

Rating Geförderte Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeldtarife (Pflege-Bahr)



Pflegetagegeld- und Pflegemonatsgeld-Tarife (Pflege-Bahr)

Basis:	Tarife und Tarifkombinationen im Test: 16 Anbieter im Test: 16
Wertung:	Gold, Silber, Bronze
Stand:	29.05.2017

Hinweise: Bei der letzten grundlegenden Aktualisierung des Ratings ausdrücklich verweigert wurde die Zusendung von Unterlagen für eine Bewertung von den Unternehmen HUK-Co-burg sowie PAX Familienfürsorge.

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. Hinzu kommt aufgrund der statistisch zunehmenden höheren Lebenserwartung eine deutlich erhöhte Zahl der Pflegebedürftigen.

Um eine Motivation zu schaffen, dass sich möglichst viele Personen ergänzend gegen den Pflegefall absichern, beschloss die Bundesregierung zu 2013 eine ergänzende private Pflegegeld- / Pflegetagegeldversicherung 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. Der Einführung staatlich geförderter Pflegezusatztarife ist es maßgeblich zu verdanken, dass sich allmählich ein wenig Bewusstsein

für die derzeit vorhandene Versorgungslücke im Pflegefall bildet. Einigen Medienberichten zufolge habe als Folge auch die Zahl von Neuabschlüssen ungeförderter Pflegezusatzversicherungen maßgeblich zugenommen.

Eine ergänzende, ungeförderte Absicherung kann viele Vorteile für den Versicherungsnehmer haben, so etwa eine Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit, Einmalleistungen bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit, beitragsfreie Assistenzleistungen sowie eine bedarfsgerecht hohe Pflegetagegeld- 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-Zusatzversicherung 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 Ver-

sicherten 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 Pflegegraden zu erbringen, wobei das Pflegegeld im Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro monatlich betragen muss. Leistungen müssen auch in allen anderen Pflegegraden erbracht werden. Die exakte Höhe ist nicht vorgeschrieben.

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, einen Pflegebahrtarif abgeschlossen haben und bei Vertragsabschluss weder pflegebedürftig sind oder bereits pflegebedürftig waren.

Alle Pflegebahrtarife 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 Pflegeeinstufung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung muss als Leistungsauslöser anerkannt werden. Kommt es ausschließlich während der Wartezeit zu einer versicherten Pflegebedürftigkeit, so besteht kein Anspruch auf Leistungen. Tritt die Pflegebedürftigkeit jedoch während der Wartezeit ein und liegt nach Ablauf derselben noch immer vor, so besteht für die Zeit der Fortdauer nach dem Ende der Wartezeit Anspruch auf Leistungen. Einige Versicherer verzichten auf die vereinbarte Wartezeit, wenn zeitgleich ein nicht staatlich geförderter, sogenannter „Huckepacktarif“, dazu abgeschlossen wird.

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

Pflegebahrtarife dürfen ausschließlich von Krankenversicherern angeboten werden.

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

Ratingsystematik

Grundlage für das Leistungsrating waren insgesamt 3 Teilbereiche mit zusammen bewerteten 18 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 Pflegestufen 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 Pflegebahrversicherung 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 Pflegegeldes 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 Pflegegeldes bzw. des Pflegegeldes mindestens vor Eintritt des Leistungsfallendes 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.

* Tarife, die über die allgemeine Inflationsrate hinaus dynamisieren, sind nicht förderfähig. Auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes lässt sich feststellen, dass die allgemeine Inflationsrate im Durchschnitt der drei Jahre 2009-2012 bei rund 1,45% lag (2009: 0,4%; 2010: 1,1%; 2011: 2,3%; 2012: 2,0%).

Siehe https://www.destatis.de/DE/Presse-Service/Presse/Pressemitteilungen/2013/01/PD13_018_611.html;jsessionid=7C4A612AD1171C80D1EC3215B13E3596.cae2

I. Leistungsrating



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

- **BARMENIA** (MB/GEPV 2017, Tarif DFPV, Stand 01.01.2017: Geförderte ergänzende Pflegeversicherung: „Förder-Pflege“, Stand 01.2017)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	114,50 €	343,51 €	687,02 €	916,02 €	1.145,03 €	15,00 €
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00 €	180,00 €	360,00 €	480,00 €	600,00 €	17,70 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	180,00 €	360,00 €	480,00 €	600,00 €	43,86 €

Dynamik: Alle drei Jahre um 10%, max. in Höhe der allgemeinen Inflationsrate. Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre.

- **Central** (MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif central.pflege, Stand 01.01.2017)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	792,00 €	1.980,00 €	15,74 €
Eintrittsalter 40 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	792,00 €	1.980,00 €	32,74 €
Eintrittsalter 60 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	792,00 €	1.980,00 €	81,58 €

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

- **DEVK** (AVB/GEPV, Stand 01.01.2017; Kundeninformation zur DEVK-Förderpflege, Stand 01.01.2017)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	171,00 €	285,00 €	570,00 €	855,00 €	1.140,00 €	15,20 €
Eintrittsalter 40 Jahre	90,00 €	150,00 €	300,00 €	450,00 €	600,00 €	17,80 €
Eintrittsalter 60 Jahre	90,00 €	150,00 €	300,00 €	450,00 €	600,00 €	42,60 €

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

- **Envivas** (MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif PflegeAktiv, Stand 01.2017)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	1.188,00 €	1.980,00 €	18,68 €
Eintrittsalter 40 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	1.188,00 €	1.980,00 €	39,30 €
Eintrittsalter 60 Jahre	198,00 €	396,00 €	594,00 €	1.188,00 €	1.980,00 €	93,13 €

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



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

- **Debeka** (MB/GEPV 2017, Stand 01.01.2017; Tarif EPG mit Tarifbedingungen - Stand: 1. Januar 2017 - Pflegemonatsgeldversicherung)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	126,41 €	252,81 €	547,76 €	758,43 €	842,70 €	15,00 €
Eintrittsalter 40 Jahre	90,00 €	180,00 €	390,00 €	540,00 €	600,00 €	19,02 €
Eintrittsalter 60 Jahre	90,00 €	180,00 €	390,00 €	540,00 €	600,00 €	40,02 €

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

I. Leistungsrating



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

• **R+V** (AVB/GEPV 2017, Tarif Pflege FörderBahr - PKB - Staatlich geförderte ergänzende Pflegetagegeldversicherung, Stand 01.01.2017)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Beitragshöhe
Eintrittsalter 20 Jahre	101,34 €	304,02 €	709,38 €	1.013,40 €	1.013,40 €	15,00 €
Eintrittsalter 40 Jahre	60,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	600,00 €	18,72 €
Eintrittsalter 60 Jahre	60,00 €	180,00 €	420,00 €	600,00 €	600,00 €	46,04 €

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

II. Preis-Leistungsrating



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

• **Central** ((MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif central.pflege, Stand 01.01.2017)

Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre

• **Envivas** (MB/GEPV 2017, TB/GEPV 2017: Tarif PflegeAktiv, Stand 01.2017)

Bewertung für die Eintrittsalter 20, 40 und 60 Jahre



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

• nicht vergeben



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

• nicht vergeben