

So lesen Sie die Tabellen

Getestet wurden **Pflegezusatzversicherungen**, die monatliche Auszahlungen im Pflegefall garantieren. „Zusatz“ bedeutet, dass sie zur gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) hinzutreten, in die alle gesetzlich und privat Krankenversicherten einzahlen müssen. Im Pflegefall wird, je nach Pflegestufe, ein bestimmter Betrag pro Monat ausbezahlt. Voraussetzung: Die Pflegebedürftigkeit ist durch eine Pflegekasse anerkannt. Die Rahmenbedingungen des Tests finden Sie im Internet unter www.finanzen.net/finanzen-verlag/pflegepolicen_2017.

Der Test umfasst zwei Teile. Unter **Pflege-Bahr-Tarife** werden staatlich geförderte Pflegezusatzversicherungen untersucht. Unter Kombi-Tarife werden Kombinationen dieser Pflege-Bahr-Policen mit ungeförderten Policen getestet. Dies geschieht jeweils für ein Anfangsalter der Versicherten von 25, 45 und 55 Jahren.

Hintergrund der Zweiteilung: Die Leistungen aus dem Pflege-Bahr reichen voraussichtlich oft nicht aus, um jene Pflegekosten zu decken, die von der GPV nicht gezahlt werden. Deshalb sollten sich Sicherheitsbewusste zusätzlich schützen. Allerdings müssen diese ungeförderten Tarife bestimmten Kriterien genügen, um kombinierbar zu sein. So sind ungeförderte Policen, die vor Anfang 2013 abgeschlossen wurden, nicht mit dem Pflege-Bahr kompatibel.

Pflege-Bahr-Tarife Hier waren 17 Anbieter vertreten (komplette Liste in der Tabelle „Tarifmerkmale“). „Staatlich gefördert“ bedeutet, dass für jeden Vertrag ein Zuschuss von fünf Euro im Monat fließt.

Kombi-Tarife Hier waren 16 Anbieter vertreten (komplette Liste in der Tabelle „Tarifmerkmale“). Voraussetzung war, dass ein Pflege-Bahr-Tarif und ein kombinierbarer, ungeförderter Tarif existieren. Bei den ungeförderten Tarifen darf es, im Gegensatz zum Pflege-Bahr, Gesundheitsprüfungen bei Vertragsabschluss geben. In diesem Jahr wurde das monatliche Pflegegeld so vorgegeben, dass mindestens die Versorgungslücke bei Pflegegrad 5 (siehe 2) geschlossen ist – also die Lücke zwischen tatsächlichen Kosten und den Zuschüssen durch die gesetzliche Pflegeversicherung. Nach Ansicht von Experten liegt sie zwischen 1500 Euro und 1800 Euro pro Monat.

1 Monatsprämie Sie ist nicht für die gesamte Laufzeit festgelegt, sondern kann steigen oder auch fallen (ähnlich wie bei der privaten Krankenversiche-

rung). Bei den Werten in der Tabelle ist der staatliche Zuschuss von fünf Euro abgezogen.

2 Pflegegeld Die private Pflegeversicherung zahlt beim Pflege-Bahr dieselben Summen, egal ob die versicherte Person ambulant oder stationär gepflegt wird. Im Gegensatz dazu unterscheidet die gesetzliche Pflegeversicherung bei ihren Zahlungen zwischen häuslicher Pflege durch professionelle Pflegedienste, häuslicher Pflege durch nicht professionelle Helfer und vollstationärer Pflege im Pflegeheim. Bei den Kombi-Tarifen gibt es bei manchen Anbietern Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Zahlungen.

Pflegegrad 1: Pflegebedürftige sind lediglich gering in ihrer Selbstständigkeit oder ihren Fähigkeiten beeinträchtigt. Die für den Pflege-Bahr geforderte gesetzliche Mindestabsicherung beträgt 60 Euro.

Pflegegrad 2: Selbstständigkeit oder Fähigkeiten erheblich beeinträchtigt; Mindestabsicherung: 120 Euro.

Pflegegrad 3: Selbstständigkeit oder Fähigkeiten schwer beeinträchtigt; Mindestabsicherung: 180 Euro.

Pflegegrad 4: Selbstständigkeit oder Fähigkeiten schwerst beeinträchtigt; Mindestabsicherung: 240 Euro.

Pflegegrad 5: Selbstständigkeit oder Fähigkeiten schwerst beeinträchtigt (mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung); Mindestabsicherung: 600 Euro.

3 Summe der Pflegequoten im Vergleich zur Mindestabsicherung: Summe der Auszahlungen je Pflegestufe im Vergleich zur Mindestabsicherung unter Berücksichtigung des Beitrags.

Beispiel: Allianz, PflegeBahr, 25 Jahre: $((99€ : 60€) + (198€ : 120€) + (495€ : 180€) + (792€ : 240€) + (990€ : 600€)) * (10€ / 10,94€) = 201\%$

4 Dynamik Möglichkeit, die Versicherungssumme ohne Gesundheitsprüfung zu erhöhen – beispielsweise um einen Inflationsausgleich in die Versicherung zu integrieren.

5 6 Geltungsbereich und Wohnsitzverlegung Pflege-Bahr-Policen gelten grundsätzlich innerhalb der EU beziehungsweise des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR); in Letzterem sind beispielsweise Liechtenstein und Norwegen dabei, die Schweiz aber nicht. Die Versicherungen können als Zusatzleistung vorsehen, dass auch gezahlt wird, wenn man sich in einem solchen Land aufhält („Geltungsbereich“) oder sogar seinen ersten Wohnsitz dorthin verla-

gert hat („Wohnsitzverlegung“). Ungeförderte Policen gelten grundsätzlich nur in Deutschland, wenn sich der Versicherer nicht großzügig zeigt.

7 Wartezeit Da beim Pflege-Bahr keine Gesundheitsfragen gestellt werden dürfen, haben die Anbieter das Recht, eine Wartezeit von fünf Jahren vorzusehen. Das bedeutet, eine Leistung erfolgt frühestens fünf Jahre nach Versicherungsbeginn. Manche Anbieter verzichten aber auf diese Wartezeiten, wenn innerhalb dieser fünf Jahre Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall eintritt. Als Besonderheit beim Abschluss eines Kombitarifs gibt es Versicherer, die auf die sonst übliche Wartezeit im Pflege-Bahr verzichten. Hintergrund ist die Gesundheitsprüfung im ungeförderten Tarif, wodurch ja ein guter Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss nachgewiesen sein sollte.

8 Höchstalter Manche Versicherer begrenzen das Eintrittsalter, bis zu dem man in die Versicherung aufgenommen wird. Vorteilhaft gerade für ältere Personen ist es, wenn kein Höchstalter besteht und man sich – zumindest theoretisch – auch in hohem Alter noch versichern kann.

9 Mindestvertragsdauer Die Musterbedingungen gehen im Allgemeinen von zwei Jahren aus. Durch die Kombination mit einem ungeförderten Pflegegeld entfällt diese manchmal oder reduziert sich auf ein Jahr.

10 Leistungen bei Suchterkrankungen Manche Versicherer zahlen nichts, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einer Suchterkrankung beruht. Andere zahlen lediglich bei Alkoholdegenz, aber beispielsweise nicht bei den Folgen illegaler Drogen. Wieder andere leisten in jedem Fall.

11 Tarifiergebnis Multiplikator = 1, kann durch Erfüllen bestimmter Tarifierleistungen um 0,05 je „+“ erhöht werden. Maximalwerte: 1,35 (Pflege-Bahr) und 2,15 (Kombi-Tarife). Tarifierleistungen, die nur nach Absprache möglich sind, wurden nicht berücksichtigt.

12 Ergebnis inklusive Tarifierleistung Tarifiergebnis x Pflegequote zur Mindestabsicherung. Beispiel Allianz, Pflege-Bahr, 25 Jahre: $1,3 * 201\% = 261\%$

13 Note Es wird der beste Wert in der jeweiligen Altersstufe im Ergebnis als „sehr gut“ genommen und bei größer oder gleich 40 % des Höchstwerts noch ein „ausreichend“ vergeben. Die Abstufungen der Noten ergeben sich durch die Subtraktion des Höchstwerts minus 40 % des Höchstwerts geteilt durch 4.