

Förder-Pflege

HOLE IN ONE

SERIE

Pflege geht uns alle an!

Bis zum Jahr 2040 werden voraussichtlich etwa 4,4 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig sein. Schon längst ist Pflege ein Megathema hierzulande. Zumal die gesetzliche Pflegepflichtversicherung nur als „Teilkasko“ konzipiert ist – und damit die hohen realen Kosten medizinisch fachlicher Betreuung Pflegebedürftiger bei Weitem nicht deckt. Daher ist heute eine private Vorsorge angesagt. Nur: Welche privaten Pflege-Policen eignen sich derzeit am besten, um die finanzielle Versorgungslücke zu schließen? Und welche sind „hervorragend“?

Antworten auf diese Fragen liefert FOCUS-MONEY in einer dreiteiligen Serie zum Thema Pfllegetagegeld. Den Auftakt macht dabei die sogenannte ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung, die der Bund mit insgesamt 60 Euro jährlich subventioniert. Darauf folgen sogenannte Kombi-Tarife. Den Abschluss bildet schließlich eine ausführliche Analyse klassischer Pfllegetagegeld-Kontrakte in den beiden Varianten statische und flexible Tarife.

Pflege ist ein Megathema. Die ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung subventioniert der Staat mit 60 Euro pro Jahr. Welche Policen für welche Altersgruppen top sind

Steht die Pflege in Deutschland kurz vor dem Kollaps? Wer dies den Sozialverband VdK fragt, erhält als klare Antwort: Ja! Pflegenden Angehörige, so die VdK-Präsidentin Verena Bentele, hätten vielerlei Probleme, jedoch kaum Unterstützung. So gebe es etwa in Bayern zu wenige Kurzzeitpflegeplätze, und die ambulanten Versorgungsstrukturen reichten in vielen Regionen nicht aus. „Pflegenden Angehörige beuten sich selbst so aus, dass sie während oder nach der Pflege oft selbst zum Pflegefall werden“, sagt Bentele.

Prekär ist auch die Situation von stationär Pflegebedürftigen hierzulande. Einrichtungen fällt es nicht nur immer schwerer, qualifiziertes Personal zu gewinnen. Auch steigt der von Heimbewohnern selbst zu zahlende Eigenanteil an den Pflegekosten für ihre stationäre Versorgung merklich an, was Statistiken des Verbands der Ersatzkassen (VDEK) attestieren. Dem VDEK zufolge lag im Juli 2019 der Eigenanteil für Patienten mit Pflegegrad 2 bis 5 im Bundesdurchschnitt bei monatlich 1891 Euro – 6,7 Prozent höher als noch im Januar 2018. Und wie setzen sich diese 1891 Euro zusammen? 747 Euro entfallen auf Unterkunft und Verpflegung. Hinzu kommen 451 Euro für Investitionen, welche der Heimbetreiber für die Gebäudemiete oder -finanzierung, für Instandhaltungskosten oder ähnliche Ausgaben auf die Bewohner umlegen darf. Weitere 693 Euro verschlingt der sogenannte einrichtungseinheitliche Eigenanteil für Pflegepersonal und Pflege-Sachaufwand. Gut zu wissen: Im Rahmen dieses Postens zahlen Patienten mit Pflegegrad 2 bis 5 in Heimen für ihre Pflege gleich viel zu.

Wichtig in Westfalen. Wie hoch der Eigenanteil für stationäre Pflege ist, hängt auch vom jeweiligen Bundesland ab.

Während in Sachsen-Anhalt laut VDEK-Zahlen dieser im Schnitt 1331 Euro monatlich am niedrigsten ausfällt, ist er mit 2337 Euro in Nordrhein-Westfalen am höchsten – das sind satte 446 Euro mehr als im Bundesdurchschnitt.

Dass Patienten in Pflegekliniken hierzulande überhaupt mit einem Eigenanteil zur Kasse gebeten werden, ist unter der hiesigen Bevölkerung meist unbekannt. Knapp jeder zweite Deutsche ist der Ansicht, dass die gesetzliche Pflegeversicherung alle Kosten für einen vollstationären Platz übernehmen würde. Zu diesem Ergebnis kommt eine Kantar-Emnid-Umfrage im Auftrag der Postbank. Ein Irrglaube, denn: Die gesetzliche Pflege ist keine Voll-, sondern nur eine Teilkasse. „Zwar zahlen Berufstätige und Rentner Beiträge in die gesetzliche Pflegeversicherung ein, diese ist jedoch grundsätzlich nicht auf volle Kostendeckung ausgelegt – das heißt, dass von ihr nur Zuschüsse zu den tatsächlichen Pflegekosten geleistet werden“, erklärt Anja Maultzsch von der Postbank. Wie hoch diese Zuschüsse ausfallen, hängt vom Pflegegrad des Patienten ab. Diesen diagnostizieren bei gesetzlich Krankenversicherten die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und bei Privatpatienten die Fachleute von Medicproof.

Um die klaffende Finanzierungslücke zwischen den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und den tatsächlich anfallenden Ausgaben für ambulante respektive stationäre Fachpflege zu finanzieren, müssen Betroffene im Bedarfsfall oft nicht nur ihre Rente einsetzen, sondern auch auf vorhandene Ersparnisse und Vermögenswerte zurückgreifen. „Besitzen ▶



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

Versicherer	Tarif	DFSI-Gesamtnote in den Altersstufen				DFSI-Endnote ¹⁾
		25 Jahre	35 Jahre	45 Jahre	55 Jahre	
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend
Debeka	EPG	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP (inkl. Pflegebonus)	Hervorragend	Hervorragend	Sehr Gut	Hervorragend	Hervorragend
Generali	PflegeBahr ³⁾	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Hervorragend	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	Hervorragend	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
HanseMerkur	PB	Sehr Gut	Sehr Gut	Gut	Gut	Sehr Gut
Nürnberger	NPV	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Gut	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	Hervorragend	Sehr Gut	Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	Hervorragend	Hervorragend	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
AXA	GEPV	Gut	Gut	Gut	Sehr Gut	Gut
ERGO	GEPV	Gut	Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
LVM	PTG	Gut	Gut	Gut	Sehr Gut	Gut
Süddeutsche	PZ	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut

¹⁾DFSI-Gesamtnote in den Altersstufen 25, 35, 45 und 55 Jahre, addiert und durch vier geteilt; ²⁾Leistung inklusive Pflegebonus nach 15 Versicherungsjahren. In den ersten 15 Versicherungsjahren werden geringere Leistungen gezahlt; ³⁾identisch mit central.pflege, aber neuer Name wegen Umfirmierung der Central Krankenversicherung AG in Generali Deutschland Krankenversicherung AG zum 1.7.2020

Quelle: DFSI, Stand: Juli 2020

sie etwa Wohneigentum, müssen sie dieses unter Umständen verkaufen, um die Pflegekosten zu begleichen“, warnt Maultzsch. Reichen die Mittel des Pflegebedürftigen nicht aus, sind dessen Kinder verpflichtet, die Kosten im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Möglichkeiten zu tragen. Dies betrifft zwar nur Berufstätige mit einem Jahreseinkommen von 100 000 Euro brutto und mehr – so der Gesetzgeber. Doch wer will schon seinen Nachfahren auf der Tasche liegen?

Um im Fall der Fälle mal nicht den eigenen Kindern, Verwandten oder gar Freunden verpflichtet zu sein, raten Fachleute heute dringend dazu, die Pflegepflichtversicherung mit einer kapitalgedeckten, privaten Pflege-Police zu flankieren. Aus Expertensicht durchaus eine gute Wahl zum Schließen der „Pflege-Lücke“ ist die private, ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung, kurz Förder-Pflege. Clou dabei: Der Staat subventioniert das Ganze mit immerhin jährlich 60 Euro (s. Kasten Seite 78). Nur, welche Policen am Markt sind erste Wahl? Antworten darauf gibt FOCUS-MONEY.

Zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSI) hat FOCUS-MONEY die Tarife am Markt analysiert – und für Kunden im Alter von 25, 35, 45 und 55 Jahren die besten herausgefiltert (s. Methode Seite 77). Ergebnis: „In puncto Leistung erste Wahl über alle Altersgruppen hinweg sind gleichauf Förder-Policen von Allianz, Debeka, DKV und Generali“, erklärt Sebastian Ewy, Projektleiter beim DFSI (s. Tabelle Seite 75). Was hingegen die Tarifmerkmale der Pflege-Policen anbetrifft, bieten neben der Allianz die Arag und Barmenia sowie die Generali hervorragende Leistungen (s. Tabelle unten).

Fehlende Furcht. Schwach ausgeprägt in unserer Gesellschaft ist die Angst, einmal pflegebedürftig zu werden. Lediglich 26 Prozent der Gesamtbevölkerung plagt diese Pein, so ein Ergebnis der Trendstudie

„Zielgruppen-Insights: Wie die Versicherungskunden in Corona-Zeiten ticken“ des Marktforschungs- und Beratungsinstituts HEUTE UND MORGEN. Selbst unter der Gruppe der sogenannten Silver Ager (Berufstätige im Alter zwischen 51 und 67 Jahren) fürchten nur 36 Prozent, künftig einmal so zu erkranken, dass sie einer Pflege bedürfen.

Diese „Wegschau-Strategie“ konterkariert die – im Hinblick auf den demografischen Wandel hierzulande – dringend nötige private Vorsorge der Pflegekostenabsicherung. Zumal die Zahl Pflegebedürftiger merklich ansteigt: Waren zum Stichtag 31. Dezember 2018 laut aktuellsten Daten des Bundesgesundheitsministeriums in Deutschland insgesamt 3 920 014 Menschen pflegebedürftig, werden bis 2040 voraussichtlich etwa 4,4 Millionen Personen auf Pflege angewiesen sein. Zu diesem Ergebnis kommt das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung, kurz WIP.

Hält die Entwicklung der vergangenen Jahre an, könnte sich im Zuge dessen der Beitragssatz in der gesetzlichen Pflegeversicherung von heute 3,05 Prozent (Kinderlose zahlen 3,30 Prozent) bis 2040 auf einen Satz von 7,9 Prozent sogar mehr als verdoppeln, so die Prognosen des WIP.

Ausschlaggebend für den altersbedingten Beitragsanstieg sind dabei sinkende Beitragseinnahmen bei gleichzeitig steigenden Leistungsausgaben. Während mit dem Renteneintritt der geburtenstarken Generationen (Babyboomer) die beitragspflichtigen Einnahmen sinken, steigt mit höherem Alter ihre Pflegefallwahrscheinlichkeit. Den Babyboomern im Ruhestand stünde dann laut WIP eine schrumpfende Zahl von Menschen im erwerbstätigen Alter gegenüber. Wie dem auch sei: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat bereits Dialogrunden zur künftigen (effizienteren) Pflegefinanzierung angekündigt. ■▷

THOMAS SCHICKLING



Tarifmerkmale: Was Allianz & Co. im Rahmen der Förder-Pflege Versicherten zubilligen

Versicherer	Tarifname	Wartezeit entfällt bei Unfall	neue Wartezeit bei Änderung ¹⁾	Dynamik vor Eintritt des Pflegefalls	Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls	Geltungsbereich	Wohnsitzverlegung	Mindestvertragsdauer	Optionen bei Zahlungsschwierigkeiten	Angabe des Rechnungszinses ²⁾	DFSI-Tarif-Note
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	ja	nein	ja	ja	weltweit	EWR inkl. CH	keine	ja	ja	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	ja	nein	ja	ja	weltweit	EWR	2 Jahre	ja	ja	Hervorragend
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	ja	ja	ja	ja	weltweit	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	nein	Hervorragend
Generali	PflegeBahr ³⁾	ja	nein	ja	ja	weltweit	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	ja	Hervorragend
Debeka	EPG	ja	nein	ja	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	1 Jahr	ja	ja	Sehr Gut
DKV	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP	ja	nein	nein	nein	weltweit	EWR	2 Jahre	nein	ja	Sehr Gut
ERGO	GEPV	ja	ja	nein	nein	weltweit	EWR	keine	ja	ja	Sehr Gut
Hallesche	FÖRDERbar	ja	ja	nein	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	ja	Sehr Gut
LVM	PTG	ja	nein	ja	nein	EWR inkl. CH	EWR	1 Jahr	nein	ja	Sehr Gut
Nürnberger	NPV	ja	nein	nein	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	1 Jahr	nein	ja	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	ja	nein	ja	nein	weltweit	EWR inkl. CH	1 Jahr	ja	nein	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	ja	nein	ja	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	1 Jahr	nein	nein	Sehr Gut
AXA	GEPV	nein	ja	nein	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	nein	Gut
HanseMerkur	PB	nein	ja	nein	nein	weltweit	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	nein	Gut
Süddeutsche	PZ	ja	ja	nein	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	2 Jahre	nein	ja	Gut

Ranking nach DFSI-Tarif-Noten: ¹⁾etwa Tarifwechsel/Anpassung des Tagesgeldsatzes; ²⁾im Rahmen der Tarifikalkulation; EWR = Europäischer Wirtschaftsraum; CH = Schweiz; ³⁾identisch mit central.pflege, aber neuer Name wegen Umfirmierung der Central Krankenversicherung AG in Generali Deutschland Krankenversicherung AG zum 1.7.2020

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2020

„Gepflegte“ Analyse

Für FOCUS-MONEY hat das DFSI die ergänzende Pflegeversicherung (Förder-Pflege) für Versicherte im Alter von 25, 35, 45 und 55 Jahren analysiert. Angeschrieben wurden vom DFSI 36 Versicherer. Den Fragebogen komplett ausgefüllt und zurückgesandt haben schließlich 15 Gesellschaften. Um die Leistungsfähigkeit der Tarife beurteilen zu können, haben die Experten des DFSI neben den Tarifbedingungen die Pflegeleistung pro Monat bei ambulanter respektive stationärer Betreuung in den Pflegegraden 1, 2, 3, 4 und 5 abhängig vom jeweiligen Alter des Kunden bei Vertragsschluss untersucht. So wurde en détail bewertet:

I. Tarifbedingungen

Um die Güte der Tarife zu messen, hat das DFSI aus neun Kriterien einen Multiplikator gebildet: Der Standardwert 1 konnte dabei auf maximal 1,575 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 der Police, Geltungsbereich bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, Mindestvertragsdauer, Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten und Angabe des Rechnungszinses positiv im Sinne des Kunden entschied. Die Kriterien:

1. Wegfall der Wartezeit bei Unfall

Der Gesetzgeber schreibt Versicherern vor, dass bei Förder-Tarifen die Wartezeit bis zu Beginn der Leistungspflicht maximal fünf Jahre betragen darf. Das Gros der Gesellschaften im Test sieht bei Pflege aufgrund 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. Bei einigen Versicherern 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 Assekuranz Versicherten eine Beitragsdynamik: Prämien und Leistung werden damit alle paar Jahre ohne Gesundheitsprüfung angepasst. Von den 15 untersuchten Gesellschaften räumen acht der Klientel diese Option ein.

4. Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls

Dazu waren im Test nur die vier Gesellschaften Allianz, Arag, Barmenia und Generali bereit.

5. Geltungsbereich der Police

Das Gros der Versicherer zahlt, wenn Versicherte sich innerhalb der Grenzen Europas bzw. im Europäischen Wirtschaftsraum inklusive der Schweiz aufhalten. Acht der geprüften Gesellschaften leisten gar mit Einschränkungen rund um den Globus.

6. Geltungsbereich Wohnsitzverlegung

Hier leistet das Gros der Versicherer innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums samt Schweiz.

7. Mindestvertragsdauer

Die Musterbedingungen gehen im Allgemeinen von ein bis zwei Jahren aus. Allianz und Ergo sehen keine Mindestzeiten vor.

8. Optionen 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.

9. Angabe des Rechnungszinses

Von den Versicherern wollte das DFSI wissen, mit welchem Rechnungszins ihre Aktuarien die Förder-Pflege-Policen kalkulieren. Fünf Unternehmen gaben dazu keine Auskunft.

II. Leistung im Pflegefall

Um die Prämienhöhe der Verträge im Vergleich zueinander zu beurteilen, hat das DFSI den „Pflege-Leistungs-Index“ konzipiert. Dieser informiert darüber, wie viel die Assekuranz in ihrem Tarif pro Cent Prämie bei Pflegebedürftigkeit der Klientel monatlich zahlt. So wurde der Pflege-Leistungs-Index je Cent berechnet: Je nach Altersstufe gezahlte Leistungen in den Pflegegraden 1 bis 5 wurden – gewichtet – aufaddiert und durch die jeweilige Monatsprämie dividiert. Die Gewichtung orientiert sich dabei an der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten in den einzelnen Pflegegraden: So wurde der Pflegegrad 1 mit zehn Prozent gewichtet, Pflegegrad 2 hingegen mit 35 Prozent, Pflegegrad 3 mit 30 Prozent, Pflegegrad 4 mit 15 Prozent und Pflegegrad 5 mit zehn Prozent.

Beispiel Allianz-Tarif (PZTGO2) für 25-Jährige

$$(96 \text{ €} \times 10\% + 192 \text{ €} \times 35\% + 480 \text{ €} \times 30\% + 768 \text{ €} \times 15\% + 960 \text{ €} \times 10\%) / 10,97 \text{ €} \text{ Prämie} = 39,38$$

Um den Leistungs-Index zu bestimmen, wurde vom DFSI der Pflege-Leistungs-Index mit dem Tarifmultiplikator multipliziert und das Ergebnis – abhängig von der jeweils untersuchten Altersstufe – bepunktet.

Im folgenden Schritt wurden die Punkte des Leistungs-Index mit den umgerechneten Noten der Finanzstärke (s. Tabelle rechts und Finanzstärke-Beihefter in FOCUS-MONEY Heft 15/2020) des jeweiligen privaten Krankenversicherers multipliziert und damit das Gesamtergebnis je Altersstufe ermittelt. Dabei wurde der Leistungs-Index mit 70 Prozent, die Finanzstärke mit 30 Prozent im Hinblick auf das Gesamtergebnis gewichtet.

Umrechnungsskala

Note Finanzstärke	Prozent
1,00	100%
1,25	90%
1,75	75%
2,00	70%
2,25	65%
2,75	55%
3,00	50%
3,25	45%
3,75	35%
4,00	30%

III. Gesamtergebnis

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

DFSI-Notenskala

ab ...Prozent vom erreichten Maximalwert	DFSI-Bewertung
90%	Hervorragend
80%	Sehr Gut
60%	Gut
40%	Befriedigend
20%	Ausreichend
0%	Mangelhaft

Quelle: DFSI

FÖRDER-PFLEGE

Was Sie wissen sollten!

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 TASCHE DAZUSCHIESSEN?

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 Pflegegrad 5. Auch müssen die Gesellschaften in den Pflegegraden 1 bis 4 leisten: In Pflegegrad 1 beträgt das Monatsgeld mindestens 60 Euro, in Pflegegrad 2 mindestens 120 Euro, in Pflegegrad 3 mindestens 180 Euro und in Pflegegrad 4 schließlich mindestens 240 Euro. Gut zu wissen: Den 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 Kundschaft für monatlich 15 Euro Mindestprämie in Pflegegrad 5 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 Pflegegrad 5 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 Kassenpatienten ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), für Privatpatienten im In- und Ausland hingegen das Unternehmen Medicproof mit seinen rund 1100 freiberuflich tätigen 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-, 35-, 45- und 55-Jährige im Test

Versicherer	Monatsbeitrag in Euro ¹⁾	monatliche Leistung (in Euro) bei ambulanter/stationärer Pflege in den Pflegegraden					Pflege-Leistungs-Index je 1 Cent	DFSI-Tarif-multiplikator	DFSI-Leistungs-Index	Finanzstärke-Note	DFSI-Gesamtnote
		1	2	3	4	5					
25-Jährige											
Allianz	10,97	96,00	192,00	480,00	768,00	960,00	39,38	1,525	60,05	1,00	Hervorragend
Barmenia	10,00	81,08	243,24	486,49	648,65	810,81	41,76	1,375	57,42	1,25	Hervorragend
Debeka	10,00	125,00	250,00	541,67	750,01	833,34	45,83	1,350	61,88	1,00	Hervorragend
DKV ²⁾	14,88	232,56	348,84	813,96	1046,52	1279,08	45,32	1,250	56,66	1,00	Hervorragend
Generali	10,35	129,00	258,00	387,00	516,00	1290,00	41,13	1,475	60,67	1,75	Hervorragend
R+V	10,00	78,39	235,17	548,73	783,90	783,90	45,07	1,350	60,85	2,00	Hervorragend
SIGNAL IDUNA	10,00	85,90	300,65	472,45	644,25	859,00	43,81	1,275	55,86	1,25	Hervorragend
ARAG	10,00	112,50	225,00	337,50	450,00	1125,00	37,13	1,425	52,90	1,25	Sehr Gut
HanseMerkur	10,00	99,12	247,80	495,60	743,39	991,19	45,59	1,175	53,57	1,25	Sehr Gut
Nürnberger	10,22	129,00	258,00	387,00	516,00	1290,00	41,65	1,275	53,11	1,75	Sehr Gut
AXA	10,12	76,00	266,00	342,00	646,00	760,00	37,17	1,125	41,82	1,25	Gut
ERGO	10,00	114,50	229,01	343,51	458,02	1145,04	37,79	1,275	48,18	2,25	Gut
Hallesche	15,20	120,00	240,00	360,00	600,00	1200,00	27,24	1,225	33,37	1,75	Gut
LVM	10,60	75,00	150,00	375,00	600,00	750,00	31,84	1,275	40,60	1,00	Gut
Süddeutsche	10,15	81,00	162,00	243,00	405,00	810,00	27,53	1,200	33,04	1,75	Gut

Ranking nach DFSI-Gesamtnote; ¹⁾zzgl. fünf Euro vom Staat; ²⁾Leistung inklusive Pflegebonus nach 15 Versicherungsjahren. In den ersten 15 Versicherungsjahren werden geringere Leistungen gezahlt

Quelle: DFSI, Stand: Juli 2020

Versicherer	Monatsbeitrag in Euro ¹⁾	monatliche Leistung (in Euro) bei ambulanter/stationärer Pflege in den Pflegegraden					Pflege- Leistungs-Index je 1 Cent	DFSI-Tarif- multiplikator	DFSI-Leistungs- Index	Finanzstär- ke-Note	DFSI- Gesamtnote
		1	2	3	4	5					
35-Jährige											
Allianz	10,40	66,00	132,00	330,00	528,00	660,00	28,56	1,525	43,55	1,00	Hervorragend
Debeka	10,30	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	32,04	1,350	43,25	1,00	Hervorragend
DKV ²⁾	13,85	144,48	216,72	505,68	650,16	794,64	30,25	1,250	37,82	1,00	Hervorragend
Generali	10,38	90,00	180,00	270,00	360,00	900,00	28,61	1,475	42,20	1,75	Hervorragend
SIGNAL IDUNA	10,01	60,10	210,35	330,55	450,75	601,00	30,62	1,275	39,04	1,25	Hervorragend
ARAG	10,00	80,40	160,80	241,20	321,60	803,70	26,53	1,425	37,80	1,25	Sehr Gut
Barmenia	11,08	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	27,89	1,375	38,35	1,25	Sehr Gut
HanseMerkur	10,00	66,37	165,93	331,86	497,79	663,72	30,53	1,175	35,87	1,25	Sehr Gut
Nürnberger	10,14	87,00	174,00	261,00	348,00	870,00	28,31	1,275	36,10	1,75	Sehr Gut
R+V	11,52	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	29,95	1,350	40,43	2,00	Sehr Gut
AXA	10,48	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	28,34	1,125	31,88	1,25	Gut
ERGO	10,00	86,71	173,41	260,12	346,82	867,05	28,61	1,275	36,48	2,25	Gut
Hallesche	10,12	81,00	162,00	243,00	405,00	810,00	27,61	1,225	33,83	1,75	Gut
LVM	11,40	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	23,68	1,275	30,20	1,00	Gut
Süddeutsche	10,18	63,00	126,00	189,00	315,00	630,00	21,35	1,200	25,62	1,75	Gut
45-Jährige											
Allianz	15,40	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	17,53	1,525	26,74	1,00	Hervorragend
Debeka	16,96	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	19,46	1,350	26,27	1,00	Hervorragend
Generali	10,11	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	19,58	1,475	28,89	1,75	Hervorragend
ARAG	11,20	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	17,68	1,425	25,19	1,25	Sehr Gut
Barmenia	18,64	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	16,58	1,375	22,79	1,25	Sehr Gut
DKV ²⁾	17,94	120,00	180,00	420,00	540,00	660,00	19,40	1,250	24,25	1,00	Sehr Gut
ERGO	10,00	60,73	121,46	182,19	242,92	607,29	20,04	1,275	25,55	2,25	Sehr Gut
Nürnberger	10,54	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	18,79	1,275	23,95	1,75	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	17,43	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	17,56	1,275	22,38	1,25	Sehr Gut
AXA	16,24	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	18,29	1,125	20,57	1,25	Gut
Hallesche	11,80	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	17,54	1,225	21,49	1,75	Gut
HanseMerkur	15,64	60,00	150,00	300,00	450,00	600,00	17,65	1,175	20,74	1,25	Gut
LVM	17,42	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	15,50	1,275	19,76	1,00	Gut
R+V	19,40	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	17,78	1,350	24,01	2,00	Gut
Süddeutsche	14,38	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	14,39	1,200	17,27	1,75	Gut
55-Jährige											
Allianz	26,14	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	10,33	1,525	15,75	1,00	Hervorragend
ARAG	19,20	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	10,31	1,425	14,70	1,25	Hervorragend
Debeka	27,76	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	11,89	1,350	16,05	1,00	Hervorragend
DKV ²⁾	29,16	120,00	180,00	420,00	540,00	660,00	11,93	1,250	14,92	1,00	Hervorragend
Generali	17,86	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	11,09	1,475	16,35	1,75	Hervorragend
AXA	26,08	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	11,39	1,125	12,81	1,25	Sehr Gut
Barmenia	31,12	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	9,93	1,375	13,65	1,25	Sehr Gut
ERGO	17,20	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	11,51	1,275	14,68	2,25	Sehr Gut
LVM	27,28	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	9,90	1,275	12,62	1,00	Sehr Gut
R+V	32,28	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	10,69	1,350	14,43	2,00	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	30,12	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	10,16	1,275	12,95	1,25	Sehr Gut
Hallesche	20,80	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	9,95	1,225	12,19	1,75	Gut
HanseMerkur	27,20	60,00	150,00	300,00	450,00	600,00	10,15	1,175	11,92	1,25	Gut
Nürnberger	19,14	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	10,34	1,275	13,19	1,75	Gut
Süddeutsche	22,60	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	9,16	1,200	10,99	1,75	Gut

Ranking nach DFSI-Gesamtnote; ¹⁾zzgl. fünf Euro vom Staat; ²⁾Leistung inklusive Pflegebonus nach 15 Versicherungsjahren. In den ersten 15 Versicherungsjahren werden geringere Leistungen gezahlt

Quelle: DFSI, Stand: Juli 2020