

GUT LACHEN haben jene Bürger, die mit einem Förder-Pflege-Tarif privat vorsorgen – und so im Fall der Fälle finanziell besser dastehen

GESUNDHEIT

SCHLAG EIN!

In finanzieller Hinsicht chronisch krank präsentiert sich die **gesetzliche Pflegepflichtversicherung**. Ganz bewusst **subventioniert** daher Vater **Staat** die ergänzende **Pflege-Vorsorgeförderung**, besser bekannt in der Öffentlichkeit als „Pflege-Bahr“. Welche **Policen am Markt erste Wahl** sind

SERIE

„Pflegelücke“ schließen

Bis 2030 wird die Zahl der Pflegebedürftigen hierzulande auf rund sechs Millionen Menschen anwachsen – so lautet die Prognose des aktuellen „Pflege-Reports“ der Barmer. Was die Leistungsausgaben der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung samt Beamtenbeihilfe auf rund 59 Milliarden Euro pro Jahr schier explodieren lässt. Doch schon heute kämpft die Pflegepflichtversicherung mit einem monatlichen Defizit von 400 Millionen Euro, wobei Fachleute für das Gesamtjahr

2022 von einem Minus von 3,5 Milliarden Euro ausgehen. Auch die vom Bund kurzfristig gewährte Überbrückungshilfe von 1,2 Milliarden Euro ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Hinzu kommt, dass der Staat die gesetzliche Pflege nur als „Teilkasko“ konzipiert hat – und damit die recht hohen, realen Kosten medizinisch-fachlicher Betreuung Pflegebedürftiger bei Weitem nicht deckt. Woran auch die amtierende Ampel-Regierung unter Olaf Scholz nichts ändern wird. Ein Ausweg, um die finanzielle „Pflegelücke“ zwischen den Leistungen der gesetzlichen Pflege

und den tatsächlichen Kosten zu schließen respektive zumindest zu verkleinern, sind private Pflege-Police. Nur: Welche Tarife am Markt sind aus Verbrauchersicht wirklich top? Antworten liefern FOCUS-MONEY und das DFSI in einer dreiteiligen Serie zum Thema Pflagegetagegeld. Den Auftakt macht dabei die ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung – auch bekannt als „Pflege-Bahr“. Darauf folgen sogenannte Kombi-Tarife. Den Abschluss der Serie bildet eine ausführliche Analyse klassischer Pflagegetagegeld-Kontrakte mit „statischen“ und „flexiblen“ Tarifmodellen.

Gesamtergebnis Förder-Pflege-Tarife: Allianz und HanseMercur 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
HanseMercur	PB	Hervorragend	Hervorragend	Sehr Gut	Sehr Gut	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut	Sehr Gut
Debeka	EPG	Hervorragend	Sehr Gut	Sehr Gut	Hervorragend	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
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	Gut	Gut	Gut	Sehr Gut	Gut
ERGO	GEPV	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
Nürnberger	NPV	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut
SDK	PZ	Gut	Gut	Gut	Gut	Gut

Stand: Juli 2022; 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

von THOMAS SCHICKLING

Rhetorisch gehört er wohl zu den Großen in der Ampel-Koalition, unser Bundesgesundheitsminister! Die Pflege müsse die „Seele des Gesundheitssystems“ bleiben, postulierte Karl Lauterbach auf dem „Tag der Pflegenden“ vergangenen Mai in Berlin. Keine Frage, ein sehr schöner Aphorismus.

Doch leider ist die von Lauterbach gepriesene „Seele des Gesundheitssystems“ hierzulande im Hinblick auf die gesetzliche Pflegepflichtversicherung „chronisch krank“. Als gar „dramatisch“ bezeichnen die Allgemeinen Ortskrankenkassen die aktuelle finanzielle Schieflage der Pflegepflichtversicherung und drängen Minister Lauterbach, schnellstens Abhilfe zu schaffen. „Der politische Handlungsdruck steigt mit jedem Monat“, erklärt Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands. Gegenwärtig laufe monatlich ein Defizit von 400 Millionen Euro auf, wobei für das Gesamtjahr mit einem Fehlbetrag von 3,5 Milliarden Euro gerechnet werden müsse, bilanziert Reimann. Die gewährte Überbrückungshilfe des Bundes von 1,2 Milliarden Euro reiche „höchstens“ noch bis Juli 2022. „Dann ist auch sie aufgebraucht“, warnt die frühere SPD-Politikerin. Um sogenannte versicherungsfremde Leistungen zu finanzieren, macht sich die ehemalige Gesundheitsministerin von Niedersachsen gerade für einen höheren Steuerzuschuss des Bundes stark. Allein die soziale Absicherung pflegender Angehöriger koste drei Milliarden Euro pro Jahr. „Sie sollten nicht durch die Pflegeversicherung, sondern durch einen zweckgebundenen Bundesbeitrag finanziert werden“, schlägt Reimann vor. Die Zeit dränge, betont die AOK-Vorstandsvorsitzende. „Die Pflegeversicherung braucht zügig eine konkrete Gesetzesinitiative zur nachhaltigen Stärkung

ihrer Finanzperspektive“, mahnt AOK-Chefstrategin Reimann eindringlich die politischen Entscheidungsträger.

Nicht auf der Agenda. Doch auf diesem Ohr scheint Professor Lauterbach gerade taub zu sein. Denn: Bei den Projekten, die der Minister vor der erwarteten Corona-Welle im Herbst angehen will, ist von der Reform der Pflege bislang keine Rede.

Ein Desaster! Zumal der Gesetzgeber die Pflegepflichtversicherung leider nicht als Rundum-sorglos-Paket, sondern lediglich als „Teilkasko“ konzipiert hat, die bei Weitem nicht alle in der Praxis anfallenden Ausgaben für eine gute, umfassende medizinische Betreuung eines Pflegebedürftigen übernimmt.

Zwar erhalten Patientinnen und Patienten in der ambulanten Pflege seit 1. Januar 2022 dank des – noch von Ex-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in der vergangenen Legislaturperiode auf den Weg gebrachten – „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ fünf Prozent mehr für Pflegesachleistungen, etwa Hilfen bei Körperpflege, Ernährung und Bewegung. Auch wurde der Höchstbetrag in der Kurzzeitpflege für eine auf bis zu maximal acht Wochen begrenzte stationäre Unterbringung in einer Pflegeklinik um zehn Prozent auf 1774 Euro pro Kalenderjahr aufgestockt.

Außerdem bekommen Pflegebedürftige seit Januar im ersten Jahr ihres Heimaufenthalts aus der Pflegekasse einen Zuschlag von fünf Prozent des Eigenanteils, im zweiten Jahr 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent und danach 70 Prozent.

Mehr Geld! Aus Sicht Betroffener sind diese pekuniären Aufbesserungen jedoch nicht der große Wurf! Dies hat auch Claudia Moll, Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, erkannt. Angesichts steigender Preise und Löhne macht sich Moll für eine deutliche Erhöhung des Pflegegelds für Men- ▶

schen, die zu Hause betreut werden, stark. Keine Frage, ein Schritt in die richtige Richtung, zumal die Majorität der Pflegebedürftigen in Deutschland heute zu Hause von Angehörigen und/oder ambulanten Pflegediensten umsorgt werden.

Molls Forderungen allerdings laufen für jene ins Leere, die unbedingt in Pflegeheimen professionell versorgt werden müssen. Und dort ist Pflege teuer: Abzüglich der Leistungen der gesetzlichen Pflege haben Heimbewohner heute im Bundesdurchschnitt 2248 Euro pro Monat für die stationäre Versorgung selbst zu berappen. Zu diesem Ergebnis kommt der PKV-Verband. Tendenz: steigend! Eine „Pflegerücke“ von 2248 Euro monatlich – schon happig! Doch auch bei ambulant umsorgten Menschen ist Ebbe in der Kasse: Daten der Rating-Agentur Assekurata zufolge beziffert sich deren Pflegerücke bei ambulanter Fachpflege – je nach Pflegegrad – auf Beträge zwischen 375 und 2100 Euro pro Monat. Auch kein Zuckerschlecken!

Um die klaffende Pflegerücke für eine ambulante respektive stationäre Fachpflege zu stemmen, müssen Betroffene im Bedarfsfall in aller Regel nicht nur ihre Rente einsetzen, sondern auch auf vorhandene Ersparnisse und Vermögenswerte zurückgreifen. Reichen die Mittel eines 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 seit 2020 gültige Angehörigen-Entlastungsgesetz vor. Doch wer will schon Almosen von seinen Nachfahren? Wohl keiner!

Lücke schließen. Um als Pflegebedürftiger finanziell unabhängig zu sein, raten heute Fachleute, die Pflegepflichtversicherung mit einer kapitalgedeckten Pflege-Police zu flankieren. Aus Expertensicht eine gute Wahl zum Schließen der Pflegerücke ist die ergänzende Pflege-Vorsorgeförderung, kurz För-

der-Pflege. Vater Staat subventioniert die – auch als „Pflege-Bahr“ bekannte – Versicherung mit jährlich 60 Euro (s. Kasten S. 74).

Nur welche Policen sind 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 herausgefiltert (s. Methode S. 73). „In puncto Leistung hervorragend über alle Altersgruppen hinweg ist die Förder-Pflege von Allianz und HanseMerkur“, sagt Sebastian Ewy, Experte beim DFSI (s. Tabelle S. 71). Was die Güte der Tarifmerkmale von Pflege-Policen anbetrifft, ist die Auswahl größer: „Hier sind Allianz, Arag, Barmenia und Generali Deutschland top“, erklärt Ewy (s. Tabelle unten).

Gedanken gern verdrängt. Schwach ausgeprägt in unserer Gesellschaft ist der Gedanke, einmal pflegebedürftig zu werden. Gerade mal 26 Prozent der Gesamtbevölkerung plagt diese Furcht, so ein Ergebnis der Trendstudie „Zielgruppen-Insights: Wie die Versicherungskunden in Corona-Zeiten ticken“ des Marktforschungs- und Beratungsinstituts HEUTE UND MORGEN in Köln.

Diese „Vogel-Strauß-Strategie“ allerdings konterkariert die dringend nötige private Absicherung der Pflegekosten. Zumal die Zahl Pflegebedürftiger vor dem Hintergrund des demografischen Wandels hierzulande merklich anziehen dürfte: Waren zum Stichtag 31. Dezember 2021 laut Daten des Bundesgesundheitsministeriums in Deutschland insgesamt 4 879 179 Menschen pflegebedürftig, werden bis 2030 bereits sechs Millionen Bürgerinnen und Bürger auf Pflegeleistungen angewiesen sein. Diese Bilanz zieht der aktuelle „Pflege-Report“ der Barmer. Was einen Anstieg der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung nach sich ziehen dürfte: Im Zuge des demografischen Wandels könnte, Prognosen des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherung (WIP) zufolge, der Beitrag von derzeit 3,05 Prozent (Kinderlose zahlen 3,40 Prozent des monatlichen Bruttos) bis 2040 auf 7,9 Prozent steigen. ■

Tarifmerkmale: was Versicherungen der Klientel bei der Förder-Pflege zugestehen

Versicherer	Tarif	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 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 Jahre	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 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
SDK	PZ	ja	ja	nein	nein	EWR inkl. CH	EWR inkl. CH	2 Jahre	nein	ja	Gut

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2022; Ranking nach DFSI-Tarif-Noten; ¹⁾etwa Tarifwechsel/Anpassung des Tagesgeldsatzes; ²⁾im Rahmen der Tarifkalkulation; ³⁾inklusive Pflegebonus; EWR = Europäischer Wirtschaftsraum; CH = Schweiz

METHODE

Pflege-Formel

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 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 (PZTG02) für 25-Jährige

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

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. 74 f. und Finanzstärke-Beihefter in FOCUS-MONEY 13/2022) 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

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 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 1100 freiberuflich tätigen Gutachtern zuständig. Um Leistungen aus der Förder-Pflege zu erhalten, müssen PflegepatientInnen 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	Tarif-Multiplikator	DFS-Leistungs-Index	Finanzstärke-Note	DFS-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
Debeka	EPG	10,00	93,36	186,72	404,57	560,17	622,41	32,05	1,350	43,27	1,00	Hervorragend
HanseMerkur	PB	10,00	99,12	247,80	495,60	743,39	991,19	41,88	1,175	49,21	1,25	Hervorragend
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	10,00	63,75	191,25	446,25	637,50	637,50	34,43	1,350	46,47	1,25	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	10,00	97,80	195,60	293,40	391,20	978,30	28,36	1,375	39,00	1,25	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	10,00	66,96	200,89	401,78	535,71	669,64	32,14	1,375	44,20	1,25	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	10,45	102,00	204,00	306,00	408,00	1020,00	28,31	1,475	41,75	1,75	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	10,01	72,60	254,10	399,30	544,50	726,00	34,63	1,275	44,16	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	11,44	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	24,26	1,125	27,29	1,25	Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	23,76	232,56	348,84	813,96	1.046,52	1279,08	26,43	1,250	33,03	1,00	Gut
ERGO	GEPV	10,00	83,80	167,60	251,40	335,20	837,99	24,30	1,275	30,98	2,25	Gut
Hallesche	FÖRDERbar	10,00	90,00	180,00	270,00	450,00	900,00	27,45	1,225	33,63	1,25	Gut
LVM	PTG	10,20	66,00	132,00	330,00	528,00	660,00	26,53	1,275	33,83	1,00	Gut
Nürnberger	NPV	10,23	102,00	204,00	306,00	408,00	1020,00	28,91	1,275	36,87	1,75	Gut
SDK	PZ	10,15	65,00	130,00	195,00	325,00	650,00	19,53	1,200	23,44	1,25	Gut

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2022; 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-Multiplikator	DFS-Leistungs-Index	Finanzstärke-Note	DFS-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
HanseMerkur	PB	10,00	66,37	165,93	331,86	497,79	663,72	28,04	1,175	32,95	1,25	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	10,00	70,20	140,20	210,90	281,40	703,20	20,37	1,375	28,01	1,25	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	13,96	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	20,63	1,375	28,37	1,25	Sehr Gut
Debeka	EPG	14,92	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	20,71	1,350	27,96	1,00	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	10,18	72,00	144,00	216,00	288,00	720,00	20,51	1,475	30,25	1,75	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	15,00	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	21,60	1,350	29,16	1,25	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	12,53	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	22,87	1,275	29,15	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	16,36	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	16,96	1,125	19,08	1,25	Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	21,32	144,48	216,72	505,68	650,16	794,64	18,30	1,250	22,87	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	10,12	63,00	126,00	189,00	315,00	630,00	18,99	1,225	23,26	1,25	Gut
LVM	PTG	13,12	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	18,75	1,275	23,91	1,00	Gut
Nürnberger	NPV	10,17	72,00	144,00	216,00	288,00	720,00	20,53	1,275	26,18	1,75	Gut
SDK	PZ	12,58	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	14,55	1,200	17,46	1,25	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
ARAG	ARAG FörderPflege PF	13,00	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	13,38	1,375	18,40	1,25	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	22,30	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	12,91	1,375	17,76	1,25	Sehr Gut
Debeka	EPG	22,96	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	13,46	1,350	18,17	1,00	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	13,06	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	13,32	1,475	19,65	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	19,62	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	12,54	1,275	15,99	1,00	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	24,16	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	13,41	1,350	18,10	1,25	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	20,80	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	13,77	1,275	17,56	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	23,80	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	11,66	1,125	13,12	1,25	Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	26,14	120,00	180,00	420,00	540,00	660,00	12,39	1,250	15,49	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	16,20	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	11,30	1,225	13,84	1,25	Gut
Nürnberger	NPV	13,10	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	13,28	1,275	16,94	1,75	Gut
SDK	PZ	18,34	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	9,98	1,200	11,97	1,25	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	35,50	90,00	180,00	390,00	540,00	600,00	8,70	1,350	11,75	1,00	Hervorragend
ARAG	ARAG FörderPflege PF	21,20	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	8,21	1,375	11,29	1,25	Sehr Gut
Barmenia	Deutsche-Förder-Pflege (DFPV)	35,62	60,00	180,00	360,00	480,00	600,00	8,09	1,375	11,12	1,25	Sehr Gut
DKV ²⁾	KombiMed Förder-Pflege Tarif KFP ³⁾	40,06	120,00	180,00	420,00	540,00	660,00	8,09	1,250	10,11	1,00	Sehr Gut
Generali Deutschl.	PflegeBahr	21,58	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	8,06	1,475	11,89	1,75	Sehr Gut
HanseMerkur	PB	27,20	60,00	150,00	300,00	450,00	600,00	9,32	1,175	10,95	1,25	Sehr Gut
LVM	PTG	30,28	60,00	120,00	300,00	480,00	600,00	8,12	1,275	10,36	1,00	Sehr Gut
R+V	R+V-Pflege FörderBahr (Tarif PKB)	38,84	60,00	180,00	420,00	600,00	600,00	8,34	1,350	11,26	1,25	Sehr Gut
SIGNAL IDUNA	PflegeBAHR	34,75	60,00	210,00	330,00	450,00	600,00	8,24	1,275	10,51	1,25	Sehr Gut
AXA	GEPV	36,04	60,00	210,00	270,00	510,00	600,00	7,70	1,125	8,66	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	27,20	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	6,73	1,225	8,24	1,25	Gut
Nürnberger	NPV	22,00	60,00	120,00	180,00	240,00	600,00	7,91	1,275	10,08	1,75	Gut
SDK	PZ	27,52	60,00	120,00	180,00	300,00	600,00	6,65	1,200	7,98	1,25	Gut

Quelle: DFSI; Stand: Juli 2022; 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