

SERIE

Megathema Pflege

Bis zum Jahr 2040 werden voraussichtlich über fünf Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig sein. Schon längst ist die Pflege und deren Finanzierung hierzulande zum politischen Zankapfel geworden. Zumal die gesetzliche Pflegepflichtversicherung vom Staat bewusst nur als „Teilkasko“ konzipiert ist – und damit die hohen realen Kosten medizinisch fachlicher Betreuung Pflegebedürftiger bei Weitem nicht deckt. Daher ist heute private Vorsorge für Bürgerinnen und Bürger quasi ein Muss. Nur: Welche privaten Pflege-Policen eignen sich derzeit am besten, um die finanzielle Versorgungslücke zu schließen? Und welche sind aus Verbrauchersicht „hervorragend“?

Antworten auf diese Fragen liefern FOCUS-MONEY und das DFSI in einer dreiteiligen Serie zum Thema Pflegegeld. Den Auftakt macht dabei die sogenannte ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung (im Volksmund Pflege-Bahr), die der Bund immerhin mit insgesamt 60 Euro jährlich subventioniert. Darauf folgen sogenannte Kombi-Tarife. Den Abschluss bildet eine ausführliche Analyse klassischer Pflegegeld-Kontrakte mit „statischen“ und „flexiblen“ Tarif-Modellen.

DAS MACHT FREUDE:

Auch in fortgeschrittenem Alter sind die Beiträge zur Förder-Pflege bei hervorragenden Tarifen erschwinglich

GESUNDHEIT

Ziel erreicht!

Die Pflegepflichtversicherung ist nur eine „Teilkasko“. Darum subventioniert der Staat die sogenannte ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung. Welche Policen für welche Altersgruppen erste Wahl sind

von THOMAS SCHICKLING

Alles eine Sache der Perspektive! Aus Sicht von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ist die mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) verwobene Pflegereform ganz klar „sauber ausfinanziert“. Für den Chef des AOK-Bundesverbands hingegen ist die Reform eher „unausgegoren“. Was noch kurz vor der Bundestagswahl eingetütet worden sei, bleibe Stückwerk, sagt Martin Litsch. Die beschlossenen Maßnahmen würden bei fehlender Gegenfinanzierung einen Ausgabenanstieg auslösen, der das Finanzierungsproblem in der Pflege bereits 2022 drastisch verschärfe, mahnt der AOK-Vorstandschef.

Gehörig Gegenwind. Auch die Opposition lässt an Spahns Reform-Opus kein gutes Haar: Was die jetzige Bundesregierung als Änderungsanträge zu einem „Aller-Welt-Gesetz“ – dem GVWG – vorlege, sei keine Pflegereform und lasse „die Schuldenuhr bei pflegebedürftigen Menschen immer schneller ticken“, kritisiert die Grünen-Pflegepolitikerin Kordula Schulz-Asche. Mit ihren Versäumnissen stelle die Koalition die künftige Bundesregierung vor eine horrende Herausforderung gleich zu Beginn der neuen Legislaturperiode, so Schulz-Asche.

Auch wenn die Ansichten von Regierung, Opposition und Krankenkassen diametral auseinandergehen: Am 11. Juni 2021 hat der Bundestag sein Placet für das GVWG gegeben.

Und – bei aller Kritik – weist die mit dem Mammutgesetz verbundene Pflegereform schon in die richtige Richtung, sowohl für Pflegebedürftige als auch für Pflegenden: Ab September 2022 sollen nur noch Altenheime und Pflegedienste mit den Pflegekassen abrechnen dürfen, wenn sie nach Tarif, kirchenarbeitsrechtlichen Regularien oder zumindest in Höhe eines Tarifvertrags entlohnen. Laut Spahn könne die Tarifpflicht Beschäftigten im Monat bis zu 300 Euro mehr in die Haushaltskasse spülen. Wer aber kontrolliert die Zahlung von Tariflöhnen in

der Praxis? Die Pflegekassen. Pflegeeinrichtungen müssen diesen künftig jährlich bis spätestens Ende September mitteilen, welche Tarifregelungen zum Tragen kommen.

Um die Bewohner von Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf pflegebedingte Eigenanteile zu entlasten, soll die gesetzliche Pflegeversicherung finanziell einspringen. Was auch dringend nötig ist, hatten sich doch zuletzt die monatlichen Eigenanteile stationär Betreuter im Bundesdurchschnitt auf 2068 Euro hochgeschaukelt. So sollen Pflegebedürftige laut Reform ab 2022 im ersten Jahr des Heimaufenthalts einen Zuschlag von fünf Prozent des Eigenanteils, im zweiten Jahr 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent und danach 70 Prozent erhalten. Laut Spahns Berechnungen werden Pflegebedürftige somit nach mehr als zwei Jahren Pflege im Schnitt um 410 Euro und nach mehr als drei Jahren um 638 Euro monatlich entlastet.

Mehr Geld für Pflegebedürftige soll es auch in der ambulanten Pflege geben. So sieht die Reform fünf Prozent mehr für Pflegesachleistungen vor, das sind Hilfen bei Körperpflege, Ernährung und Bewegung. Auch wird der Höchstbetrag in der Kurzzeitpflege um zehn Prozent aufgestockt.

Alles in allem – kein billiges Reformpaket. So rechnet Minister Spahn auch mit Gesamtkosten von über drei Milliarden Euro im Jahr 2022. Und wie soll diese immense Summe zu stemmen sein? Zur Gegenfinanzierung schießt der Bund erstmalig 2022 eine Milliarde Euro zur Pflegepflichtversicherung hinzu. Über die geplante Erhöhung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Pflege für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte auf 0,35 Beitragspunkte kämen, so der Minister, 400 Millionen Euro dazu. Die restlichen 1,6 Milliarden Euro seien im Zuge der regulären Dynamisierung der Pflegeleistungen ohnehin eingeplant und würden ►



Gesamtergebnis Förder-Pflege-Tarife: Allianz und Debeka erste Wahl

Versicherer	Tarif	DFSI-Gesamtnote in den Altersstufen				DFSI-Endnote ⁹
		25 Jahre	35 Jahre	45 Jahre	55 Jahre	
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend
Debeka	EPG	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend
Arag	ARAG FörderPflege PF	Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	Hervorragend	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
Generali Deutschland	PflegeBahr	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
HanseMerkur	PB	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Gut	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
AXA	GEPV	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	Gut	Gut	Gut	Sehr Gut	Gut
Ergo	GEPV	Befriedigend	Gut	Gut	Gut	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
LVM	PTG	Gut	Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Gut
Nürnberger	NPV	Gut	Gut	Sehr Gut	Gut	Gut
SDK	PZ	Befriedigend	Gut	Gut	Gut	Gut

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2021; 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⁾(inkl. Pflegebonus)

eingepreist. Liest sich auf dem Papier schon gut, warum Gesundheitsminister Spahn auch von „sauber ausfinanziert“ spricht.

Anders sieht die Rechnung des GKV-Spitzenverbands aus: „Nach ersten vorsichtigen Schätzungen erwarten wir im nächsten Jahr trotz der angekündigten Beitragserhöhung für Kinderlose eine Finanzierungslücke von rund zwei Milliarden Euro“, sagt Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbands. Eine nachhaltige Pflegefinanzierung sehe anders aus, so Kiefer. Zumal seit nunmehr vier Jahren die finanziellen Zuwendungen für Pflegebedürftige in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung nicht mehr erhöht wurden.

Ohnehin hat der Gesetzgeber die gesetzliche Pflege nur als „Teilkasko“ konzipiert, die nicht sämtliche in der Praxis anfallenden Kosten für Bedürftige übernimmt. Und wird daran – was die Spahn'sche Pflegereform zeigt – wohl nichts ändern.

Wie hoch die Leistungen der Pflegepflichtversicherung ausfallen, hängt stets 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 breit klaffende Finanzierungslücke zwischen den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und den tatsächlich anfallenden Ausgaben für ambulante respektive stationäre Fach-Pflege zu finanzieren, müssen Betroffene im Bedarfsfall in aller Regel nicht nur ihre Rente einsetzen, sondern auch auf vorhandene Ersparnisse und Vermögenswerte zurückgreifen. 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?

Private Vorsorge Pflicht. Um im Fall der Fälle nicht den Kindern, Verwandten oder Freunden verpflichtet zu sein, raten Fachleute dringend dazu, die Pflegepflichtversicherung mit einer kapitalgedeckten, privaten Pflege-Police zu flankieren.

Aus Expertensicht eine gute Wahl zum Schließen der „Pflege-Lücke“ ist die private, ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung, kurz Förder-Pflege. Der Staat subventioniert das Ganze mit jährlich 60 Euro (s. Kasten S. 72). Nur welche Policen sind top? Antworten darauf gibt FOCUS-MONEY. Zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSİ) hat FOCUS-MONEY die aktuellen Tarife analysiert – und für Kunden im Alter von 25, 35, 45 und 55 Jahren die besten herauskristallisiert (s. Methode S. 71). Ergebnis: „In puncto Leistung erste Wahl über alle Altersgruppen hinweg sind die Tarife von Allianz und Debeka“, erklärt Sebastian Ewy, Experte beim DFSİ (s. Tabelle S. 69). Was hingegen die Tarifmerkmale der Pflege-Policen anbetrifft, bieten Allianz, Arag, Barmenia und Generali Deutschland hervorragende Voraussetzungen (s. Tabelle unten).

Sicher ist: Die Zahl Pflegebedürftiger in Deutschland wird wegen des demografischen Wandels noch wachsen: Waren zum Stichtag 31. Dezember 2020 laut Bundesgesundheitsministerium (Stand: 14. Juni 2021) in Deutschland 4 574 655 Menschen pflegebedürftig, werden bis Mitte der 2030er-Jahre wohl über fünf Millionen Personen auf Pflege angewiesen sein. Dieses Szenario beschreibt das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) in seinem Report „Reform der sozialen Pflegeversicherung für mehr Nachhaltigkeit?“. Mitte der 2040er-Jahre könnte womöglich bereits die 6-Millionen-Marke erreicht sein, prophezeien die Experten des IW. ■ ►



Tarifmerkmale: was Assekuranzen Versicherten bei der Förder-Pflege zugestehen

Gesellschaft	Tarifname	Wartezeit enfällt bei Unfall	neue Wartezeit bei Änderung ¹⁾	Dynamik vor Eintritt des Pflegefalls	Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls	Geltungs- bereich	Wohnsitzverle- gung	Mindest- vertrags- dauer	Optionen bei Zah- lungs- schwierig- keiten	Angabe Rech- nungs- zins ²⁾	DFSİ-Tarif-Note
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	ja	nein	ja	ja	weltweit	EWB inkl. CH	keine	ja	ja	Hervorragend
Arag	ARAG FörderPflege PF	ja	nein	ja	ja	weltweit	EWB	2 Jahre	ja	nein	Hervorragend
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	ja	ja	ja	ja	weltweit	EWB inkl. CH	2 Jahre	ja	nein	Hervorragend
Generali Deutschl.	PflegeBahr	ja	nein	ja	ja	weltweit	EWB inkl. CH	2 Jahre	ja	ja	Hervorragend
Debeka	EPG	ja	nein	ja	nein	EWB inkl. CH	EWB inkl. CH	1 Jahr	ja	ja	Sehr Gut
DKV	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	ja	nein	nein	nein	weltweit	EWB	2 Jahre	nein	ja	Sehr Gut
Ergo	GEPV	ja	ja	nein	nein	weltweit	EWB	keine	ja	ja	Sehr Gut
Hallesche	FÖRDERbar	ja	ja	nein	nein	EWB inkl. CH	EWB inkl. CH	2 Jahre	ja	ja	Sehr Gut
LVM	PTG	ja	nein	ja	nein	EWB inkl. CH	EWB	1 Jahr	nein	ja	Sehr Gut
Nürnberger	NPV	ja	nein	nein	nein	EWB inkl. CH	EWB inkl. CH	1 Jahr	nein	ja	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	ja	nein	ja	nein	weltweit	EWB inkl. CH	1 Jahr	ja	nein	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	ja	nein	ja	nein	EWB inkl. CH	EWB inkl. CH	1 Jahr	nein	nein	Sehr Gut
AXA	GEPV	nein	ja	nein	nein	EWB inkl. CH	EWB inkl. CH	2 Jahre	ja	nein	Gut
HanseMerkur	PB	nein	ja	nein	nein	weltweit	EWB inkl. CH	2 Jahre	ja	nein	Gut
SDK	PZ	ja	ja	nein	nein	EWB inkl. CH	EWB inkl. CH	2 Jahre	nein	ja	Gut

Quelle: DFSİ; Stand: Juli 2021; Ranking nach DFSİ-Tarif-Noten; ¹⁾etwa Tarifwechsel/Anpassung des Tagesgeldsatzes; ²⁾im Rahmen der Tarifkalkulation; EWB = Europäischer Wirtschaftsraum; CH = Schweiz

Ausgeklügelte 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 Vertragsabschluss 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 Assekuranzen 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 Deutschland 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. Sechs 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 40 Prozent, Pflegegrad 3 mit 30 Prozent, Pflegegrad 4 mit 15 Prozent und Pflegegrad 5 mit fünf Prozent.

Beispiel Allianz-Tarif (PZTGO2) für 25-Jährige

$$(87 \text{ €} \times 10 \% + 174 \text{ €} \times 40 \% + 435 \text{ €} \times 30 \% + 696 \text{ €} \times 15 \% + 870 \text{ €} \times 5 \%) / 10,92 \text{ € Prämie} = 32,66$$

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. Tabellen S. 72 ff. und Finanzstärke-Beihefter in FOCUS-MONEY-Heft 15/2021) 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.

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.

FÖRDER-PFLEGE

Kurz und kompakt!

WER KANN DIE POLICE ABSCHLIESSEN? Alle, die aktuell einer Pflegepflichtversicherung angehören, das 18. Lebensjahr vollendet haben und bei Abschluss 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 aber stets nur ein Förder-Pflege-Vertrag!

WIE VIEL GELD MUSS ICH ZUR POLICE ZUSCHIESSEN? 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 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 Kundenschaft 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 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.

WANN/WIE KANN ICH LEISTUNGEN GELTEND MACHEN?

Wenn die soziale respektive private Pflegepflichtversicherung zahlt. Maßgeblich für die Höhe der Förder-Pflege ist die von den Pflegekassen jeweils dem Patienten attestierte Pflegestufe: Für Kassenpatienten ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), für Privatpatienten im In- und Ausland 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	Tarif	Monats- beitrag in Euro ¹	monatliche Leistung (in Euro) bei stationärer/ambulanter Pflege in den Pflegegraden					Pflege- Leistungs- Index je 1 Cent	DFSI-Tarif- Multiplika- tor	DFSI- Leistungs- Index	Finanz- stärke- Note	DFSI-Gesamtnote
			1	2	3	4	5					
25-Jährige												
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	10,92	87,00	174,00	435,00	696,00	870,00	32,66	1,525	49,81	1,00	Hervorragend
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	10,00	81,08	243,24	486,49	648,65	810,81	38,92	1,375	53,51	1,25	Hervorragend
Debeka	EPG	10,00	125,00	250,00	541,67	750,01	833,34	42,92	1,350	57,94	1,00	Hervorragend
Generali Deutschl.	PflegeBahr	10,12	114,00	228,00	342,00	456,00	1140,00	32,67	1,475	48,19	1,75	Sehr Gut
HanseMerkur	PB	10,00	99,12	247,80	495,60	743,39	991,19	41,88	1,175	49,21	1,25	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	10,00	72,81	218,43	509,67	728,10	728,10	39,32	1,350	53,08	2,00	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	10,00	84,00	294,00	462,00	630,00	840,00	40,11	1,275	51,14	1,25	Sehr Gut
Arag	ARAG FörderPflege PF	10,00	104,70	209,40	313,80	418,50	1046,40	30,35	1,375	41,73	1,25	Gut
AXA	GEPV	10,30	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	26,94	1,125	30,31	1,25	Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	21,86	232,56	348,84	813,96	1046,52	1279,08	28,72	1,250	35,91	1,00	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	10,04	96,00	192,00	288,00	480,00	960,00	29,16	1,225	35,73	1,75	Gut
LVM	PTG	10,50	72,00	144,00	360,00	576,00	720,00	28,11	1,275	35,85	1,00	Gut
Nürnberger	NPV	10,22	129,00	258,00	387,00	516,00	1290,00	36,60	1,275	46,67	1,75	Gut
Ergo	GEPV	10,00	83,80	167,60	251,40	335,20	837,99	24,30	1,275	30,98	2,25	Befriedigend
SDK	PZ	10,15	81,00	162,00	243,00	405,00	810,00	24,34	1,200	29,21	1,75	Befriedigend

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2021; Ranking nach DFSI-Gesamtnote; ¹zzgl. fünf Euro vom Staat; ²Leistung inklusive Pflegebonus nach 15 Versicherungsjahren. In den ersten 15 Versicherungsjahren werden geringere Leistungen gezahlt; ³(inkl. Pflegebonus)

Versicherer	Tarif	Monats- beitrag in Euro ¹⁾	monatliche Leistung (in Euro) bei stationärer/ambulanter Pflege in den Pflegegraden					Pflege- Leistungs- Index je 1 Cent	DFSI-Tarif- Multiplika- tor	DFSI- Leistungs- Index	Finanz- stärke- Note	DFSI-Gesamtnote
			1	2	3	4	5					
35-Jährige												
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	10,96	63,00	126,00	315,00	504,00	630,00	23,57	1,525	35,94	1,00	Hervorragend
Debeka	EPG	10,30	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	30,00	1,350	40,50	1,00	Hervorragend
Arag	ARAG FörderPflege PF	10,00	76,20	152,40	228,90	305,10	762,60	22,11	1,375	30,41	1,25	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	11,08	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	25,99	1,375	35,74	1,25	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	10,19	81,00	162,00	243,00	324,00	810,00	23,05	1,475	34,00	1,75	Sehr Gut
HanseMerkur	PB	10,00	66,37	165,93	331,86	497,79	663,72	28,04	1,175	32,95	1,25	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	12,64	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	25,63	1,350	34,60	2,00	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	10,31	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	27,79	1,275	35,43	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	14,74	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	18,83	1,125	21,18	1,25	Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	19,71	144,48	216,72	505,68	650,16	794,64	19,79	1,250	24,74	1,00	Gut
Ergo	GEPV	10,00	64,10	128,21	192,31	256,41	641,03	18,59	1,275	23,70	2,25	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	10,64	69,00	138,00	207,00	345,00	690,00	19,78	1,225	24,23	1,75	Gut
LVM	PTG	11,94	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	20,60	1,275	26,27	1,00	Gut
Nürnberger	NPV	10,14	87,00	174,00	261,00	348,00	870,00	24,88	1,275	31,72	1,75	Gut
SDK	PZ	10,18	63,00	126,00	189,00	315,00	630,00	18,88	1,200	22,65	1,75	Gut
45-Jährige												
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	16,78	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	14,66	1,525	22,36	1,00	Hervorragend
Debeka	EPG	16,96	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	18,22	1,350	24,60	1,00	Hervorragend
Arag	ARAG FörderPflege PF	11,80	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	14,75	1,375	20,28	1,25	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	18,64	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	15,45	1,375	21,24	1,25	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	11,33	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	15,36	1,475	22,65	1,75	Sehr Gut
HanseMerkur	PB	15,64	60,00	150,00	300,00	450,00	600,00	16,21	1,175	19,04	1,25	Sehr Gut
LVM	PTG	18,04	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	13,64	1,275	17,39	1,00	Sehr Gut
Nürnberger	NPV	10,54	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	16,51	1,275	21,05	1,75	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	20,96	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	15,46	1,350	20,87	2,00	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	17,89	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	16,01	1,275	20,42	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	21,64	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	12,82	1,125	14,43	1,25	Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	24,40	120,00	180,00	420,00	540,00	660,00	13,28	1,250	16,60	1,00	Gut
Ergo	GEPV	13,96	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	12,46	1,275	15,89	2,25	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	15,20	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	12,04	1,225	14,75	1,75	Gut
SDK	PZ	14,38	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	12,73	1,200	15,27	1,75	Gut
55-Jährige												
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	27,70	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	8,88	1,525	13,54	1,00	Hervorragend
Debeka	EPG	27,76	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	11,13	1,350	15,03	1,00	Hervorragend
Arag	ARAG FörderPflege PF	19,80	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	8,79	1,375	12,08	1,25	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	31,12	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	9,25	1,375	12,72	1,25	Sehr Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	37,76	120,00	180,00	420,00	540,00	660,00	8,58	1,250	10,73	1,00	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	19,38	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	8,98	1,475	13,24	1,75	Sehr Gut
LVM	PTG	28,12	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	8,75	1,275	11,15	1,00	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	34,48	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	9,40	1,350	12,69	2,00	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	30,80	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	9,30	1,275	11,86	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	32,98	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	8,41	1,125	9,47	1,25	Gut
Ergo	GEPV	21,76	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	8,00	1,275	10,20	2,25	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	25,80	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	7,09	1,225	8,69	1,75	Gut
HanseMerkur	PB	27,20	60,00	150,00	300,00	450,00	600,00	9,32	1,175	10,95	1,25	Gut
Nürnberger	NPV	19,14	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	9,09	1,275	11,59	1,75	Gut
SDK	PZ	22,60	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	8,10	1,200	9,72	1,75	Gut

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2021; Ranking nach DFSI-Gesamtnote; ¹zzgl. fünf Euro vom Staat; ²Leistung inklusive Pflegebonus nach 15 Versicherungsjahren. In den ersten 15 Versicherungsjahren werden geringere Leistungen gezahlt; ³(inkl. Pflegebonus)