

## **Infoblatt – Staatlich geförderte, private Pflegezusatzversicherung: „Pflege-Bahr“**

- 1. Was ist „Pflege-Bahr“?**
- 2. Welche Pflegezusatzversicherungen werden staatlich gefördert?**
- 3. Welche Fördervoraussetzungen gibt es?**
- 4. Wie funktioniert das Zulageverfahren?**
- 5. Für wen könnte sie geeignet sein?**
- 6. Geeignete Tarife**

Dieses Merkblatt gibt Ihnen die wichtigsten Informationen. Die Erläuterungen ersetzen keinesfalls eine individuelle Beratung und stellen nicht die abschließende Bewertung durch den Bund der Versicherten e. V. dar.

Der Bund der Versicherten e. V. ist mit mehr als 50.000 Mitgliedern Deutschlands größte unabhängige und gemeinnützige Verbraucherschutzorganisation für Versicherte. Wir informieren jeden Verbraucher über allgemeine Fragen zu privaten Versicherungen. Mitglieder werden darüber hinaus individuell beraten und erhalten gezielt Informationen zu geeigneten Tarifen.

## 1. Was ist „Pflege-Bahr“?

Der Gesetzgeber hat zum 1. Januar 2013 eine staatlich geförderte, private Pflegezusatzversicherung eingeführt, den sogenannten „Pflege-Bahr“. Die Förderung erfolgt in Form einer Zulage. Der Abschluss ist für Sie freiwillig.

Der Grund für diese Einführung ist, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen in Anbetracht der demografischen Entwicklung weiter zunehmen wird. Deshalb soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Basis für die künftige Finanzierung der Pflege breiter aufgestellt werden.

Die gesetzliche Pflegeversicherung wird um eine geförderte, private Pflegezusatzversicherung ergänzt. Zusätzlich zum umlagefinanzierten Teilleistungssystem der gesetzlichen Pflegeversicherung soll der Verbraucher nach dem Willen des Gesetzgebers dabei unterstützt werden, eigenverantwortlich und kapitalgedeckt für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorzusorgen.

Zudem können auch Privatversicherte eine Pflege-Bahr-Police abschließen.

## 2. Welche Pflegezusatzversicherungen werden staatlich gefördert?

Die staatliche Förderung in Form von Zulagen wird für Pflegetagegeld-Policen bereitgestellt, die die nachfolgenden Kriterien erfüllen müssen:

- Es besteht Kontrahierungszwang, das bedeutet: Antragsteller dürfen aufgrund ihrer Vorerkrankungen nicht abgelehnt werden. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse dürfen nicht vereinbart werden.
- Der Versicherer muss auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichten.
- Das Pflegemonatsgeld muss in Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro betragen.
- Die Zahlung des Pflegemonatsgeldes muss einsetzen, wenn die soziale oder private Pflegepflichtversicherung die Pflegebedürftigkeit anerkennt.
- Die Wartezeit darf höchstens fünf Jahre betragen.

- Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag drei Jahre ruhen lassen, sofern eine Hilfebedürftigkeit nach dem zweiten oder zwölften Sozialgesetzbuch festgestellt wurde. Während dieser Zeit müssen keine Beiträge gezahlt werden.
- Die Abschlusskosten dürfen höchstens zwei Monatsbeiträge und die Verwaltungskosten höchstens 10 Prozent der Bruttoprämie betragen.
- Der Verband der privaten Krankenversicherer ist mit der Festsetzung brancheneinheitlicher Versicherungsbedingungen beliehen. Diese sind von den Versicherern als Teil der allgemeinen Versicherungsbedingungen zu verwenden.

**Tipp:** Sofern die Pflegebedürftigkeit oder Demenz (Pflegegrad 1) während der Wartezeit festgestellt wird, erhalten Sie das versicherte Pflegegeld nach Ablauf der Wartezeit.

### 3. Welche Fördervoraussetzungen gibt es?

Grundsätzlich sind alle Personen förderfähig, die der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung angehören. Allerdings müssen sie über 18 Jahre alt sein und dürfen noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder Demenz (Pflegegrad 1) beziehen oder bereits bezogen haben. Dies bedeutet: Sie können auch noch dann einen Vertrag abschließen, wenn Sie bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder Demenz (Pflegegrad 1) beantragt haben. Denn die reine Antragstellung schließt die Zulagenberechtigung nicht aus, sondern nur der Bezug von Leistungen.

Der Mindestbeitrag des Versicherten beträgt 120 Euro jährlich (10 Euro monatlich). Der jährliche Förderbeitrag von 60 Euro (5 Euro monatlich) kommt hinzu. Der Mindestbeitrag muss für den förderfähigen Tarif verwendet werden.

Verlegt die versicherte Person Ihren Wohnsitz ins europäische Ausland oder in einen Mitgliedsstaat der EU, kann die geförderte ergänzende Pflegeversicherung fortgeführt werden, sofern die soziale oder private Pflegepflichtversicherung fortbesteht.

Wird der Wohnsitz ins übrige Ausland verlegt, kann die geförderte ergänzende Pflegeversicherung in eine Anwartschaftsversicherung umgestellt werden. Ansonsten endet der Vertrag mit der Aufgabe des Wohnsitzes im Inland.

#### 4. Wie funktioniert das Zulageverfahren?

Die versicherte Person beauftragt mit Vertragsabschluss das Versicherungsunternehmen, die Zulage zu beantragen. Das beinhaltet auch die Beantragung einer Zulagenummer bei der zentralen Stelle der Deutschen Rentenversicherung.

Der Versicherer übermittelt nach Ablauf eines Versicherungsjahres die erforderlichen Daten an die zentrale Stelle. Die Zulage wird dann an das Versicherungsunternehmen gezahlt und dem Vertrag gutgeschrieben.

#### 5. Für wen könnte sie geeignet sein?

Da auch Kranke und Personen mit hohem Pflegerisiko einbezogen werden, muss die Kalkulation der „Pflege-Bahr-Policen“ hieran angepasst werden.

Versicherungsmathematisch geht das nicht anders, als durch eine starke Prämienhöhung. In Folge dessen werden wahrscheinlich Gesunde weiterhin nur die günstigeren, bereits seit Jahren auf dem freien Markt erhältlichen ungeforderten Angebote abschließen.

Da also voraussichtlich hauptsächlich Kranke und Personen mit hohem Pflegerisiko den „Pflege-Bahr“ abschließen werden, müssen zusätzliche „Sicherheitszuschläge“ in die Prämien einkalkuliert werden, was die geringe staatliche Förderung vermutlich aufbrauchen dürfte.

**Wichtiger Hinweis:** Die „Pflege-Bahr-Tarife“ erfüllen nicht die Kriterien des BdV (siehe BdV-Merkblatt – Private Pflegezusatzversicherung). Daher kommen diese höchstens dann infrage, wenn der Abschluss einer „normalen“ Pflegegeldversicherung aufgrund des Gesundheitszustandes nicht möglich ist!

**Für Fragen rund um private Versicherungen und die BdV-Mitgliedschaft:**

Bund der Versicherten e. V.  
Tiedenkamp 2  
24558 Henstedt-Ulzburg

Telefon: 04193-94222 (für Nichtmitglieder)  
Telefon: 04193-9904-0 (für Mitglieder)  
Fax: 04193-94221  
E-Mail: [info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de)  
Internet: [www.bunddersicherten.de](http://www.bunddersicherten.de)

Vereinssitz: Henstedt-Ulzburg  
Amtsgericht Kiel, VR 6343 KI  
Vorstand: Axel Kleinlein (Vorstandssprecher), Mario Leuner

Lieber Interessent,  
die Liste der geeigneten Tarife steht exklusiv unseren Mitgliedern zur Verfügung.