

# So lesen Sie die Tabellen

Getestet wurden in unserem Vergleich **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.

Der Test umfasst zwei Teile. Unter **Pflege-Bahr-Tarife** werden staatlich geförderte Pflegezusatzversicherungen untersucht. Unter „Kombi-Tarife“ werden Kombinationen dieser Pflege-Bahr-Policen mit ungeforderten Policen getestet. Dies geschieht jeweils für ein Anfangsalter der Versicherten von 25, 40 und 60 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 bezahlt werden. Deshalb sollten sich Sicherheitsbewusste zusätzlich schützen. Allerdings müssen diese ungeforderten Tarife bestimmten Kriterien genügen, um kombinierbar zu sein. So sind ungeforderte 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 ebenfalls 17 Anbieter vertreten (komplette Liste in der Tabelle „Tarifmerkmale“). Voraussetzung war, dass ein Pflege-Bahr-Tarif und ein kombinierbarer, ungeforderter Tarif existieren. Bei den ungeforderten Tarifen darf es, im Gegensatz zum Pflege-Bahr, Gesundheitsprüfungen bei Vertragsabschluss geben.

**1 Monatsprämie** Sie ist nicht für die gesamte Laufzeit festgelegt, sondern kann steigen oder auch fallen (ähnlich wie bei der privaten Krankenversicherung). Bei den Werten in der Tabelle ist der staatliche Zuschuss von fünf Euro abgezogen.

**2 Pflegesatz** 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.

Pflegestufe 0: Leistungen beispielsweise für Demenzkranke; werden auch zusätzlich zu den Leistungen in anderen Pflegestufen bezahlt. Die für den Pflege-Bahr geforderte gesetzliche Mindestabsicherung beträgt 60 Euro. Pflegestufe 1: erhebliche Pflegebedürftigkeit; Mindestabsicherung: 120 Euro.

Pflegestufe 2: schwere Pflegebedürftigkeit; Mindestabsicherung: 180 Euro. Pflegestufe 3: schwerste Pflegebedürftigkeit; 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, Pflege-Bahr, 25 Jahre:  $((114€ : 60€) + (342€ : 120€) + (684€ : 180€) + (1140€ : 600€)) : 4 \times (10€ : 11€) = 238\%$ .

**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 verlagert hat („Wohnsitzverlegung“). Ungeforderte Policen gelten grundsätzlich nur in Deutschland, wenn sich der Versicherte 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 ungeforderten 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 aufge-

nommen 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 Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit** Sehr wichtige Tarifleistung, denn gerade im höheren Alter können die Beiträge durchaus erheblich sein. Wenn nun ein Pflegetagegeld ausgezahlt wird, soll dieses ja komplett für die Deckung der Pflegekosten genutzt werden können und nicht den Aufwand für die Versicherung finanzieren müssen. Mit dem Baustein der Beitragsbefreiung fällt also die Pflicht der Beitragszahlung weg, andererseits steht die volle Leistung zur Verfügung. Diese Erweiterung darf aber beim Pflege-Bahr nicht enthalten sein und ist daher einer der großen Vorteile ungeforderter Produkte.

**10 Assistenzleistungen** In die ungeforderten Produkte dürfen Versicherer zusätzliche Leistungen integrieren. Eine davon sind Assistenzleistungen, da Angehörige gerade beim erstmaligen Eintritt von Pflegebedürftigkeit oft ziemlich überfordert sind. Daher unterstützen die Versicherer Betroffene beispielsweise bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeplatz oder einem guten Pflegedienst, Schulung von pflegenden Angehörigen oder Organisationsfragen.

**11 Umstellungsrecht** Im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes wird es Anfang 2017 zu einigen Veränderungen kommen. So gibt es anstatt der bisherigen Pflegestufen dann fünf Pflegegrade. Ein vertragliches Umstellungsrecht führt dazu, dass die Änderungen in laufende Verträge integriert werden.

**12 Tarifiergebnis Multiplikator** = 1, kann durch Erfüllen bestimmter Tarifleistungen um 0,05 je „+“ erhöht werden. Maximalwerte: 1,35 (Pflege-Bahr) und 2,45 (Kombi-Tarife). Tarifleistungen, die nur nach Absprache möglich sind, wurden nicht berücksichtigt.

**13 Ergebnis inklusive Tarifleistung** Tarifiergebnis  $\times$  Pflegequote zur Mindestabsicherung.

Beispiel Allianz, Pflege-Bahr, 25 Jahre:  $1,3 \times 238\% = 309\%$

**14 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.