 60,00 € | 150,00 € | 390,00 € | 600,00 € | 15,00 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 60,00 € | 150,00 € | 390,00 € | 600,00 € | 36,20 € |

- **Domcura** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013: DOMCURA Förder-Pflege)

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III* | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 135,00 € | 405,00 € | 943,00 € | 1.346,00 € | 15,00 € |

- **Envivas** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I Musterbedingungen (MB/GEPV 2013), Teil II Tarifbedingungen (TB/GEPV 2013): Tarif PflegeAktiv)

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 189,00 € | 378,00 € | 567,00 € | 1.890,00 € | 15,03 € |
| Eintrittsalter 40 Jahre | 189,00 € | 378,00 € | 567,00 € | 1.890,00 € | 29,67 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 189,00 € | 378,00 € | 567,00 € | 1.890,00 € | 75,79 € |

- **VPV** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013: VPV Förder-Pflege)

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III* | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 135,00 € | 405,00 € | 943,00 € | 1.346,00 € | 15,00 € |

Bewertung für das Eintrittsalter 20 Jahre bzw. 20, 40 und 60 Jahre.

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).

* Wurde bei der versicherten Person eine Pflegebedürftigkeit gemäß der Pflegestufe III festgestellt und erhält die versicherte Person von der Pflegekasse zusätzliche Härtefallleistungen gemäß § 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI), leistet auch der Versicherer als gesonderten Leistungszuschlag zu dem vertraglich vereinbarten Pflegemonatsgeldes in der Pflegestufe III eine erhöhte Leistung (127% der Leistung in Pflegestufe III)



WFS 2 (Silber) für die geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **Deutsche Familienversicherung** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013))

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 40 Jahre | 60,00 € | 180,00 € | 360,00 € | 600,00 € | 15,32 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 60,00 € | 180,00 € | 360,00 € | 600,00 € | 37,82 € |

- **Domcura** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG in der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013: DOMCURA Förder-Pflege)

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 40 Jahre | 60,00 € | 180,00 € | 360,00 € | 600,00 € | 15,32 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 60,00 € | 180,00 € | 360,00 € | 600,00 € | 37,82 € |

- **VPV** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung der DFV Deutsche Familienversicherung AG In der Fassung VB/GEPV DFV 01-13, Stand Januar 2013: VPV FörderPflege)

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 40 Jahre | 60,00 € | 180,00 € | 360,00 € | 600,00 € | 15,32 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 60,00 € | 180,00 € | 360,00 € | 600,00 € | 37,82 € |

Bewertung für die Eintrittsalter 40 und 60 Jahre.

Dynamik: Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%).



WFS 3 (Bronze) für die geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **Barmenia** (Pflegetagegeldversicherung (DFPV): „Deutsche-Förder-Pflege“, Stand 01.2013)

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 130,43 € | 391,30 € | 782,60 € | 1.304,34 € | 15,00 € |

Dynamik: Gelegentliche Anpassung ohne nähere Konkretisierung auf Initiative des Versicherers möglich, höchstens jedoch in Höhe der allgemeinen Inflationsrate. Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre

- **Debeka** (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung Teil II Tarif EPG mit Tarifbedingungen - Stand: 1. Januar 2013 - Pflegemonatsgeldversicherung)

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 181,82 € | 318,19 € | 636,37 € | 909,10 € | 15,00 € |
| Eintrittsalter 40 Jahre | 120,00 € | 210,00 € | 420,00 € | 600,00 € | 17,52 € |
| Eintrittsalter 60 Jahre | 120,00 € | 210,00 € | 420,00 € | 600,00 € | 36,60 € |

Dynamik: alle drei Jahre in Höhe der allgemeinen Inflationsrate. Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre

- **R+V** (AVB/GEPV 2013: Pflege FörderBahr (PKB))

| | Leistung in Pflegestufe 0 | Leistung in Pflegestufe I | Leistung in Pflegestufe II | Leistung in Pflegestufe III | Beitragshöhe |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Eintrittsalter 20 Jahre | 335,79 € | 335,79 € | 783,51 € | 1.119,30 € | 15,00 € |

Dynamik: : Alle 3 Jahre Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Inflationsrate (max. um 10%). Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre

II. Preis-Leistungsrating



WFS 1 (Gold) für die geförderte Pflege- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- **Central** (Allgemeine Versicherungsbedingungen (MB/GEPV 2013, TB/GEPV 2013); Tarif central.pflege)
- **Envivas** (Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, Teil I Musterbedingungen (MB/GEPV 2013), Teil II Tarifbedingungen (TB/GEPV 2013): Tarif PflegeAktiv)

Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre



WFS 2 (Silber) für die geförderte Pflege- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- nicht vergeben



WFS 3 (Bronze) für die geförderte Pflege- und Pflegemonatsgeldversicherung (Pflege-Bahr)

- nicht vergeben