

INS BULLSEYE: Private Pflege-Bahr-Policen helfen, die finanzielle Pflegelücke zumindest zu verkleinern



GESUNDHEIT

Volltreffer!

In finanzieller Hinsicht chronisch krank zeigt sich die gesetzliche Pflegepflichtversicherung. Ganz bewusst subventioniert daher der Staat die ergänzende **Pflege-Vorsorgeförderung**. Welche Policen **erste Wahl** sind

von THOMAS SCHICKLING

SERIE

Megathema Pflege

Bis 2055 wird die Zahl der Pflegebedürftigen hierzulande auf etwa 6,8 Millionen Menschen wachsen – bilanziert zumindest die aktuelle Vorausberechnung des Statistischen Bundesamts. Was wohl un-ausweichlich die Leistungsausgaben der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung samt Beamtenbeihilfe in schwindelerregende Höhen treiben dürfte.

Bereits jetzt kämpft die gesetzliche Pflege mit tiefroten Zahlen. Prognosen der Bundesregierung zufolge steuert sie für das laufende Jahr 2023 auf ein Defizit von 2,4 Milliarden Euro zu. Zwar will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Zuge des neuen Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes mit

Beitragserhöhungen die Pflegekassen sanieren – was diesen nach Berechnungen des Ministers heuer sogar ein Plus von 700 Millionen Euro beschern könnte. Für die Jahre 2024 und 2025 rechnet der GKV-Spitzenverband dann zwar mit einem Überschuss zwischen einer und zwei Milliarden. Ab 2026 allerdings sei der finanzielle Spielraum der Pflegepflichtversicherung wieder „ausgereizt“.

Hinzu kommt, dass Vater Staat die gesetzliche Pflege nur als „Teilkasko“ konzipiert hat – und damit die hohen, realen Kosten medizinisch-fachlicher Betreuung Pflegebedürftiger bei Weitem nicht deckt.

Berechnungen des Gesundheitsökonom Heinz Rothgang zufolge wird der Anteil der Menschen in Pflegeheimen, die Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen,

2023 auf ein Drittel anwachsen – und das trotz deutlich gestiegener Alterseinkünfte.

Ein guter Ausweg, um die breit klaffende finanzielle „Pflegelücke“ zwischen den aktuellen Leistungen der gesetzlichen Pflege und den tatsächlichen Kosten zu schließen respektive zumindest zu verkleinern, sind private Pflege-Policen.

Welche Tarife aber sind aus Verbrauchersicht top? Antworten liefern FOCUS MONEY und das DFSI in einer dreiteiligen Serie zum Thema Pflegegeld.

Den Auftakt macht dabei die ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung – im Volk besser bekannt als „Pflege-Bahr“. Darauf folgen sogenannte Kombi-Tarife. Den Abschluss der Serie bildet eine Analyse klassischer Pflegegeld-Kontrakte mit „statischen“ und „flexiblen“ Tarifmodellen.

Gesamtergebnis Förder-Pflege-Tarife: Allianz und Debeka top

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	Sehr Gut	Hervorragend	Hervorragend	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	Hervorragend	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	Sehr Gut	Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
Generali Deutschland	PflegeBahr	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
LVM	PTG	Gut	Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	Hervorragend	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
ERGO	GEPV	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
HanseMerkur	PB	Sehr Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
Nürnberger	NPV	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
SDK	PZ	Befriedigend	Befriedigend	Gut	Gut	Gut

Stand: Juli 2023; 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⁾inklusive Pflegebonus

Quelle: DFSI

st es nicht schön, wenn Politiker auch mal selbst Kritik an ihren Hauruck-Gesetzen üben? Schon! Man habe sich im Koalitionsvertrag „mehr vorgenommen“, gestand Heike Baehrens, Pflegebeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion, ein. Kordula Schulz-Asche, Grünen-Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, mahnte, dass angesichts der bestehenden Herausforderungen immer „noch viel zu tun“ bleibe. Selbst der zuständige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach gab unverhohlen zu, dass das nunmehr verabschiedete Maßnahmenbündel beileibe „kein perfektes Gesetz“ darstelle.

Gemeint ist das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz, kurz PUEG. Mit ihm stieg zum 1. Juli der allgemeine Beitragssatz zur Pflegepflichtversicherung von 3,05 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Brutto auf 3,4 Prozent. Der Arbeitgeberanteil liegt nun bei 1,7 Prozent. Kinderlose trifft es härter. Sie zahlen ab sofort vier Prozent statt wie bisher 3,4 Prozent. Eltern mit zwei und mehr Kindern hingegen müssen nur zwischen 3,15 und 2,4 Prozent berappen.

Spielraum bald ausgereizt. Dank der Beitragserhöhung hat Lauterbach zwar in den kommenden drei Jahren die chronisch klammen Kassen der Pflegepflichtversicherung finanziell saniert. Heuer rechnet SPD-Mann Lauterbach mit einem Plus von rund 700 Millionen Euro. Für die Jahre 2024 und 2025 geht der GKV-Spitzenverband bei den Pflegekassen sogar von einem Überschuss zwischen einer und zwei Milliarden aus. Ab 2026 allerdings sei der finanzielle Spielraum der Pflegepflichtversicherung wieder „ausgereizt“.

Im Zuge des neuen PUEG werden zudem Pflegegeld und ambulante Sachleistungen, etwa Hilfen bei Körperpflege, Ernährung und Bewegung, zum 1. Januar 2024 um (dürftige) fünf Prozent angehoben. Das Entlastungsbudget wird zum 1. Juli 2025 wirksam. Zudem sollen zum Jahresbeginn 2025 und 2028 die Geld- und Sachleistungen in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert werden.

Was unterm Strich aber Fachleuten zufolge kaum zu einer spürbaren Entlastung Pflegebedürftiger und von deren Angehörigen beiträgt. Folglich erklärte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands, Carola Reimann, die Erhöhung des Pflegegelds reiche nicht. So würden ambulante Pflegeleistungen sukzessive entwertet und die Pflege- und Unterstützungsbereitschaft der pflegenden Angehörigen „aufs Spiel gesetzt“.

Das erhöhte Pflegegeld werde bei vielen schnell aufgezehrt sein, mahnte Verena Bentele, Präsidentin des Sozialverbands VdK. In die gleiche Kerbe schlug CDU-Gesundheitspolitikerin Diana Stöcker. Die Dynamisierung der Pflegeleistung für die Betroffenen falle nur „mager“ aus und auch ein Inflationsausgleich sei nicht enthalten. Insgesamt habe die Ampel damit die Chance für einen „großen Wurf“ verpasst und bleibe hinter den Inhalten des eigenen Koalitionsvertrags zurück.

Mit dem PUEG ist der Ampel wahrlich kein großer Wurf gelungen. Zumal die Regierung wohl nicht an den Grundfesten der Pflegepflichtversicherung rütteln will. Denn die gesetzliche Pflege ist nicht als Rundum-sorglos-Paket, sondern lediglich als „Teilkasko“ konzipiert, die bei Weitem nicht alle in der Praxis anfallenden Ausgaben für eine gute, umfassende medizinische Betreuung Pflegebedürftiger übernimmt.

Bis zu 2100 Euro zu wenig. Wie immens breit die Versorgungslücke zwischen den Leistungen der gesetzlichen Pflege und den tatsächlich anfallenden Ausgaben klafft, zeigt sich bereits bei der ambulanten Pflege von Menschen zu Hause. Dort wird hierzulande die Majorität der Pflegebedürftigen von Angehörigen und/oder ambulanten Pflegediensten umsorgt. Die Ratingagentur Assekurata beziffert die Pflegelücke bei ambulanter Fachpflege – je nach Pflegegrad – auf Summen zwischen 375 und 2100 Euro pro Monat. Happig!

Noch happiger manifestiert sich die Pflegelücke für jene, die in einem Heim leben. Abzüglich der Leistungen der gesetzlichen Pflege haben Heimbewohner im Bundesdurch-

schnitt 2248 Euro pro Monat für die stationäre Versorgung selbst zu berappen. Diese Bilanz zieht der PKV-Verband.

Um die klaffende Versorgungslücke zu schließen, müssen Seniorinnen und Senioren im Bedarfsfall ihre Rente einsetzen. Was in vielen Fällen nicht genug ist, erhält doch die Hälfte der Rentner in Deutschland aktuell weniger als 1000 Euro an Altersbezügen im Monat. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Nachfrage der Linken-Partei bei der Bundesregierung.

Und so müssen vor allem Pflegebedürftige in Heimen zusätzlich zur Rente auf Ersparnisse und Vermögenswerte zurückgreifen. Reichen die Mittel des Pflegebedürftigen dennoch nicht aus, sind dessen Kinder verpflichtet, die Kosten im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Möglichkeiten zu tragen. Dies betrifft Berufstätige mit einem Jahreseinkommen von 100 000 Euro brutto und mehr – so sieht es das Angehörigen-Entlastungsgesetz vor.

Doch was ist, wenn Pflegebedürftige keinen Nachwuchs haben, der sie unterstützt? Dann wird das Pflegeheim zur „Armutsfalle“: Berechnungen des Gesundheitsökonomens Heinz Rothgang zufolge wird der Anteil der Menschen in Pflegeheimen, die Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, im Lauf des Jahres 2023 auf 32,5 Prozent wachsen – und das trotz deutlich gestiegener Alterseinkünfte. Bis 2026 rechnet Rothgang sogar mit 36 Prozent Sozialhilfeempfängern in Pflegeheimen.

Lückenschluss. Um als Pflegebedürftiger nicht den Kindern oder dem Sozialamt auf der Tasche zu liegen, raten Fachleute dringend, die Pflegepflichtversicherung mit einer kapitalgedeckten, privaten Pflege-Police zu flankieren.

Aus Expertensicht durchaus eine gute Wahl zum Schließen der Pflegelücke ist die private, ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung, kurz Förder-Pflege. Vater Staat subventioniert die auch als „Pflege-Bahr“ bekannte Versiche-

rung mit jährlich 60 Euro (s. Kasten S. 74). Nur, welche Policen sind derzeit aus Verbrauchersicht wirklich top?

Antworten hat FOCUS MONEY. Zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSI) hat MONEY die aktuellen Pflege-Bahr-Tarife am Markt untersucht – und für Kunden im Alter von 25, 35, 45 und 55 Jahren die besten bestimmt (s. Methode S. 73). Ergebnis: „In puncto Leistung hervorragend über alle Altersgruppen hinweg ist die Förder-Pflege von Allianz und Debeka“, bilanziert Sebastian Ewy, Experte beim DFSI (s. Tabelle S. 71). Was die Güte der Tarifmerkmale von Pflege-Policen anbetrifft, ist die Auswahl noch größer: „Hier sind Allianz, Arag, Barmenia und Generali Deutschland Spitze“, erklärt Ewy (s. Tabelle unten).

Schwach ausgeprägt in unserer Gesellschaft ist der Gedanke, einmal pflegebedürftig zu werden. Gerade mal 32 Prozent der Gesamtbevölkerung treibt diese Angst heute um, bilanziert eine aktuelle Forsa-Umfrage im Auftrag der Gothaer.

Vogel Strauß hilft nicht. Nicht schon in jungen Jahren sich dem Thema Pflege zu widmen und keine private Vorsorge zu betreiben, ist definitiv keine gute Idee. Zumal die Zahl Pflegebedürftiger allein vor dem Hintergrund der deutlich steigenden Lebenserwartung der Menschen in Deutschland rapide zunehmen dürfte. So rechnet das Statistische Bundesamt bis zum Jahr 2055 mit etwa 6,8 Millionen Menschen hierzulande, die gepflegt werden müssen. Dabei machen die Statistiker bei ihren Prognosen deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern aus: Bei konstanten Pflegequoten sei bis Ende 2055 der geringste relative Anstieg der Pflegebedürftigen in Sachsen-Anhalt mit sieben Prozent und in Thüringen mit neun Prozent zu erwarten. Die relativ stärksten Zuwächse hingegen dürften Bayern und Baden-Württemberg mit einem Plus von 56 respektive 51 Prozent verzeichnen. ■ ▶



Tarifmerkmale: vier Versicherer beim Bedingungsmerkmal äußerst kundenfreundlich

Versicherer	Tarif	Wartezeit entfällt bei Unfall	neue Wartezeit bei Änderungen ¹⁾	Dynamik vor Eintritt des Pflegefalls	Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls	Geltungsbereich	Wohnsitzverlegung	Mindestvertragsdauer	Optionen bei Zahlungsschwierigkeiten	Angabe Rechnungszins 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	nein	Hervorragend
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	ja	ja	ja	ja	weltweit	EWR inkl. CH	2 Jahre	ja	nein	Hervorragend
Generali Deutschl.	PflegeBahr	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 ³⁾	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 Jahre	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
SDK	PZ	ja	ja	nein	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	2 Jahre	nein	ja	Gut

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2023; Ranking nach DFSI-Tarifnoten; ¹⁾etwa Tarifwechsel/Anpassung des Tagesgeldsatzes; ²⁾im Rahmen der Tarifkalkulation; ³⁾inklusive Pflegebonus; EWR = Europäischer Wirtschaftsraum; CH = Schweiz

METHODE

Sauber gepflegte Daten

Für FOCUS MONEY hat das DFSI in Köln 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:

■ **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.

■ **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.

■ **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.

■ **Dynamik nach Eintritt des Pflegefalls**

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

■ **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.

■ **Geltungsbereich Wohnsitzverlegung**

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

■ **Mindestvertragsdauer**

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

■ **Optionen bei Zahlungsschwierigkeiten**

Verträge dürfen im Allgemeinen bis zu drei Jahre ohne Zahlung von Beiträgen ruhen. Versicherer können allerdings mit ihrer Klientel individuell längere Zeiträume vereinbaren.

■ **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 15 Prozent gewichtet, Pflegegrad 2 hingegen mit 40 Prozent, Pflegegrad 3 mit 30 Prozent, Pflegegrad 4 mit zehn Prozent und Pflegegrad 5 mit fünf Prozent.

Beispiel Allianz-Tarif (PZTG02) für 25-Jährige

(84 € x 15% + 168 € x 40% + 420 € x 30% + 672 € x 10% + 840 € x 5%) / 11,13 € Prämie = 28,30

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. 74 f. und Finanzstärke-Beihefter in FOCUS MONEY 13/2023) des jeweiligen privaten Krankenversicherers multipliziert und damit das Gesamtergebnis je Altersstufe ermittelt. Dabei wurde der Leistungs-Index mit 70 Prozent und 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

Was Sie wissen sollten!

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 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 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 gesetzliche Pflegeversicherung zahlt. Maßgeblich für die Höhe der Förder-Pflege ist die von den Pflegekassen jeweils dem Patienten attestierte Pflegestufe:

Für Angehörige der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Medizinische Dienst, für Privatpatienten im In- und Ausland das Unternehmen Medicproof mit seinen rund 1200 freiberuflich tätigen Gutachtern zuständig. Um Leistungen aus der Förder-Pflege zu erhalten, müssen Pflegepatienten dem privaten Versicherer das Attest der jeweiligen Pflegekasse vorlegen!

Förder-Pflege-Tarife für 25-, 35-, 45- und 55-Jährige im Test

Versicherer	Tarif	Monatsbeitrag in Euro ¹	monatliche Leistung (in Euro) bei stationärer/ambulanter Pflege in den Pflegegraden					Pflege-Leistungs-Index je 1 Cent	Tarifmultiplikator	DFS-Leistungs-Index	Finanzstärke-Note	DFS-Gesamtnote
			1	2	3	4	5					
25-Jährige												
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	11,13	84,00	168,00	420,00	672,00	840,00	28,30	1,525	43,16	1,00	Hervorragend
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	10,00	65,79	197,37	394,73	526,31	657,89	29,28	1,375	40,25	1,25	Hervorragend
Debeka	EPG	10,00	93,36	186,72	404,57	560,17	622,41	29,72	1,350	40,12	1,00	Hervorragend
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	10,00	61,14	183,42	427,98	611,40	611,40	30,26	1,350	40,86	1,25	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	10,00	93,90	187,50	281,40	375,00	937,50	25,79	1,375	35,46	1,25	Sehr Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	23,76	232,56	348,84	813,96	1046,52	1279,08	24,71	1,250	30,89	1,00	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	10,64	102,00	204,00	306,00	408,00	1020,00	26,36	1,475	38,89	1,75	Sehr Gut
HanseMerkur	PB	10,00	70,64	176,61	353,22	529,83	706,44	27,55	1,175	32,37	1,25	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	10,02	65,60	229,60	360,80	459,20	656,00	28,81	1,275	36,73	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	11,44	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	22,29	1,125	25,08	1,25	Gut
ERGO	GEPV	10,00	71,09	142,18	213,27	284,36	710,90	19,55	1,275	24,93	2,00	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	10,00	90,00	180,00	270,00	450,00	900,00	25,65	1,225	31,42	1,25	Gut
LVM	PTG	10,18	63,00	126,00	315,00	504,00	630,00	23,21	1,275	29,59	1,00	Gut
Nürnberger	NPV	10,07	96,00	192,00	288,00	384,00	960,00	26,22	1,275	33,43	1,75	Gut
SDK	PZ	10,15	65,00	130,00	195,00	325,00	650,00	18,25	1,200	21,90	2,00	Befriedigend

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2023; Ranking nach DFSI-Gesamtnote; ¹zzgl. fünf Euro vom Staat; ²Leistung inklusive Pflegebonus nach 15 Versicherungsjahren. In den ersten 15 Versicherungsjahren werden geringere Leistungen gezahlt; ³inklusive Pflegebonus

Versicherer	Tarif	Monatsbeitrag in Euro ¹	monatliche Leistung (in Euro) bei stationärer/ambulanter Pflege in den Pflegegraden					Pflege-Leistungs-Index je 1 Cent	DFS-Tarif-multiplika-tor	DFS-Leistungs-Index	Finanzstärke-Note	DFS-Gesamtnote
			1	2	3	4	5					
35-Jährige												
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	10,86	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	20,72	1,525	31,60	1,00	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	10,00	68,10	136,50	204,60	272,70	681,90	18,76	1,375	25,79	1,25	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	14,68	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	18,19	1,375	25,01	1,25	Sehr Gut
Debeka	EPG	14,92	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	19,20	1,350	25,92	1,00	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	10,37	72,00	144,00	216,00	288,00	720,00	19,09	1,475	28,16	1,75	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	16,16	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	18,38	1,350	24,81	1,25	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	14,19	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	18,82	1,275	23,99	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	16,36	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	15,59	1,125	17,54	1,25	Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	21,32	144,48	216,72	505,68	650,16	794,64	17,11	1,250	21,39	1,00	Gut
ERGO	GEPV	11,68	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	14,13	1,275	18,01	2,00	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	10,12	63,00	126,00	189,00	315,00	630,00	17,74	1,225	21,73	1,25	Gut
HanseMerkur	PB	12,92	60,00	150,00	300,00	450,00	600,00	18,11	1,175	21,28	1,25	Gut
LVM	PTG	13,88	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	16,21	1,275	20,67	1,00	Gut
Nürnberger	NPV	10,27	69,00	138,00	207,00	276,00	690,00	18,48	1,275	23,56	1,75	Gut
SDK	PZ	12,58	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	13,59	1,200	16,31	2,00	Befriedigend
45-Jährige												
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	17,62	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	12,77	1,525	19,47	1,00	Hervorragend
Debeka	EPG	22,96	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	12,48	1,350	16,85	1,00	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	13,60	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	12,13	1,375	16,68	1,25	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	23,68	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	11,28	1,375	15,50	1,25	Sehr Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	26,14	120,00	180,00	420,00	540,00	660,00	11,59	1,250	14,49	1,00	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	13,27	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	12,43	1,475	18,34	1,75	Sehr Gut
LVM	PTG	20,54	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	10,95	1,275	13,97	1,00	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	26,44	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	11,23	1,350	15,16	1,25	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	22,90	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	11,66	1,275	14,87	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	23,80	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	10,71	1,125	12,05	1,25	Gut
ERGO	GEPV	17,02	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	9,69	1,275	12,36	2,00	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	16,20	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	10,56	1,225	12,93	1,25	Gut
HanseMerkur	PB	19,76	60,00	150,00	300,00	450,00	600,00	11,84	1,175	13,91	1,25	Gut
Nürnberger	NPV	13,96	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	11,82	1,275	15,07	1,75	Gut
SDK	PZ	18,34	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	9,32	1,200	11,19	2,00	Gut
55-Jährige												
Allianz	PflegeBahr (PZTG02)	28,80	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	7,81	1,525	11,91	1,00	Hervorragend
Debeka	EPG	35,50	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	8,07	1,350	10,90	1,00	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	22,00	60,00	120,00	180,00	240,00	240,00	6,68	1,375	9,19	1,25	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	38,26	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	6,98	1,375	9,60	1,25	Sehr Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	40,06	120,00	180,00	420,00	540,00	660,00	7,56	1,250	9,45	1,00	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	21,88	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	7,54	1,475	11,12	1,75	Sehr Gut
LVM	PTG	31,44	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	7,16	1,275	9,12	1,00	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	43,20	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	6,88	1,350	9,28	1,25	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	37,49	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	7,12	1,275	9,08	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	36,04	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	7,08	1,125	7,96	1,25	Gut
ERGO	GEPV	25,42	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	6,49	1,275	8,28	2,00	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	27,20	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	6,29	1,225	7,70	1,25	Gut
HanseMerkur	PB	31,56	60,00	150,00	300,00	450,00	600,00	7,41	1,175	8,71	1,25	Gut
Nürnberger	NPV	23,28	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	7,09	1,275	9,04	1,75	Gut
SDK	PZ	27,52	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	6,21	1,200	7,46	2,00	Gut

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2023; Ranking nach DFSI-Gesamtnote; ¹zzgl. fünf Euro vom Staat; ²Leistung inklusive Pflegebonus nach 15 Versicherungsjahren. In den ersten 15 Versicherungsjahren werden geringere Leistungen gezahlt; ³inklusive Pflegebonus