

ABSICHERUNG IM PFLEGEFALL

Wege zur Pflege- vollversicherung mit der Pflegezusatzversicherung

Köln, April 2024

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Zielsetzung | 3 |
| Die Versorgungslücke im Pflegefall | 5 |
| Sehr hohe Abhängigkeit vom Wohnort | 5 |
| Pflegeabsicherung: Mehrere Wege führen zum Ziel | 9 |
| Pflegekostentarife..... | 9 |
| Pflege-Bahr..... | 10 |
| Pflegegeld: statisch vs. flexibel..... | 12 |
| Wichtige Aspekte bei der Produktauswahl | 14 |
| Umfassender Inflationsschutz nur bei Pflegegeldversicherungen | 14 |
| Frühe Beitragsbefreiung birgt Risiken | 16 |
| Ein hohes finanzielles Risiko günstig absichern | 17 |
| Beitragshöhe wird deutlich überschätzt – ein früher Abschluss lohnt sich..... | 17 |
| „Lohnt“ sich eine Pflegezusatzversicherung? | 21 |
| Einfluss von Zinsniveau und Pflegepolitik auf den Beitrag | 22 |
| Einfluss der Zinsen auf die Beiträge..... | 22 |
| Beitragserhöhungen auch durch gesetzliche Änderungen | 23 |
| Fazit | 25 |
| Auswertung der Ergebnisse nach Bundesländern | 27 |
| Kontakt | 44 |

Zielsetzung

Die Pflegelandschaft in Deutschland steht vor einer Reihe von Herausforderungen, von der zunehmenden Knappheit personeller Ressourcen bis zur Finanzierung im demografischen Wandel. Die gesetzliche Pflegeversicherung übernimmt nur einen Teil der – steigenden – Pflegekosten und mutet den Menschen zusätzlich eigenverantwortliche Pflegevorsorge zu.

Die steigenden Kosten der Pflege haben in den vergangenen Jahren bereits einige Leistungsreformen in der Pflegeversicherung nach sich gezogen. Das hat die Beiträge der Pflegeversicherten laufend erhöht. Dennoch steigen trotz der Leistungsreformen die Eigenanteile ambulant wie stationär weiter an. Zuletzt hat das Bundeskabinett im April 2023 eine weitere Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung auf den Weg gebracht¹, die dazu geführt hat, dass der Beitragssatz der Sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) zum 01.07.2023 von 3,05 auf 3,4 Prozent (für Kinderlose von 3,4 auf 4,0 Prozent) gestiegen ist.

Fast zeitgleich zum Beschluss des Bundeskabinetts stellte ein Expertenrat einen Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung vor, der sozialpolitische Flankierungen vorsieht und als verpflichtende kapitalgedeckte Zusatzversicherung eine Ergänzung der Zuschüsse nach § 43c SGB XI vorsieht, so dass zukünftig die pflegebedingten Eigenanteile bei einer stationären Versorgung abzüglich eines Selbstbehaltes vollständig abgesichert wären.² Bereits im Jahr davor veröffentlichte der PKV-Verband einen Vorschlag für einen ‚Neuen Generationenvertrag für die Pflege‘, der die umlagefinanzierten Leistungen des SGB XI auf das heutige Niveau begrenzt und die zukünftige Leistungsentwicklung auf die kapitalgedeckte Vorsorge verweist.³

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels erscheinen solche Überlegungen sinnvoll. Waren 2017 deutschlandweit 3,3 Millionen Menschen pflegebedürftig, betrug die Zahl 2022, nicht zuletzt infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, bereits 5,2 Millionen, was einen Anstieg von 58 % bedeutet.⁴ Dieser steigenden Zahl von Leistungsempfängern stehen immer weniger erwerbstätige Beitragszahler gegenüber. Bereits bis 2035 ist in den westdeutschen Flächenländern mit einem Rückgang der Bevölkerung im Erwerbsalter um bis zu 11 % und in den östlichen Flächenländern sogar um bis zu 15 % zu rechnen.⁵

Das Risiko einer Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden finanziellen Belastung ist der Bevölkerung bewusst. In einer Allensbach-Untersuchung vom Mai 2023 machten sich 39 % der Befragten im Alter zwischen 50 und 70 Jahren Sorgen, im Pflegefall nicht ausreichend abgesichert zu sein.⁶ Im Pflegefall müssen nämlich nicht nur die Altersrente, sondern auch vorhandene Ersparnisse und Vermögenswerte zur Deckung der Versorgungslücke herangezogen werden. In diesem Zusammenhang drängt sich bei Paaren vielfach die Frage nach der künftigen finanziellen Situation des (Ehe-)Partners auf. Gleichzeitig gaben jedoch in der Untersuchung 63 % der Befragten in derselben Altersgruppe an, dass sie

1 Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/pflegereform-kabinett-05-04-23.html#:~:text=Zur%20Absicherung%20bestehender%20Leistungsanspr%C3%BCche%20der,Euro%2FJahr%20verbunden.,,aufgerufen%20am%2009.02.2024>

2 Vgl. <https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/abschlussbericht-experten-rat-pflegefinanzen/>, aufgerufen am 09.02.2024

3 Vgl. https://www.pkv.de/positionen/generationengerechte-pflege/?gclid=EAlalQobChMI-vmU1_y6_glVSIXVCh0kJQMf-EAAYAiAAEgJ5FfD_BwE, aufgerufen am 09.02.2024

4 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Dezember_2023.pdf, aufgerufen am 09.02.2024

5 Vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_459_12411.html, aufgerufen am 09.02.2024

6 Vgl. Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 12058/9215

bislang nichts unternommen haben, um sich auf die Situation, pflegebedürftig zu werden, spezifisch vorzubereiten.

Diese Entwicklung zeigt sich auch in den stagnierenden Bestandszuwächsen in der Pflegezusatzversicherung in den vergangenen Jahren. Im Ergebnis hatten Ende 2022 erst ca. 5,2 % bzw. 4,4 Millionen Personen⁷ eine zusätzliche Absicherung für den Pflegefall abgeschlossen. Zu berücksichtigen ist dabei die wachsende Bedeutung der betrieblichen Pflegeversicherung: Mittlerweile sind z. B. alle 435.000 Chemie-Tarifbeschäftigten obligatorisch über einen pauschalen Arbeitgeberbeitrag in der betrieblichen Pflegezusatzversicherung CareFlex Chemie abgesichert.⁸

Ein Grund für die Kaufzurückhaltung scheint zu sein, dass Verbraucher die finanzielle Belastung einer Pflegezusatzversicherung scheuen. Dies ging ebenfalls aus einer Allensbach-Untersuchung hervor, in welcher jeder Zweite als Hauptgrund gegen den Abschluss einer Pflegezusatzversicherung angab, dass die Ausgaben dafür zu hoch seien. Allerdings schätzen die meisten Befragten die Beiträge zu einer Pflegezusatzversicherung deutlich zu hoch ein. Eine Umfrage des Allensbach-Instituts aus dem Januar 2021 zeigt, dass Verbraucher den Beitrag für eine gute Absicherung im Pflegefall zu diesem Zeitpunkt deutlich höher einschätzten als noch in einer vorherigen Befragung aus dem Jahr 2019. Gleichzeitig zeigt sich eine höhere Zahlungsbereitschaft. Wollten die Befragten 2019 monatlich noch höchstens 77 € für eine Pflegezusatzversicherung bezahlen, waren es 2021 bereits 98 €. ⁹

Die Notwendigkeit einer privaten Absicherung für den Pflegefall wird auch laut einer Forsa-Umfrage, die im Auftrag der DAK im Jahr 2023 durchgeführt wurde, deutlich. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass sich die Menschen in Deutschland durch die gesetzliche Pflegeversicherung nicht ausreichend abgesichert sehen. So gaben 65 % der Befragten an, dass die Pflegeversicherung im Allgemeinen eher (52 %) oder sehr (13 %) schlecht für den Pflegefall absichert. Ebenso macht sich über die Hälfte der Befragten sehr große (14 %) oder große (40 %) Sorgen um die finanzielle Absicherung, insofern sie selbst einmal pflegebedürftig werden sollten.¹⁰

Aufgrund dieser Entwicklungen haben wir unsere Vorjahresstudien aktualisiert. Dabei stellen wir im Folgenden zunächst einmal die verschiedenen Produktlösungen und ihre individuellen Besonderheiten vor. Hierbei erläutern wir auch, worauf der Kunde beim Abschluss einer Pflegezusatzversicherung achten sollte, damit diese auch im eventuellen Pflegefall, der in aller Regel erst Jahrzehnte später auftritt, noch bedarfsgerecht ist. Darüber hinaus ermitteln wir anhand von Fallbeispielen, welche monatlichen Beiträge vonnöten wären, um die derzeit bestehende Pflegelücke mit Hilfe einer Pflegezusatzversicherung zu schließen.

7 Inklusive Pflegerentenversicherung

8 Vgl. <https://igbce.de/igbce/themen/careflex-chemie>, aufgerufen am 09.02.2024

9 Vgl. Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 12004, 12029

10 Vgl. <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/pflegeversicherung-in-der-krise-aktuelle-reformplaene-greifen-zu-kurz-2613264.html#/>, aufgerufen am 09.02.2024

Die Versorgungslücke im Pflegefall

Sehr hohe Abhängigkeit vom Wohnort

In einer alternden Gesellschaft steigt die Lebenserwartung und damit die Wahrscheinlichkeit, ein Alter über 80 Jahren zu erreichen. Damit erhöht sich auch das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes wird der Anteil der Personen über 80 Jahren im Jahr 2040 8,6 % an der Gesamtbevölkerung ausmachen. Bis 2050 steigt dieser Wert sogar auf 10,8 % an.¹¹ Diese Altersgruppe machte 2022 mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen Personen in Deutschland aus (51,4 %).¹² Dabei stellt die ambulante Pflege den Regelfall dar: Ungefähr 85 % aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause gepflegt, wobei sich fast die Hälfte (44,2 %) davon in Pflegegrad 2 und etwas mehr als ein Viertel (26,9 %) in Pflegegrad 3 befanden.¹³ In einem Pflegeheim waren hingegen lediglich 14,6 % der Leistungsempfänger untergebracht. Von denen befanden sich die meisten in den höheren Pflegegraden 3 (37,0 %) und 4 (30,8 %).

Allerdings existieren nach den Erkenntnissen von Assekurata keine Informationen darüber, wie lange die Personen in den einzelnen Pflegegraden verweilen. Dies dürfte vor allen Dingen darauf zurückzuführen sein, dass die Umstellung von den bisherigen drei Pflegestufen auf die nun gültigen fünf Pflegegrade erst 2017 erfolgte und damit keine ausreichende Historie vorliegt. Laut dem Barmer Pflegereport aus dem Jahr 2021 beträgt die durchschnittliche Pflegedauer 6,0 Jahre. Beginnt die Pflege allerdings erst jenseits des 60. Lebensjahres, was in der Regel der Fall ist, verringert sich der Zeitraum auf 4,3 Jahre.¹⁴ Die Vermutung liegt nahe, dass der Hauptteil der Zeit in niedrigeren Pflegegraden verbracht wird. In höheren Pflegegraden, die oftmals auch eine stationäre Pflege nach sich ziehen, ist die Pflegedauer dann deutlich kürzer. Laut aktuellen Daten des Caritas-Verbandes ist die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeeinrichtungen rückläufig und beträgt 25 Monate.¹⁵

Definition der Pflegegrade

| | |
|--------------|---|
| Pflegegrad 1 | Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten |
| Pflegegrad 2 | Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten |
| Pflegegrad 3 | Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten |
| Pflegegrad 4 | Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten |
| Pflegegrad 5 | Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung |

Der zu zahlende Eigenanteil, also die Differenz zwischen den tatsächlich entstehenden Kosten und den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, wird gemeinhin als Pflegelücke bezeichnet. Die Gesamtkosten für die stationäre Pflege belaufen sich im Bundesdurchschnitt je nach Pflegegrad auf bis zu 4.800 €. Dabei werden auch erwachsene Kinder zur Zahlung

¹¹ Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf, aufgerufen am 09.02.2024

¹² Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>, aufgerufen am 07.03.2024

¹³ ebenda

¹⁴ Vgl. BARMER-Pflegereport 2021 – Band 32: Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends, S. 96, aufgerufen am 07.03.2024 unter <https://www.barmer.de/blob/361516/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/data/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg.pdf>

¹⁵ Vgl. <https://www.caritas.de/presse/presse-meldungen-dcv/caritas-erhebung-lebenszeit-in-pflegeeinrichtungen-immer-kuerzer-44fe4abe-4ad1-418d-80cd-c97c87618a0d>, aufgerufen am 20.03.2024

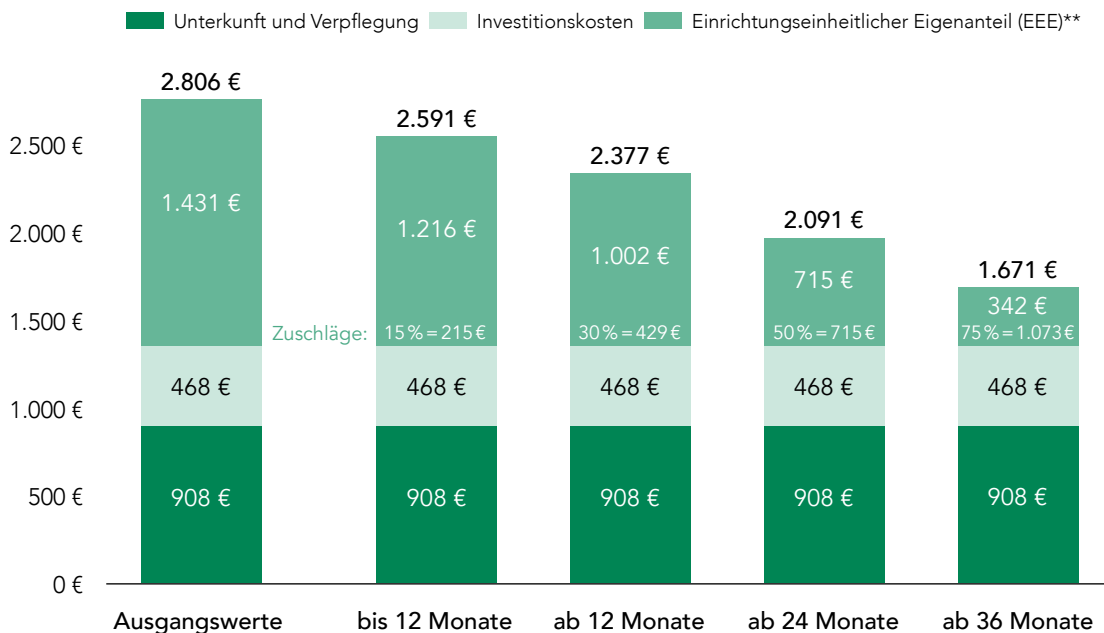
anfallender Kosten herangezogen. Durch das seit 2020 greifende Angehörigen-Entlastungsgesetz sind Kinder oder Eltern von Pflegebedürftigen zwar erst ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 100.000 € dazu verpflichtet, für die Pflege ihrer Angehörigen aufzukommen – das verhindert jedoch nicht, dass der oder die Pflegebedürftige selbst auch in Zukunft noch zum Sozialhilfefall werden kann.

| Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung | | | |
|--|--------------------------|--|-------------------------------------|
| Pflege-grad | häusliche (Laien-)Pflege | Pflegesachleistungen für häusliche Pflege durch Pflegedienst | vollstationäre Pflege im Pflegeheim |
| 1 | * | * | 125 € |
| 2 | 332 € | 761 € | 770 € |
| 3 | 573 € | 1.432 € | 1.262 € |
| 4 | 765 € | 1.778 € | 1.775 € |
| 5 | 947 € | 2.200 € | 2.005 € |

* Anspruch nur über den zweckgebundenen Entlastungsbetrag (z.B. Unterstützung beim Wäschewaschen oder Begleitung bei Spaziergängen) in Höhe von bis zu 125 Euro, der bei häuslicher Pflege zusätzlich in allen Pflegegraden gezahlt wird.

Die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten werden als „einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)“ bezeichnet und sind für alle Bewohner einer Pflegeeinrichtung gleich hoch – unabhängig vom Pflegegrad. Der EEE variiert jedoch zwischen den Einrichtungen. Seit 2022 erhalten Pflegebedürftige von der Pflegekasse einen Leistungszuschlag zum EEE. Dieser wurde Anfang 2024 um 10 Prozentpunkte (bis zu einer Dauer von 12 Monaten) bzw. 5 Prozentpunkte (für alle weiteren Dauern) erhöht und steigt mit der Dauer des Heimaufenthaltes bis auf max. 75 Prozentpunkte nach 36 Monaten.

Eigenbeteiligung bei stationärer Pflege (je Monat nach Aufenthaltsdauer)*



* Abweichungen resultieren aus Rundungsdifferenzen

** Seit 1.1.2022: Reduzierung des EEE durch einen aufenthaltsabhängigen Leistungszuschlag (§ 43c SGB XI)

Quelle: PKV-Verband, Stand 01.01.2024. Darstellung Assekurata

Gegenüber unserer Voruntersuchung ist die Eigenbeteiligung bzw. Pflegelücke im stationären Bereich laut PKV-Pflegedatenbank im Bundesdurchschnitt weiter auf 2.806 € angestiegen, wobei sich der Eigenanteil unabhängig vom Pflegegrad aus 1.431 € für den EEE, aus 908 € für Unterkunft und Verpflegung und 468 € für die Investitionskosten zusammensetzt.¹⁶ Durch den Leistungszuschlag verringern sich je nach Dauer der stationären Pflege die Kosten für den EEE von 1.216 € im ersten Jahr auf 1.002 € im zweiten Jahr und 716 € im dritten Jahr. Ab einer Dauer von 36 Monaten erreichen sie dann mit 358 € ihr niedrigstes Niveau.

Zusätzlich zum EEE für die Pflege müssen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten vom Pflegebedürftigen weiterhin selbst getragen werden. Pflege bleibt also teuer.

Dabei variieren die Pflegeheimkosten je nach Wohnort bzw. Bundesland zum Teil erheblich, während die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung jedoch bundesweit einheitlich sind. Dementsprechend schwankt auch die Pflegelücke. Sie reicht derzeit gemäß der Auswertung des PKV-Verbandes von 2.251 € in Sachsen-Anhalt bis 3.229 € in Baden-Württemberg.

Eine detaillierte Darstellung der Unterschiede findet sich im Anhang „Auswertung der Ergebnisse nach Bundesländern“.

Die Pflegelücke bei häuslicher Pflege ist dagegen schwer zu beziffern, da im häuslichen Bereich die Höhe der Pflegeausgaben von dem Betroffenen mit beeinflusst werden kann. Um eine Einschätzung zur ambulanten Pflegelücke treffen zu können, unterstellen wir, dass ein Pflegedienst täglich die für den jeweiligen Pflegegrad erforderlichen Einrichtungen übernimmt.

Auch hier zeigt sich, dass die Kosten für ambulante Pflegedienste im Osten Deutschlands deutlich geringer sind. Relativierend ist jedoch die unterschiedliche Einkommenslage zwischen Ost und West zu berücksichtigen. Nach dem Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung vom Herbst 2023 lag das durchschnittliche Netto-Gesamteinkommen für Rentner-Ehepaare im Westen 2019 bei 2.910 € und im Osten bei 2.554 €.¹⁷

Wie die nachfolgende Übersicht zeigt, beträgt die Pflegelücke nach unseren Berechnungen im Bundesdurchschnitt bei ambulanter Fachpflege je nach Pflegegrad zwischen 375 € und 2.100 €.¹⁸

Die tatsächlichen Kosten hängen jedoch nicht nur vom Pflegegrad, sondern vor allem davon ab, wie viel (professionelle) Unterstützung über die eigene Pflegeleistung hinaus in Anspruch genommen werden muss. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden 2021 fast zwei Drittel der zu Hause Gepflegten allein durch Angehörige versorgt und nur knapp ein Drittel zusammen mit oder ausschließlich von ambulanten Pflegediensten.¹⁹

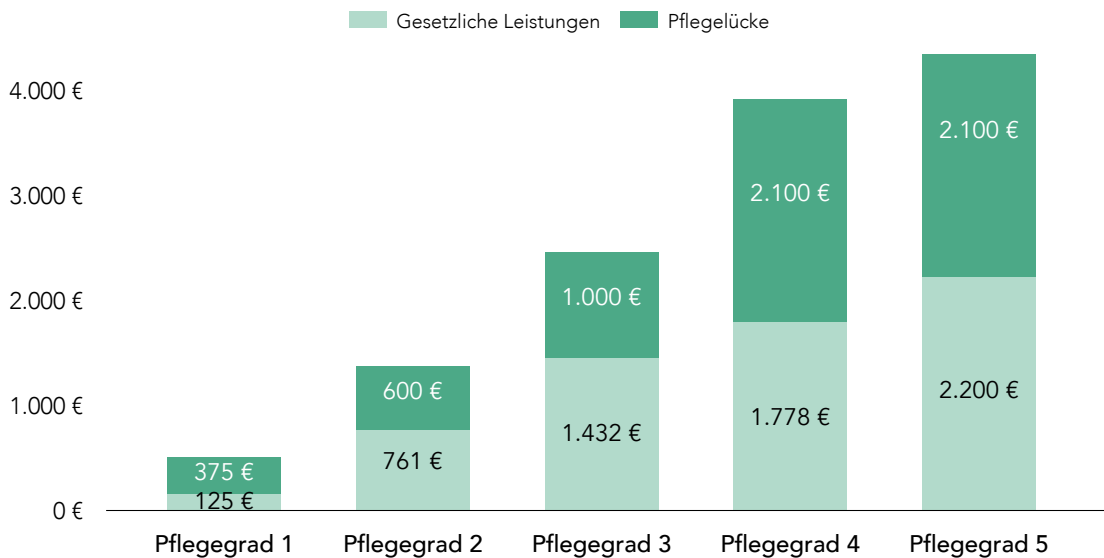
¹⁶ Vgl. PKV-Verband, Pflegedatenbank, Stand 01.01.2024

¹⁷ Vgl. Rentenversicherungsbericht 2023, S. 22f, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, aufgerufen am 13.02.2024 unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/rentenversicherungsbericht-2023.pdf?__blob=publicationFile&v=3

¹⁸ Vgl. <https://www.arag.de/pflegezusatzversicherung/pflegelueckenrechner/>; abgerufen am 14.02.2024

¹⁹ Vgl. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#sprg235892, aufgerufen am 13.02.2024

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und Eigenbeteiligung (Pflegelücke) bei ambulanter Fachpflege



Quelle: ARAG. Darstellung Assekurata

Wie hoch die tatsächliche Pflegelücke und damit die Notwendigkeit für den Abschluss einer Pflegezusatzversicherung im Individualfall ist, hängt von vielen Kontextbedingungen ab, insbesondere dem Altersvermögen, das neben den Alterseinkünften eventuell für die Finanzierung der Pflege eingesetzt werden kann; eventuellen Partnern, die finanziell abgesichert werden sollen; und nicht zuletzt Familienangehörigen, die vor Unterhaltzahlungen geschützt werden bzw. denen ein Teil des Vermögens vererbt werden soll.

Zwischenfazit

- Bei stationärer Pflege ist der Eigenanteil in den Pflegegraden 2 bis 5 stets identisch, allerdings variiert er je nach Bundesland und Einrichtung erheblich. Die Spannweite liegt derzeit zwischen 2.251 € und 3.229 € (s. Anhang).
- Der Hauptteil der Pflegebedürftigen wird ambulant durch Angehörige gepflegt. In diesen Fällen lässt sich die Lücke zwischen den Pflegekosten und den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schwer einschätzen, da die Betroffenen die Kosten hier stärker beeinflussen können.
- Nur knapp ein Drittel der zu Hause Gepflegten wird unter Zuhilfenahme oder ausschließlich von ambulanten Pflegediensten versorgt. Auch hier variieren die Kosten je nach Bundesland erheblich.
- Im Bundesdurchschnitt ist nach Berechnungen von Assekurata bei ambulanter Fachpflege je nach Pflegegrad mit einer Pflegelücke zwischen 375 € und 2.100 € zu rechnen.

Pflegeabsicherung: Mehrere Wege führen zum Ziel

Für die private Zusatzabsicherung im Pflegefall stehen grundsätzlich zwei bzw. drei Produktformen zur Verfügung: Die Pflegetagegeldversicherung, wozu auch die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“) gehört, und die Pflegekostenversicherung.²⁰

| Leistungen | Pflegekosten | Pflege-Bahr | Pflegetagegeld |
|---|--------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Alter | egal | Mindestalter 18 | egal |
| Gesundheitsprüfung | ja | nein | ja |
| Wartezeit | nein | ja | nein |
| Mindestbeitrag | nein | ja | nein |
| Flexible Absicherung | bedingt | nein, altersabhängig (mind. 20 €) | ja |
| Staatliche Förderung | nein | ja, in Höhe von 5 € | nein |
| Voll-Leistung bei Laienpflege | nein | ja | ja |
| Leistung ab Pflegegrad 1 bei häuslicher Pflege | nein | ja | ja |
| Inflationsschutz vor Eintritt des Leistungsfalls | bedingt* | möglich, aber nur bei 12 Anbietern | ja |
| Inflationsschutz nach Eintritt des Leistungsfalls | bedingt* | möglich, aber nur bei 5 Anbietern | ja, außer bei 3 Anbietern |
| Leistung zur freien Verfügung | möglich | ja | ja |
| Beitragsbefreiung im Pflegefall | nein | nein | möglich |
| Nachversicherungsgarantie** | nein | nein | möglich |

* nur bei Erhöhung der Leistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung durch den Gesetzgeber

** Erhöhung des Tagegeldes bei Änderung der Familienverhältnisse ohne Gesundheitsprüfung

Am häufigsten verbreitet sind Ende 2022 Pflegetagegeldversicherungen mit 3.054.300 Versicherten. Und obwohl erst 2013 eingeführt, rangierte der „Pflege-Bahr“ mit 909.700 Versicherten auf Rang zwei deutlich vor der Pflegekostenversicherung mit 369.300 Personen.²¹

Pflegekostentarife

Die Pflegekostenversicherung bieten marktweit fünf PKV-Unternehmen an. In ihrer Grundkonzeption erstattet sie theoretisch nur tatsächlich nachgewiesene Pflegekosten. In der Praxis werden nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung die gesetzlichen Pflegeleistungen um einen bestimmten Prozentsatz aufgestockt. Dieser beträgt in der Regel 50 oder 100 Prozent. Die Tarife werden aufgrund ihres Produktdesigns häufig auch als Aufstockungstarife bezeichnet.

²⁰ Die Pflegerentenversicherung als Angebot der Lebensversicherer weist mit 243.000 Policen den kleinsten Bestand auf und ist nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

²¹ Vgl. GDV; Statistiken zur deutschen Versicherungswirtschaft 2023; Tabelle 56 und deutsche Lebensversicherung in Zahlen 2023; S.15

Inzwischen leisten Pflegekostentarife auch für häusliche Pflege durch Familienangehörige, die sogenannte Laienpflege, welche die häufigste Form der Pflege darstellt. Analog zur gesetzlichen Pflegeversicherung sind die Leistungen dafür jedoch deutlich geringer als für einen professionellen Pflegedienst und eine Zahlung erfolgt erst ab Pflegegrad 2.

Mittlerweile verzichten einige Tarife weitgehend auf das Kostennachweisprinzip, so dass die Versicherten so gut wie keine Belege einreichen müssen. Der Pflegebedürftige erhält dann einfach einen monatlichen Geldbetrag. Zusätzliche Kosten, z. B. für Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege, müssen jedoch weiterhin nachgewiesen werden.

Im Vergleich zu den geförderten und ungeförderten Pflegetagegeldversicherungen sind Pflegekostentarife preislich etwas günstiger. Grund hierfür sind insbesondere die geringeren Leistungen für häusliche Pflege durch Angehörige. Pflegekostentarife eignen sich daher besonders für Personen, die bereits bei Vertragsabschluss wissen, dass sie mit ziemlicher Sicherheit später einmal professionell zu Hause gepflegt werden (wollen).

Zwischenfazit

- Die Pflegekostenversicherung erstattet theoretisch nur tatsächlich nachgewiesene Kosten.
- Mittlerweile verzichten einige Tarife weitgehend auf dieses Kostennachweisprinzip und zahlen einen monatlichen Geldbetrag abhängig vom Pflegegrad und davon, ob die Pflege ambulant oder stationär erfolgt.
- Die bestehende Pflegelücke bei ambulanter Pflege lässt sich durch einen Aufstockungstarif, der die gesetzlichen Leistungen verdoppelt, adäquat schließen.
- Analog zur gesetzlichen Pflegeversicherung leistet die Pflegekostenversicherung weniger für häusliche Pflege durch Familienangehörige (Laienpflege).
- Daher eignet sich die Pflegekostenversicherung besonders für Personen, die bereits bei Vertragsabschluss wissen, dass sie später einmal professionell zu Hause gepflegt werden (wollen).

Pflege-Bahr

Den Pflege-Bahr bieten marktweit 23 PKV-Unternehmen an. Die Förderkriterien sehen für jeden Pflegegrad eine bestimmte Mindestleistung vor, wobei in Pflegegrad 5 immer 100 % des Tagegeldes und mindestens 600 € im Monat zu erstatten sind. Der Mindestbeitrag bei diesem Produkt beträgt 15 €, wovon der Kunde 10 € bezahlt, denn er enthält unabhängig vom Eintrittsalter (Mindestalter 18) grundsätzlich einen staatlichen Zuschuss von 5 €, was einer maximalen Förderquote von 33 % entspricht. Hierdurch entsteht ein gewisser Beitragsvorteil gegenüber einer ungeförderten Pflegetagegeldversicherung.

Anders als bei der Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung verzichtet der Versicherer beim Pflege-Bahr auf eine Gesundheitsprüfung, so dass sich durch die Aufnahmegarantie auch Menschen mit Vorerkrankungen absichern können. Im Gegenzug hat der Versicherte in den ersten fünf Jahren keinen Leistungsanspruch (bei Unfall entfällt die Wartezeit).

Beim Pflege-Bahr lassen sich marktweit zwei Ausprägungen erkennen. Rund ein Drittel der Versicherer gewährt in den so genannten Mindestleistungstarifen in den Pflegegraden 1 bis 4 lediglich die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen von 10 %, 20 %, 30 % und 40 % des Tagegeldes. Die anderen Anbieter gehen hier differenzierter vor und bieten speziell in den Pflegegraden 2 bis 4 höhere Leistungen an.

Für Personen ab 50 Jahren kann sich dabei prozentual ein enormer Preisunterschied ergeben, je nachdem, für welches Tarifmodell sie sich entscheiden. In den jungen Eintrittsaltern liegen die einzelnen Anbieter preislich sehr eng beieinander, wobei sich gerade in jungen Jahren zwischen einem Tarif mit Mindestleistungen und einem mit überdurchschnittlichen Leistungen in den Pflegegraden 2 bis 4 deutliche Unterschiede beim Tagegeld ergeben.

Dabei variiert die Leistung im Pflegegrad 2, welcher am häufigsten vorkommt, je nach Anbieter zwischen 120 € und 210 € pro Monat. Im ebenfalls stark verbreiteten Pflegegrad 3 reicht die Spannbreite von 180 € bzw. 420 €. Gerade vor dem Hintergrund, dass der höchste Pflegegrad in der Regel nicht oder aber nur sehr kurzzeitig erreicht wird, sind Tarife mit hohen Leistungen in den Pflegegraden 2 bis 4 besonders zweckmäßig.

Allerdings stellt der Pflege-Bahr nur eine Teilabsicherung dar, so dass im Pflegefall in vielen Fällen eine nicht unerhebliche Versorgungslücke bestehen bleibt, welche mittels einer weiteren Pflegezusatzversicherung geschlossen werden kann.

Beim Pflege-Bahr hat der Versicherte in der Regel keinerlei Einfluss auf die Höhe seiner Absicherung, da sich diese automatisch aus seinem Eintrittsalter ergibt und ab einem Eintrittsalter von etwa 50 Jahren auf 600 € bei Einstufung in Pflegegrad 5 begrenzt ist. Die Höhe des Tagegeldes hängt dabei ausschließlich vom Pflegegrad ab und ist bei häuslicher und stationärer Pflege stets identisch. Die in Abhängigkeit vom Pflegegrad gestaffelte Leistung erscheint in Anbetracht der bestehenden Lücke bei stationärer Pflege, die unabhängig vom Pflegegrad gleich hoch ist, allerdings nicht mehr zeitgemäß.

Zwischenfazit

- Beim Pflege-Bahr ist die Leistung nach Pflegegrad gestaffelt und für häusliche und stationäre Pflege immer identisch, was im stationären Bereich mit seiner einheitlichen Pflegelücke zwischen Pflegegrad 2 und Pflegegrad 5 nicht mehr passend ist.
- Die Höhe der Absicherung ist vorgegeben und kann im Normalfall nicht frei vom Versicherten bestimmt werden.
- Um die Pflegelücke vollständig zu schließen, ist eine weitere Pflegeergänzungsversicherung notwendig.
- Einen Pluspunkt stellt die Aufnahmegarantie dar. Allerdings können Leistungen – außer aufgrund eines Unfalls – erst nach einer Wartezeit von fünf Jahren in Anspruch genommen werden.

Pflegetagegeld: statisch vs. flexibel

Bei der ungeförderten Pflegetagegeldversicherung erhält der Versicherte, wie beim Pflege-Bahr auch, im Pflegefall ein Tagegeld zur freien Verfügung.

Ein wesentlicher Vorteil der ungeförderten Pflegetagegeldversicherung ist das Recht auf Kindernachversicherung, bei der die sonst obligatorische Gesundheitsprüfung entfällt. Dies kann sehr sinnvoll sein, falls Kinder mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung geboren werden. Für minderjährige Adoptivkinder ist jedoch ein Risikozuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Exkurs: Kindernachversicherung

Grundlage der Kindernachversicherung ist § 198 Versicherungsvertragsgesetz (VG). Diese Rechtsgrundlage ermöglicht Eltern, ihren Nachwuchs innerhalb von zwei Monaten ab Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt zu versichern – und zwar ohne Gesundheitsprüfung, Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse.

Voraussetzung für die Kindernachversicherung ist, dass die Leistung des Kindes nicht höher oder umfangreicher sein darf als die Leistung des versicherten Elternteils. Außerdem muss für den versicherten Elternteil am Tag der Geburt für mindestens drei Monate eine Pflegetagegeldversicherung bestanden haben.

Einige wenige Gesellschaften verzichten jedoch auf die Dreimonatsfrist, sofern die Pflegetagegeldversicherung vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche beantragt wurde. Durch diese Regelung wird der Neukunde bei Vordatierungen (bis zu sechs Monaten sind aus aufsichtsrechtlicher Sicht möglich) oder einer möglichen Frühgeburt davor geschützt, sein Recht auf Kindernachversicherung wegen Nichteinhaltung der Dreimonatsfrist zu verlieren.

Die Pflegetagegeldversicherung lässt sich im Wesentlichen in zwei Produktformen unterteilen: Die statischen und die flexiblen Tarife.

Bei den statischen Tarifen kann der Kunde die Höhe des Tagegelds für Pflegegrad 5 festlegen, in dem im Normalfall 100 % des vereinbarten Tagessatzes gezahlt werden. Die Leistungen in den übrigen Pflegegraden sind in diesen Tarifen fest vorgegeben und bei ambulanter Pflege in aller Regel abgestuft, d. h. je niedriger der Pflegegrad, desto geringer die Leistung.

Bei stationärer Pflege werden inzwischen fast ausschließlich 100 % des Tagegeldes in den Pflegegraden 2 bis 5 gezahlt. Bei häuslicher Pflege variieren die Prozentsätze in den Pflegegraden 1 bis 4 zwischen den einzelnen Anbietern, was die Vergleichbarkeit der Tarife stark einschränkt. Statische Pfelegetarife sind die häufigste Tarifforn.

Flexible Pflegetagegeldtarife, bei denen der Kunde seine Leistung in den einzelnen Pflegegraden frei wählen kann, finden immer mehr Verbreitung im Markt. Sie erlauben eine individuelle Absicherung. Einige Anbieter erlauben sogar eine Differenzierung der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege.

Ein wesentlicher Vorteil von flexiblen Tarifen ist, dass der Versicherte hier für die ambulante Pflege höhere Leistungen in den niedrigen, aber häufiger vorkommenden Pflegegraden

vereinbaren kann. Es gibt hierfür auch bei einigen Anbietern Zusatzbausteine, die die Leistung im ambulanten Bereich erhöhen, insofern der eigentliche Tarif nur geringere Leistungen vorsieht. Dies erhöht allerdings den Beitrag, kann aber für Menschen, die bevorzugt zu Hause gepflegt werden möchten, eine sinnvolle Alternative sein.

Bei statischen Tarifen ist das nur über eine Erhöhung der Gesamtleistung möglich, die jedoch zu einer Überversicherung in den hohen Pflegegraden führen kann und damit das Produkt unnötig verteuert. Mittlerweile gibt es auch statische Tarife, die in allen Pflegegraden sowohl bei häuslicher als auch bei stationärer Pflege stets 100 % des vereinbarten Tagegeldes erbringen.

Zwischenfazit

- Die bestehende Pflegelücke lässt sich mit einer Pfl egetagegeldversicherung je nach Wunsch sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege schließen.
- Pfl egetagegeldtarife unterscheiden nicht zwischen professioneller Pflege und Laienpflege.
- Bei Pfl egetagegeldversicherungen kann der Kunde die Höhe des Tagegelds frei wählen.
- Bei flexiblen Tarifen gilt dies für sämtliche Pflegegrade, bei den sogenannten statischen Tarifen nur für Pflegegrad 5.
- Flexible Tarife bieten die Möglichkeit, auch bei ambulanter Pflege bereits in niedrigeren Pflegegraden höhere Tagegelder abzusichern – einige Anbieter bieten hierzu auch Zusatzbausteine an.
- Statische Tarife leisten grundsätzlich in allen Pflegegraden.
- Kinder können ab Geburt innerhalb von zwei Monaten rückwirkend ohne Gesundheitsprüfung mitversichert werden.

Wichtige Aspekte bei der Produktauswahl

Pflege wird immer teurer. Deswegen sollte die Versicherung die Möglichkeit einer regelmäßigen Dynamisierung vorsehen, die es ermöglicht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit den Versicherungsschutz an die steigenden Pflegekosten anzupassen.²²

Umfassender Inflationsschutz nur bei Pflagegeldversicherungen

Ein wesentlicher Vorteil der Pflagegeldversicherung gegenüber den beiden anderen hier untersuchten Absicherungsformen liegt in der Möglichkeit der Dynamisierung der Leistung. Während in der Pflagegeldversicherung im Regelfall eine definierte Erhöhung des vereinbarten Tagesgelds möglich ist, erhöhen sich die Leistungen in den Prozentsatztarifen der Pflegekostenversicherung nur dann, wenn auch die gesetzlichen Leistungen aufgestockt werden. Passt der Gesetzgeber die Leistungen über einen längeren Zeitraum nicht an, vergrößert sich somit die Pflegelücke, da die Tarife der tatsächlichen Kostensteigerung hinterherlaufen.

Um der Inflation vorzugreifen, sollten Interessenten auf die am Markt unterschiedlichen Regelungen der Dynamisierung schauen. Die gängigste Erhöhungsmöglichkeit bietet die Erhöhung des bestehenden Tagesgelds alle drei Jahre um 10 %. Diese Regelung bieten aktuell rund ein Drittel der Anbieter an.

Die fehlende Dynamisierung der Mindestleistungen ist auch ein häufig hervorgebrachter Kritikpunkt am Pflege-Bahr. Dies führe dazu, dass ein Zuschuss von 600 € im Pflegefall in zwei oder drei Jahrzehnten sinngemäß nur ein Tropfen auf dem heißen Stein sei. Nach unseren Untersuchungen sehen beim Pflege-Bahr immerhin zwölf der 23 Anbieter eine Dynamisierung der Leistung während der Vertragslaufzeit vor, solange der Pflegefall noch nicht eingetreten ist. Allerdings bieten lediglich fünf Unternehmen eine Dynamisierung auch im Pflegefall an.

In der ungeforderten Pflagegeldversicherung hingegen ist die Dynamisierung nach Eintritt des Versicherungsfalles an der Tagesordnung. Lediglich drei Anbieter schließen dies aus. Bei Eintritt des Pflegefalls in jungen Jahren kann dies gravierende finanzielle Folgen haben.

Bei der Dynamik gilt es zu beachten, dass diese bei einigen Anbietern bereits mit dem 70. oder gar 65. Lebensjahr endet. Dies vermeidet die Kosten der Dynamik im Alter, die um so höher ausfällt, je näher der Versicherungsnehmer den Altern mit einer statistisch erhöhten Pflegewahrscheinlichkeit jenseits der 80 ist. Nicht nachvollziehbar ist, wieso die Entscheidung hier nicht dem Kunden überlassen wird. Denn grundsätzlich muss der Versicherte nicht jeder Erhöhung zustimmen und kann der Dynamik stets widersprechen. Erst wenn er diese drei Mal in Folge zurückweist, verliert er normalerweise dauerhaft sein Recht, die vertraglich vereinbarte Leistung ohne Gesundheitsprüfung in regelmäßigen Abständen zu erhöhen. Der Kunde entscheidet somit stets selbst darüber, ob sich sein

²² Laut aktuellen Berechnungen beläuft sich der durchschnittliche Bruttolohnzuwachs für Fachkräfte in der Altenpflege auf 4,3 % p. a. im Zeitraum zwischen 2012 und 2022, womit auch analog eine Kostensteigerung in dieser Höhe angenommen werden kann; Vgl. hierzu auch https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2022.pdf, S. 4

Zahlbeitrag erhöht oder nicht. Diese Wahlfreiheit sollte er in Anbetracht der steigenden Lebenserwartung auch im hohen Alter noch haben. Aus Kundensicht ist ebenso von Vorteil, wenn die Höhe des Pflegetagegelds nicht durch eine maximale Absicherungshöhe gedeckelt wird. Dies könnte bei langlaufenden Verträgen einer adäquaten Schließung der tatsächlichen Lücke entgegenstehen.

Dynamisierung hat aber auch ihre Kosten, da mit der Erhöhung des Monatsgelds der Versicherungsschutz erweitert und entsprechend auch der Beitrag erhöht wird. Je älter der Versicherte ist und je weniger Zeit er zum Aufbau für die dafür nötigen Alterungsrückstellungen hat, kann die Dynamisierung preislich unattraktiv werden. Wer die Kosten der Dynamisierung in höheren Altern und die damit verbundene Beitragsanpassung vermeiden will, kann ggf. zu Versicherungsbeginn über das Sicherungsziel ‚hinausschießen‘ und ein höheres Monatsgeld als benötigt abschließen. Dies würde erlauben, die Dynamik ab Renteneintritt auszusetzen (und damit eine inflationsbedingte Entwertung des abgeschlossenen Monatsgeldes in Kauf nehmen), aber trotzdem im Pflegefall einen dann immer noch ausreichenden Schutz zu haben.

Wesentliche Auswahlkriterien auf einen Blick

- ✓ Eine **Dynamik (Inflationsschutz)** ist sehr zweckmäßig. Dabei sollte das Pflegegeld vor und nach Eintritt des Leistungsfalles spätestens alle drei Jahre als Inflationsausgleich dynamisiert werden (können) und keine Altersbeschränkung beinhalten.
- ✓ **Optionsrechte bzw. Nachversicherungsgarantien** sind zielführend. Hierdurch lässt sich der Versicherungsschutz später ohne erneute Gesundheitsprüfung anpassen, falls sich die Lebensumstände in der Zwischenzeit geändert haben.
- ✓ Auf frühzeitige **Beitragsbefreiungen im Pflegefall** sollte aus Kostengründen verzichtet werden. Eine Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 4 oder 5 ist vertretbar.
- ✓ Als Versicherungsfall sollte der Eintritt der Pflegebedürftigkeit definiert sein. Dadurch **leistet** der Tarif ohne zeitliche Einschränkung **rückwirkend** ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit.
- ✓ Pflegebedürftigkeit aufgrund von **Suchterkrankung** sollte Leistungsbestandteil sein.
- ✓ Bei einem **Umzug ins Ausland** sollte Versicherungsschutz gegeben sein, nicht nur innerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), sondern auch außerhalb (Weltdeckung).

Frühe Beitragsbefreiung birgt Risiken

Neben der Dynamik wirkt die Beitragsbefreiung im Pflegefall beitrags erhöhend. Darüber hinaus birgt sie ein gewisses Anpassungsrisiko, insbesondere wenn die Beitragsbefreiung bereits sehr früh ab Pflegegrad 1, 2 oder 3 definiert ist. Die überwiegende Zahl der Anbieter gewährt allerdings erst ab Pflegegrad 4 oder 5 eine Beitragsfreistellung, was eine vertretbare Regelung darstellt. Die in vielen Vergleichstests grundsätzlich positive Sichtweise und Bewertung von Beitragsbefreiungen ist eher kritisch zu hinterfragen. Kommt es nämlich zu Beitragsanpassungen, sind diejenigen, die dazu beitragen (die Pflegebedürftigen), davon ausgenommen, weil sie bereits beitragsbefreit sind. Dies erscheint wenig sozial und widerspricht zudem den Grundsätzen des Versicherungsgedankens. Darüber hinaus gibt es noch zahlreiche weitere Leistungsunterschiede in den Bedingungen, die bei der Tarifauswahl berücksichtigt werden sollten, wobei die Regelungen auch den Preis beeinflussen, das heißt, mehr Leistung führt auch zu höheren Beiträgen.

Auch in der Pflegezusatzversicherung gilt: Eine scheinbar hohe monetäre Absicherung für wenig Geld ist mit Vorsicht zu genießen und bietet keine Gewähr für einen passenden Versicherungsschutz. Die genaue Formulierung des Leistungsumfangs in den Bedingungen und die Sicherheit der Kalkulation hingegen machen vielfach erst den „preiswürdigen“ Unterschied aus.

Ein hohes finanzielles Risiko günstig absichern

Beitragshöhe wird deutlich überschätzt – ein früher Abschluss lohnt sich

Um der Frage nach den Kosten für die Absicherung nachzugehen, haben wir für unterschiedliche Eintrittsalter die Beiträge von vier Pflegetagegeldtarifen erhoben (Tarife A bis D).

Um die durchschnittlich bestehende Pflegelücke zu decken, ist die Vorgabe bei den Pflegetagegeldtarifen eine Leistung von monatlich 2.800 € bei stationärer Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5. Dieser Ansatz bietet risikoaversen Kunden die Möglichkeit, mit der privaten Zusatzversicherung die aktuell vollständige stationäre Pflegelücke abzusichern.²³ Diese beinhaltet wie oben beschrieben die Kosten für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten. Da allerdings in der pflegepolitischen Debatte bereits die Absicherung der pflegebedingten Kosten als „Vollversicherung“ verstanden wird, wird in einer zweiten Betrachtung die Abdeckung nur dieser Kosten berücksichtigt, also des EEE. Bei der Heimpflege wird daher eine Leistung von 1.400 € pro Monat benötigt, die dann auch als Maßgabe für die maximale Leistung für den ambulanten Bereich gilt. Die Annahme ist dabei, dass v. a. die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Alter auch ohne Pflegebedürftigkeit anfallen und i.d.R. durch Alterseinkünfte gedeckt werden, die auch im Falle der Pflegebedürftigkeit weiterhin bezogen werden. Allerdings ist bei der Pflegevorsorge immer auch die individuelle Situation zu berücksichtigen, bspw. (Ehe-)Partner/-innen, die ggfls. ebenso auf eine Unterkunft und die (anteilige) Deckung von deren Kosten angewiesen sind. Beide Vorsorgestrategien – die Absicherung sämtlicher stationärer Kosten einerseits, der rein pflegebedingten Kosten andererseits – können als optimierte Vorsorge gewertet werden; d.h. auch geringere Absicherungen können mit Blick auf die individuelle Einkommens- und Vermögenssituation eine hinreichende Vorsorge sein. Zu beachten ist dabei in jedem Fall, dass die sich an dem vereinbarten Pflegetagegeld orientierende Quote in den ambulanten Pflegegraden so hoch ist, dass dabei für den Einkauf ambulanter Pflegeleistungen noch hinreichend hohe Euro-Beträge herauskommen. Aus diesem Grund wurde ein Tarif aufgenommen, der bereits in Pflegegraden 2 und 3 ambulant 65 und 75 Prozent leistet.

| Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei vollstationärer Pflege | | | | |
|--|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Pflege-grad | Pflegetagegeldtarife | | | |
| | Tarif A | Tarif B | Tarif C | Tarif D |
| 1 | 280 €/560 € | 280 €/560 € | 140 €/280 € | 1.400 €/2.800 € |
| 2 | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € |
| 3 | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € |
| 4 | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € |
| 5 | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € |

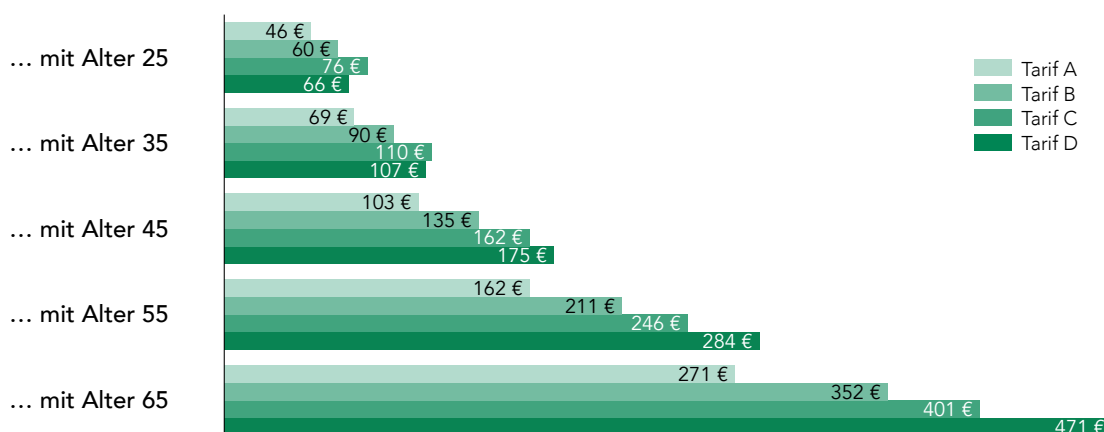
23 ohne Berücksichtigung der Zuschüsse bei stationärer Pflege, siehe Seite 6f.

Die vier Pflegetagegeldtarife unterscheiden bei ambulanter Pflege nicht, ob diese von Fachpersonal oder von Laien durchgeführt wird. In den Pflegetagegeldtarifen Tarif A und Tarif B erhält ein Pflegebedürftiger in Pflegegrad 1 20 % und bei Tarif C 10 % des vereinbarten Tagessatzes. In unseren Beispielen entspricht dies einer Leistung von monatlich 280 € bzw. 560 € sowie 140 € bzw. 280 €. In Pflegegrad 2 leisten Tarif A und C 30 %, also 420 € bzw. 840 €. Bei Tarif B beträgt die Leistung 65 %. In den Pflegegraden 3 und 4 erhält der Pflegebedürftige bei Tarif A 50 % und 80 %. Bei Tarif B 75 % und 90 % und bei Tarif C 70 % und 100 %. Tarif D zahlt auch bei häuslicher Pflege in allen Pflegegraden 100 %, hier also 1.400 € bzw. 2.800 €.

| Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei häuslicher Pflege | | | | |
|---|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Pfle-ge-grad | Pflegetagegeldtarife | | | |
| | Tarif A | Tarif B | Tarif C | Tarif D |
| 1 | 280 €/560 € | 280 €/560 € | 140 €/280 € | 1.400 €/2.800 € |
| 2 | 420 €/840 € | 910 €/1.820 € | 420 €/840 € | 1.400 €/2.800 € |
| 3 | 700 €/1.400 € | 1.050 €/2.100 € | 980 €/1.960 € | 1.400 €/2.800 € |
| 4 | 1.120 €/2.240 € | 1.260 €/2.520 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € |
| 5 | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € | 1.400 €/2.800 € |

Aufgrund der Leistungsunterschiede in den Pflegegraden unterscheiden sich auch die Tarifbeiträge. Tarif A bietet einen vergleichsweise günstigen Tarif. Die Tarife B und C liegen im mittleren Preissegment, wobei Tarif C in den Eintrittsaltern 25 und 35 leicht oberhalb des Beitragsniveaus des Tarifes D liegt, ab Eintrittsalter 35 jedoch darunter²⁴. Der Tarif D bewegt sich preislich im oberen Bereich. Bei Tarif D gilt es jedoch zu bedenken, dass der Tarif in allen Pflegegraden sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege immer 100 % des Tagegeldes leistet, was eine Maximallösung darstellt und den Tarif entsprechend verteuert.

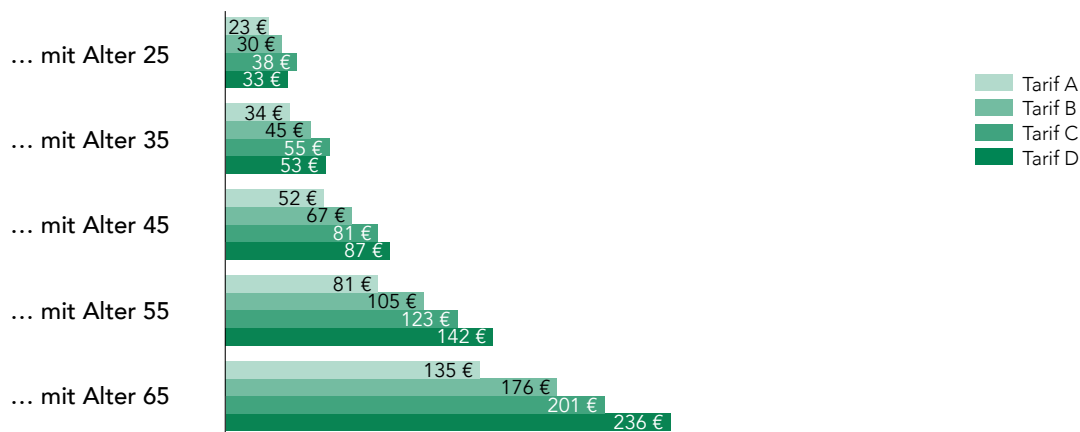
Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.800 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

²⁴ Ein Grund für diesen Beitragsunterschied kann in einer möglichen Rechnungszinserhöhung des Tarifes D Anfang 2024 liegen. Vergleiche hierzu das Kapitel „Einfluss der Zinsen auf die Beiträge“

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.400 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

In der eingangs erwähnten Allensbach-Umfrage²⁵ schätzen die Befragten die Kosten für eine Pflegezusatzversicherung mit einem Monatsbeitrag von durchschnittlich 236 € noch höher ein als in der Untersuchung 2019. Damals lag der Schätzwert bei 161 €. Dieses Beitragsniveau wäre bei unseren Beispieltarifen allenfalls ab einem Eintrittsalter von etwa 65 Jahren der Fall. Bei früherem Versicherungsbeginn, beispielsweise mit 25, liegen die Tarifbeiträge mit einer Spannweite von 46 € bis 76 € bei voller und 23 € bis 38 € bei hälftiger Absicherung deutlich unter den vermuteten Kosten und noch unter den 98 €, die der Durchschnitt der Befragten bereit ist, hierfür auszugeben. Dabei gilt: Je niedriger das Eintrittsalter, desto geringer der Beitragsunterschied zwischen den Pflegetagegeldtarifen.

Grundsätzlich gilt: Je früher die Pflegezusatzversicherung abgeschlossen wird, desto günstiger ist sie insgesamt für den Kunden. Wie die folgende Grafik zeigt, muss eine 65-jährige Person bei einer angenommenen Laufzeit bis Alter 85 mit 65.005 € bei Tarif A ceteris paribus 31.875 € mehr aufwenden als wenn er/sie mit 25 Jahren eingetreten wäre. Bei Tarif D beträgt die Differenz zwischen den beiden Eintrittsaltern sogar mehr als 65.000 €. ²⁶ Bei Absicherung der hälftigen Pflegelücke halbieren sich die Beträge entsprechend.

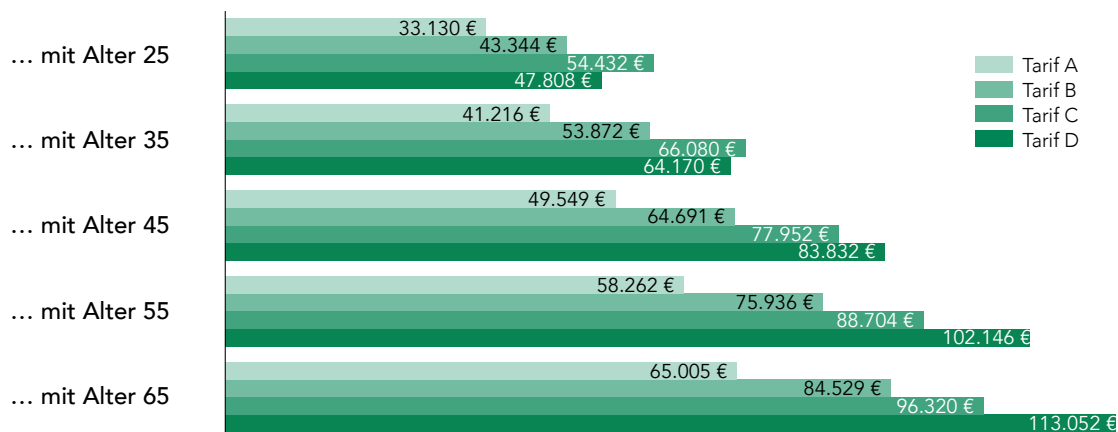
Für einen Abschluss in jungen Jahren spricht auch die Tatsache, dass die Anbieter im Fall von Vorerkrankungen einen Risikozuschlag auf den monatlichen Grundbeitrag erheben können. Im schlimmsten Fall kommt es sogar zur kompletten Antragsablehnung. Gleichzeitig ist mit Vertragsabschluss auch das Risiko, in jüngeren Jahren pflegebedürftig zu werden, abgesichert. ²⁷

²⁵ Vgl. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12004, 12029

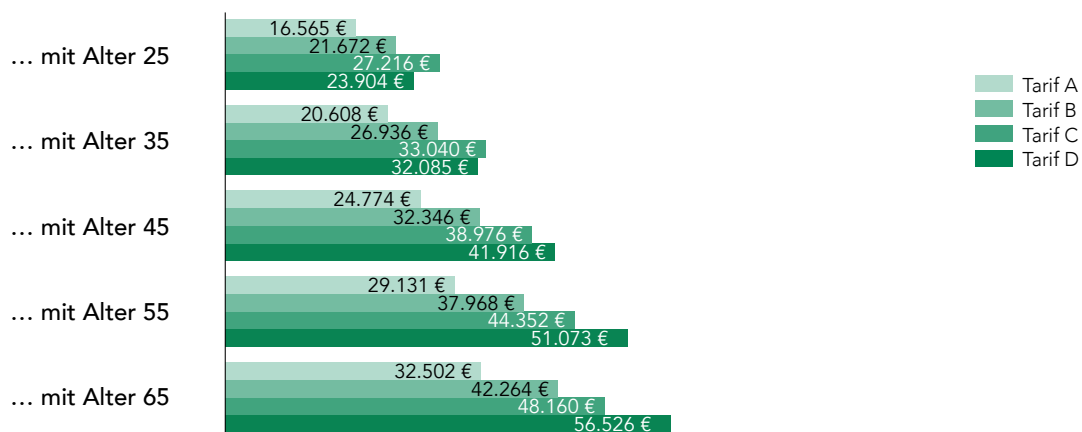
²⁶ Aufgrund der Darstellung von gerundeten Monatsbeiträgen, können sich bei der Summe der Gesamtausgaben Rundungsdifferenzen ergeben

²⁷ Gemäß den Daten des Bundesministeriums für Gesundheit war 2022 jeder vierte Pflegebedürftige jünger als 65 Jahre; Vgl. hierzu: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2022_Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-insgesamt.pdf

Gesamtausgaben Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegeücke in stationären Einrichtungen (2.800 Euro) bis Alter 85 bei Abschluss ...



Gesamtausgaben Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.400 Euro) bis Alter 85 bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

Zwischenfazit

- Die Kosten für eine Pflegezusatzversicherung werden gemeinhin deutlich überschätzt.
- Je höher die Leistungen in den unteren Pflegegraden, desto teurer wird die Pflegetagegeldversicherung.
- Grundsätzlich gilt: Je früher die Pflegezusatzversicherung abgeschlossen wird, desto geringer sind die Ausgaben über die gesamte Vertragslaufzeit hinweg. Gleichzeitig sinkt damit das Risiko für Vorerkrankungen, die einen Vertragsabschluss erschweren (Risikozuschlag) oder gar verhindern. Zudem ist somit auch das Risiko einer Pflegebedürftigkeit in jüngeren Jahren abgesichert.

„Lohnt“ sich eine Pflegezusatzversicherung?

Verbraucher stellen sich zuweilen die Frage, ob es für die Pflegevorsorge wirklich einer Zusatzversicherung bedarf, für die ein regelmäßiger Beitrag zu zahlen ist. Dieses Geld könnte auch in die allgemeine, unspezifische Altersvorsorge fließen.

Grundsätzlich gilt: Eine Versicherung ist sinnvoll, wenn sie einen Schaden abdeckt, der wirtschaftlich stark belastend ist bzw. zu einer finanziellen Überforderung führt. Der Eintritt des Pflegefalls kann für viele Menschen ein solcher Schaden sein, denn Pflegebedürftigkeit ist mit hohen Kosten bzw. Eigenbeteiligungen verbunden. Und die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, ist gerade in einer alternden Gesellschaft mit steigender Lebenserwartung sehr hoch. Der wesentliche Wert der Pflegeversicherung ist die Absicherung eines individuell unvorhersehbaren finanziellen Risikos. Denn der Versicherungsnehmer weiß weder, ob er überhaupt pflegebedürftig wird, noch, ob ihn dieses Schicksal früh ereilt oder ob es besonders lange andauert.

Laut dem Barmer Pflegereport aus dem Jahr 2021 beträgt die durchschnittliche Pflegedauer 6,0 Jahre (Männer 5,6 und Frauen 6,4 Jahre). Beginnt die Pflege allerdings erst nach 60, verringert sich der Zeitraum auf 4,3 Jahre, wobei Männer dann durchschnittlich 3,6 und Frauen 4,9 Jahre gepflegt werden.²⁸

Die Größenordnung des finanziellen Risikos zeigt folgendes Rechenbeispiel: Unter der Annahme, dass eine Person zwei Jahre in einer stationären Einrichtung gepflegt wird,²⁹ beläuft sich der zu zahlende durchschnittliche Eigenanteil (2.807 €/Monat) auf 67.368 €. Aufgrund der inzwischen eingeführten Zuschüsse verringern sich diese Kosten auf 59.640 €. Die Kosten von vorher bereits erbrachter ambulanter Pflege kämen noch hinzu. Die meisten Personen mit einer Pflegezusatzversicherung haben jedoch insgesamt weniger Beiträge eingezahlt, als sie in obigem Beispiel selbst hätten aufbringen müssen (vgl. hierzu Gesamtausgaben gemäß S. 20).

Mit Abschluss einer Pflegezusatzversicherung gewinnen Versicherte die Sicherheit, in jedem Fall – auch bei einer überdurchschnittlich langen Pflegedauer – finanziell vorgesorgt zu haben. Darüber hinaus schafft die finanzielle Vorsorge für den Pflegefall Entscheidungsfreiheit. Dies betrifft unter anderem die Art, die Intensität und letztlich auch die Qualität der Pflege. Zum Kern der Pflege gehört es nämlich, dass man auf Hilfe angewiesen ist. Ein Großteil der Pflegeleistungen wird heutzutage durch Angehörige erbracht oder innerhalb der Familie organisiert. Dies ist mit entsprechenden Herausforderungen verbunden, um Beruf, Familie und Pflege überhaupt über einen längeren Zeitraum miteinander vereinbaren zu können – zeitlich, seelisch und finanziell.

28 Vgl. BARMER-Pflegereport 2021 – Band 32: Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends, S. 96, aufgerufen am 09.02.2024 unter <https://www.barmer.de/blob/361516/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/data/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg.pdf>

29 Laut Caritas-Verbandes beträgt die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeeinrichtungen 25 Monate; siehe auch S. 5

Einfluss von Zinsniveau und Pflegepolitik auf den Beitrag

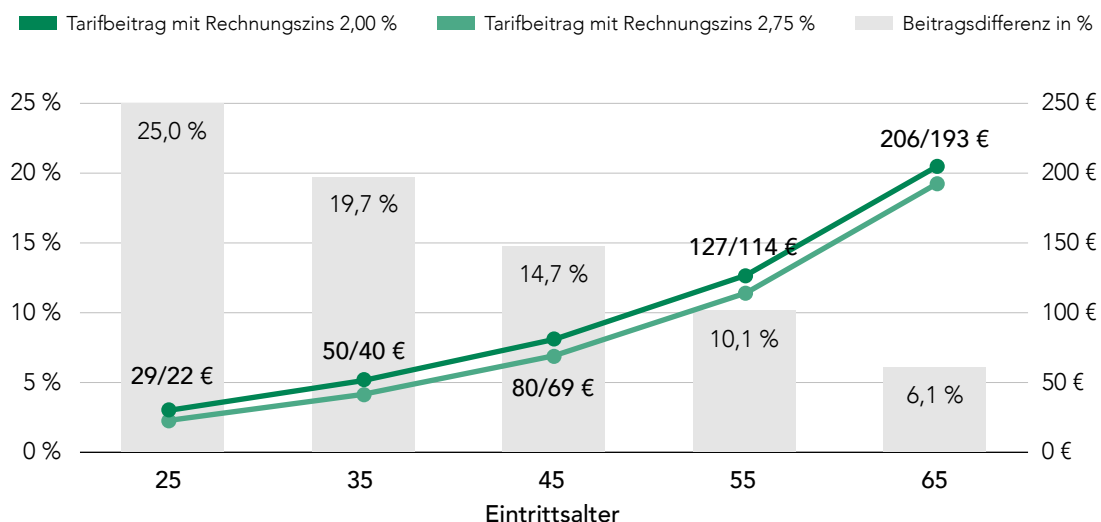
Einfluss der Zinsen auf die Beiträge

Bei der Bewertung von geeigneten Versicherungslösungen zur Abdeckung des Pflege­risikos liegt der Fokus häufig auf dem Preis für die Geldleistung. Auch unsere Unter­suchung legt über den Prämienvergleich nahe, dass der günstige Pflegezusatztarif die vermeintlich vorteilhafteste Wahl ist. Hier gilt es jedoch zu beachten, dass die Beitragshöhe von Kranken- und Pflegeversicherungstarifen grundsätzlich immer nur eine Momentauf­nahme ist, die sich infolge von Anpassungen im Zeitablauf ändern kann. Dem Beitrag für Pflegezusatzversicherungen liegen bei den meisten Versicherern vor allem Kalkulations­annahmen zu Grunde, die auf allgemeinen Werten basieren (z. B. Verbandsstatistiken). In detaillierteren Tarifanalysen konnten wir feststellen, dass in der Kalkulation Gestaltungs­spielräume existieren, die zu Preisunterschieden führen. Vor Vertragsabschluss empfiehlt es sich, danach zu fragen, inwieweit der Tarifbeitrag bereits an das niedrigere Zinsniveau und die gestiegenen Leistungsausgaben angepasst ist. Ansonsten kann die anfängliche Freude über einen Preisvorteil in den Folgejahren enttäuscht werden.

Einen wesentlichen Einflussfaktor auf die Höhe des Beitrags stellt der unternehmens­individuelle Rechnungszins dar. In den Beiträgen der Pflegetagegeldversicherung ist ein hoher Sparanteil enthalten, der kalkulatorisch über die gesamte Laufzeit mit dem angesetzten Satz verzinst wird. Je höher der Zins kalkuliert ist, desto geringer fällt der erforderliche Beitrag aus. Die Niedrigzinsphase der letzten Jahre hat sich hier aber bemerk­bar gemacht. Einige Versicherer mussten ihre Beiträge in der Pflegetagegeldversicherung mittels Rechnungszinssenkungen auf unter 2 % deutlich anpassen.

Bereits um einen halben Prozentpunkt abweichende Rechnungszinssätze haben in der Regel Beitragsunterschiede von weit mehr als 10 % zur Folge. Mit der Anpassung des Beitrags an ein neues Zinsniveau ist dieses dann aber auch lebenslänglich eingepreist.

Einfluss des Rechnungszinses auf den Beitrag in der Pflegetagegeldversicherung



Quelle: Assekurata

Wie das vorherige Rechenbeispiel zeigt, müsste eine 25-jährige Person in ein und demselben Pflagegeldtarif bei einem Rechnungszins von 2,00 % 25 % bzw. 7 € mehr bezahlen als bei dem mit Einführung der Unisextarifierung marktweit etablierten Zinssatz von 2,75 %.

Bei einer 65-jährigen Person würde sich die Prämie bei 2,00 % Rechnungszins um rund 6 % verteuern, der Beitragsunterschied läge dann bei 13 €.

In unserem Beispieltarif ergäbe sich über die gesamte Vertragslaufzeit eine deutliche Mehrbelastung von mehreren Tausend Euro, die einer fortdauernden Niedrigzinsphase geschuldet wäre. Durch die zuletzt steigenden Zinsen ist indes zu erwarten, dass der Druck in diesem Bereich in den nächsten Jahren nachlässt. Sollten die höheren Zinsen von Dauer sein, so könnte dies vielmehr dazu führen, dass die Unternehmen die Beiträge mittels einer Anhebung des Rechnungszinses auch wieder senken. Hier eine allgemeingültige Annahme zu treffen ist unmöglich, weshalb wir diesen Aspekt in unseren Berechnungen nicht berücksichtigen.

Beitragserhöhungen auch durch gesetzliche Änderungen

Auch Leistungsausweitungen wie zum Beispiel durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) machen sich durch entsprechende Beitragsanpassungen bemerkbar. In der Pflegekostenversicherung hängen die Leistungen bei den Aufstockungstarifen von der Entwicklung der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung ab.

Mit dem PSG II, wodurch nicht nur die Leistungen durchgehend angehoben wurden, sondern auch mehr Menschen als früher anspruchsberechtigt sind, erhöhten sich 2017 nicht nur die Beiträge in der Pflegepflichtversicherung, sondern auch in der Pflegekosten- und Pflagegeldversicherung. Die vorliegenden Verbandsstatistiken zeigten in den Jahren nach der Reform eine deutliche Zunahme der Pflegedauer und Leistungen über alle Pflegegrade. So stieg die Zahl der Leistungsempfänger von 2017 bis 2022 um 58 % von 3,3 Millionen auf rund 5,2 Millionen und die Leistungsausgaben nahmen um rund 59 % von 36,8 Mrd. € auf 58,6 Mrd. € zu.³⁰

Diese Entwicklung ist ganz wesentlich auf das PSG II und den neuen Pflegebegriff zurückzuführen und hat zur Folge, dass viele Anbieter seit 2017 die Beiträge weiter erhöhen mussten – zum Teil auch mehrfach. In Verbindung mit einer Absenkung des Rechnungszinses kam es hier in den vergangenen Jahren mitunter zu hohen prozentualen Beitragssteigerungen. Dies gilt vor allem für bereits bestehende Verträge, die noch vor 2013 mit einem Rechnungszins von 3,5 % abgeschlossen wurden. Aber auch Unisextarife im Neugeschäft waren betroffen, was bei Kunden und Vermittlern für Verunsicherung gesorgt hat.

Vermittler und Verbraucher sollten sich aber von Beitragsanpassungen nicht verunsichern lassen und die bestehende Pflagegeldversicherung nicht vorschnell kündigen oder den Anbieter wechseln. Zum einen gehen durch einen Unternehmenswechsel sämtliche bereits angesparte Alterungsrückstellungen verloren. Des Weiteren ist der Kunde auch beim neuen, vermeintlich günstigeren Anbieter nicht vor einer Beitragsanpassung gefeit, falls dieser gegebenenfalls den Rechnungszins erst noch absenken muss. Sofern die

³⁰ Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Dezember_2023.pdf, aufgerufen am 09.02.2024 in Verbindung mit Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.; Zahlenbericht 2017; S. 53 sowie Zahlenbericht 2022, S. 10

Beitragslast infolge einer Beitragsanpassung zu hoch wird, empfiehlt es sich, den Versicherungsschutz zu reduzieren, um das ursprüngliche Beitragsniveau zu halten, anstatt den Anbieter zu wechseln.

Zwischenfazit

- Die Niedrigzinsphase hat sich besonders in der zinssensitiven Pflegezusatzversicherung bemerkbar gemacht. Mit Blick auf die absoluten Zahlen bewegen sich die zinsbedingten Prämienanpassungen im niedrigen zweistelligen Eurobereich.
- Beitragsanpassungen kalkulieren das niedrigere Zinsniveau immer mit Blick auf die gesamte Vertragslaufzeit bis zum Lebensende ein. Bei steigenden Zinsen muss der Beitrag entsprechend gesenkt werden. Die aktuelle Zinsentwicklung kann in diesem Bereich für Entspannung sorgen.
- Vor Versicherungsabschluss ist es sinnvoll, nachzufragen, inwieweit der Tarifbeitrag bereits an das niedrigere Zinsniveau und die gestiegenen Leistungsausgaben angepasst ist.
- Vermittler und Versicherte sollten sich durch Beitragsanpassungen nicht zu einem voreiligen Anbieterwechsel bewegen lassen. Da die Rechnungszinsen der einzelnen Pflegeergänzungstarife nicht bekannt sind, unterliegt der Kunde auch beim neuen, vermeintlich günstigeren Anbieter einem Anpassungsrisiko, das in der aktuellen Zinssituation allerdings sinken sollte.
- Bei einer zu hohen Beitragsbelastung bietet sich alternativ zu einer Kündigung an, den Versicherungsschutz zu reduzieren. Dies ist in der ungeförderten Pflegetagegeldversicherung und den Aufstockungstarifen der Pflegekostenversicherung möglich.

Fazit

Umfragen zeigen, dass Verbrauchern die Kostenrisiken von Pflegebedürftigkeit zwar sehr bewusst sind, zugleich aber prüfen nur wenige die Möglichkeiten der Pflegevorsorge über Pflegezusatzversicherungen, weil sie unterstellen, dass die dafür notwendigen Beiträge sie finanziell überfordern könnten.

Trotz der jüngsten Beitragsanpassungen dürfte diese Sorge in den meisten Fällen nach wie vor unbegründet sein. Unsere Marktanalyse belegt, dass sich der Eigenanteil an den Pflegekosten – die sogenannte Pflegelücke – zu niedrigeren Prämien absichern lässt als gemeinhin angenommen. Dabei gilt: Je früher eine Pflegezusatzversicherung abgeschlossen wird, desto besser. Zum einen sinkt damit das Risiko von Vorerkrankungen, die einen Vertragsabschluss erschweren (Risikozuschlag) oder gar verhindern können. Zum anderen sind die Ausgaben – sowohl in Bezug auf den Monatsbeitrag als auch über die gesamte Vertragslaufzeit hinweg gesehen – geringer. So kann ein 25-Jähriger bereits zu einem Monatsbeitrag ab 46 € eine Pflegetagegeldversicherung abschließen, die sein Budget bei ambulanter Pflege nahezu verdoppelt und die derzeitige durchschnittliche Pflegelücke von 2.800 € bei stationärer Pflege komplett schließt. Selbst im Alter von 55 Jahren ist dieses Absicherungsniveau noch für 162 € pro Monat zu haben.

Die Pflegelücke schwankt allerdings von Bundesland zu Bundesland erheblich und variiert von durchschnittlich zwischen 2.251 € in Sachsen-Anhalt und 3.229 € in Baden-Württemberg. Bei ambulanter Fachpflege beträgt sie nach unseren Berechnungen im Bundesdurchschnitt je nach Pflegegrad zwischen 375 € und 2.100 €. Eine Übersicht je Bundesland findet sich im Anhang.

Die individuelle Pflegelücke – und damit der individuelle Versicherungsbedarf – hängt neben den regionalen von weiteren Faktoren ab. Wichtig ist hier insbesondere die Frage, ob im Pflegefall neben dem (Renten-)Einkommen weitere finanzielle Mittel vorhanden sind, die für eine eventuelle Pflege eingesetzt werden können oder sollen. Sind diese vorhanden und lassen sich damit die Kosten für Unterkunft und Verpflegung decken, so kann sich die Versicherung auf die rein pflegebedingten Kosten (EEE) konzentrieren. In diesem Fall reduziert sich die zu versichernde aktuelle Pflegelücke im Bundesdurchschnitt auf gut 1.400 €. Hierfür ist eine Pflegetagegeldversicherung für einen 25-Jährigen schon ab 23 € und mit Eintrittsalter 55 für 81 € zu haben. Daher ist eine genaue Bedarfsermittlung vor Vertragsabschluss sehr wichtig. Insbesondere die bevorzugte Art und Weise der Pflege (zu Hause oder in einer stationären Einrichtung) ist von Bedeutung. Je nach Wunsch kann es bei Abschluss einer Pflegezusatzversicherung dann auch von Vorteil sein, eine bereits in den unteren Pflegegraden höhere Absicherung im häuslichen ambulanten Bereich zu wählen, auch wenn die Kosten hierfür höher sind.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die PKV-Unternehmen individuell bedarfsgerechte Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherungen anbieten, mit denen eine Vollabsicherung für den Pflegefall zu bezahlbaren Preisen möglich ist.

Am vorteilhaftesten, weil am flexibelsten, erscheint dabei die Pflegetagegeldversicherung. Zudem bietet dieses Produkt die Möglichkeit der Dynamisierung, so dass auch Jahrzehnte später, wenn eventuell der Pflegefall eintritt, eine annähernde Bedarfsdeckung möglich ist. Die regelmäßige Anpassung des Pflegetagegelds über die Dynamik sollte während des Erwerbslebens genutzt werden, um die Kaufkraft des Pflegetagegeldes zu erhalten. Da die Dynamik ihren Preis in Form steigender Prämien hat, ist im Rentenalter, wenn sich die laufenden Einkünfte reduzieren, eine Aussetzung der Dynamik zu prüfen. Auch wenn

die Entwicklung der Pflegekosten nur schwer vorhergesehen werden kann, bietet aktuell kein Tarif am Markt die Möglichkeit an, die Dynamik individuell anzupassen und somit auf Änderungen in der Pflegeinflation zu reagieren.

Die Einführung des § 43 c SGB XI mit prozentualen Zuschüssen zu den pflegebedingten Eigenanteilen im stationären Bereich in Abhängigkeit von der Pflegedauer hat die Entscheidung über ein angemessenes Pflegemontatsgeld komplizierter gemacht. Es darf aber bei der Vorsorgeentscheidung als gesichert gelten, dass die stationären Kosten für Unterbringung, Verpflegung und Investitionen allein weiter steigen werden und dass im bevorstehenden demografischen Wandel in der gesetzlichen Pflegeversicherung beitragsrelevante Leistungsverbesserungen wie in der Vergangenheit nicht mehr möglich sein werden – weder stationär noch ambulant. Umso wichtiger ist und bleibt eine bewusste Entscheidung über die spezifische Pflegevorsorge mittels Versicherungslösungen unter Berücksichtigung der individuellen Faktoren wie Lebenssituation, Vermögen und Einkommen. Im Einzelfall können dann auch die Pflegekostenversicherung oder die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“) eine bedarfsgerechte Absicherung darstellen.

Am Ende empfiehlt es sich, nicht nur bei der Bedarfsermittlung, sondern auch bei der konkreten Produktauswahl fachkundige Beratung in Anspruch zu nehmen. Denn die Ursachen für Beitragsunterschiede sind vor allen Dingen im Leistungsversprechen der Tarife zu suchen. Daher gilt es auch beim Abschluss von Pflegezusatzversicherungen nicht nur auf den Preis, sondern auch auf die Bedingungen zu achten. Aufgrund der hohen Zinsabhängigkeit des Beitrags sollte bei der Suche nach der passenden Pflegezusatzversicherung auch die Qualität des Anbieters, hier speziell der Kapitalanlageerfolg, kritisch beleuchtet werden.

Auswertung der Ergebnisse nach Bundesländern

Aufgrund der stark differierenden Pflegekosten nach Bundesländern entsteht für die jeweiligen Personen je nach Wohnort ein unterschiedlicher Bedarf an privater Vorsorge, um die Pflegelücke zu schließen. Aus diesem Grunde werden die obigen Berechnungen in der Folge anhand der durchschnittlichen Pflegekosten angepasst und ausgewertet.³¹ Als Basis dient bei den Berechnungen dabei immer die durchschnittlich bestehende Pflegelücke des jeweiligen Bundeslandes und somit analog den vorherigen Berechnungen die Vorgabe bei den Pflegetagegeldtarifen eine Leistung in dieser Höhe bei stationärer Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5 zu leisten. Die Leistungen für den jeweiligen Tarif ergeben sich nach der untenstehenden Tabelle, abhängig von der Höhe des Pflegegrades und Art der Pflege (häusliche Pflege oder vollstationäre Pflege):

| Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung in % | | | | |
|--|--|---------------|---------------|---------------|
| Pflegegrad | Häusliche Pflege / vollstationäre Pflege | | | |
| | Tarif A | Tarif B | Tarif C | Tarif D |
| 1 | 20 % / 20 % | 20 % / 20 % | 10 % / 10 % | 100 % / 100 % |
| 2 | 30 % / 100 % | 65 % / 100 % | 30 % / 100 % | 100 % / 100 % |
| 3 | 50 % / 100 % | 75 % / 100 % | 70 % / 100 % | 100 % / 100 % |
| 4 | 80 % / 100 % | 90 % / 100 % | 100 % / 100 % | 100 % / 100 % |
| 5 | 100 % / 100 % | 100 % / 100 % | 100 % / 100 % | 100 % / 100 % |

Somit kann die Analyse individuell nach Wohnort genauer betrachtet werden.

31 Als Datenquelle dient die PKV-Pflegedatenbank (gewichtet nach Bettenanzahl).

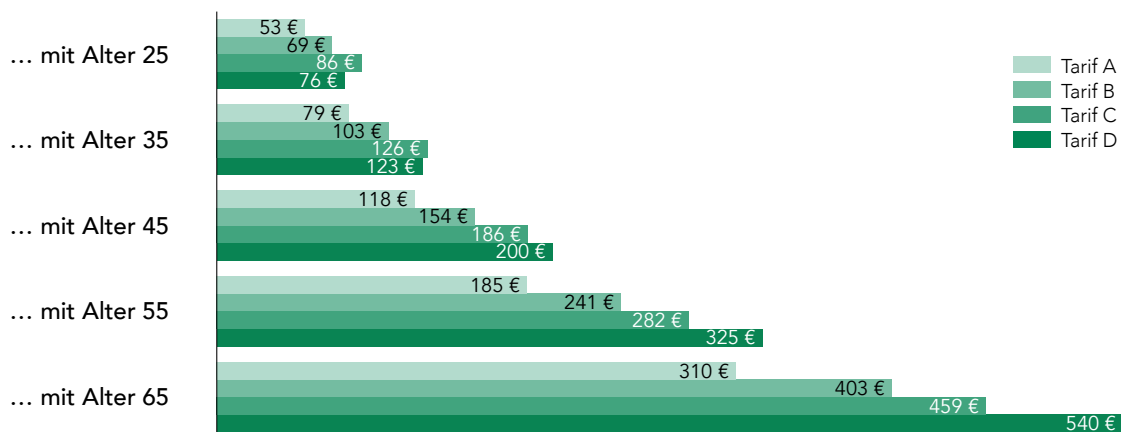
Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.794 €³². Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 988 € sowie die Investitionskosten von 447 €.³³ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.229 € und liegen damit 423 € bzw. 15,1 % über dem Bundesdurchschnitt.

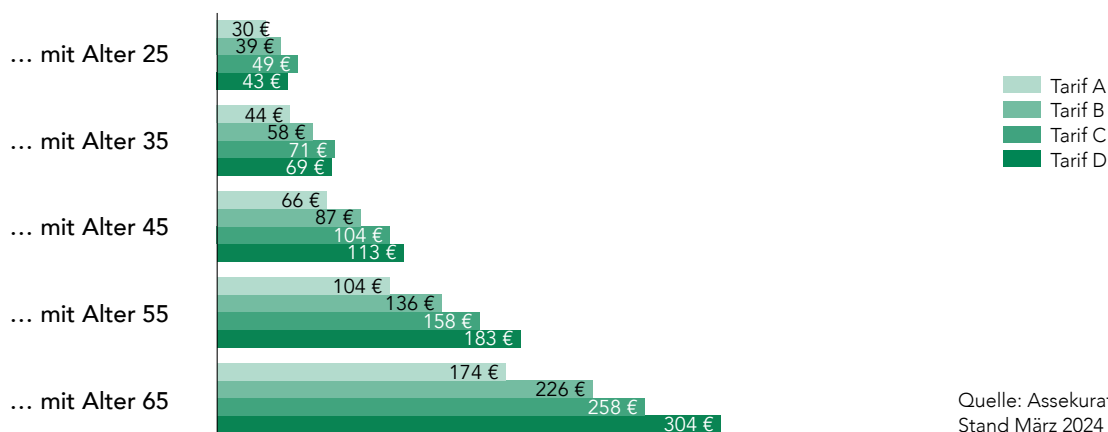
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 3.200 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.800 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Baden-Württemberg für eine 25-jährige Person bereits ab 53 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 30 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 79 € bzw. 44 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 185 € bzw. 104 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.200 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.800 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

32 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

33 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

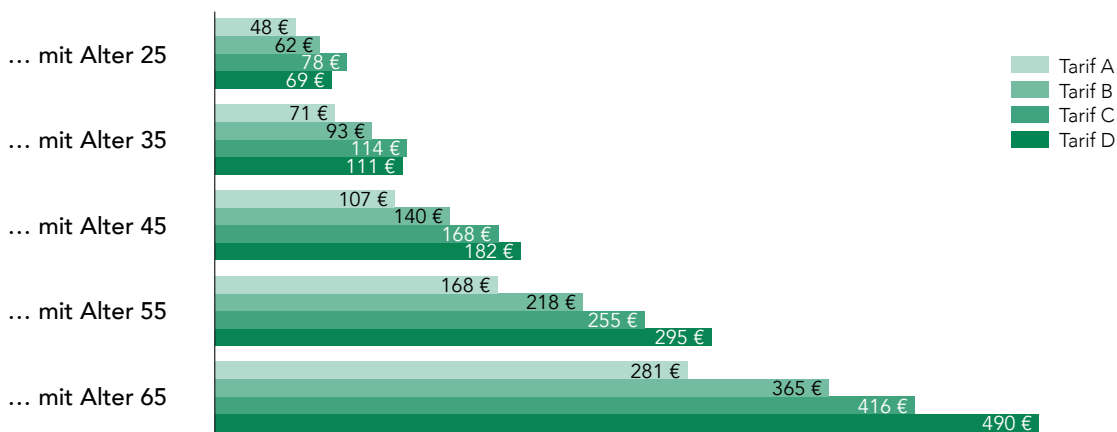
Bayern

In Bayern belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.599 €³⁴. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 823 € sowie die Investitionskosten von 438 €.³⁵ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.860 € und liegen damit 54 € bzw. 1,9 % über dem Bundesdurchschnitt.

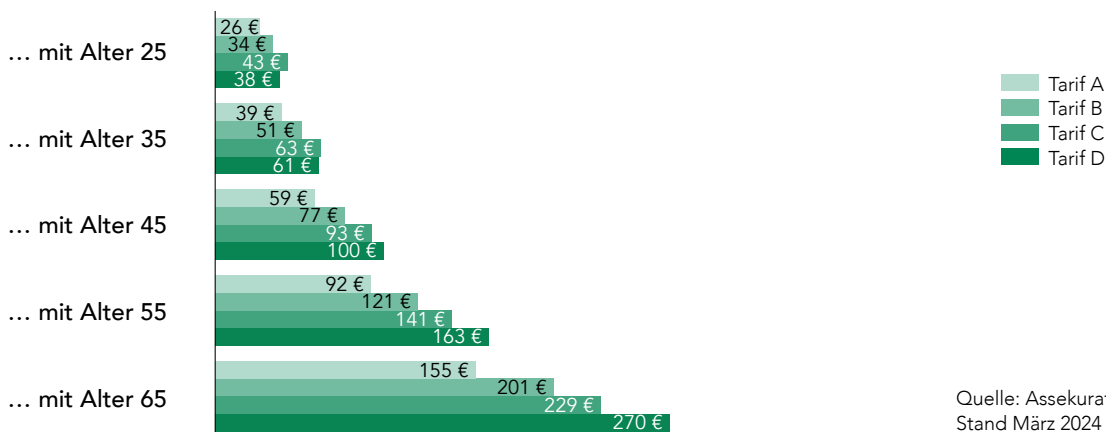
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.900 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.600 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Bayern für eine 25-jährige Person bereits ab 48 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 26 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 71 € bzw. 39 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 168 € bzw. 92 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.900 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.600 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

34 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

35 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

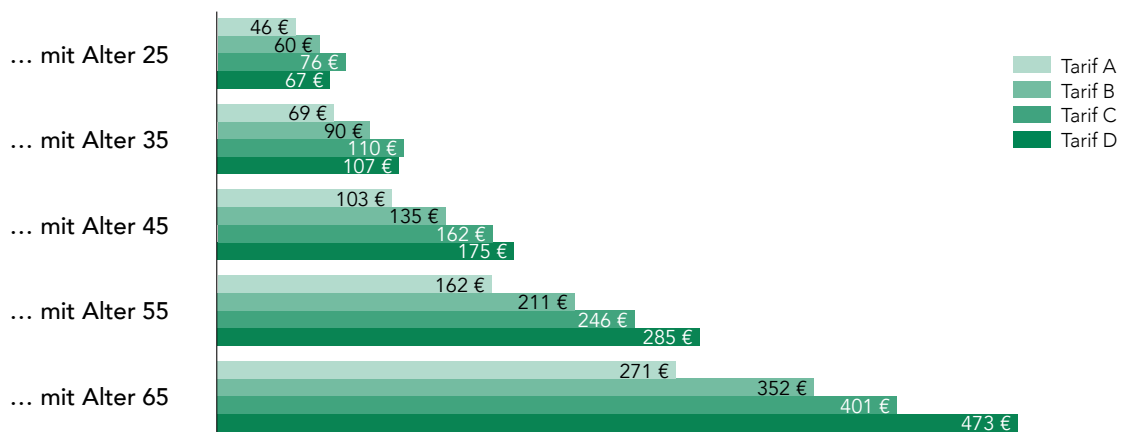
Berlin

In Berlin belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.690 €³⁶. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 881 € sowie die Investitionskosten von 390 €.³⁷ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.810 € und liegen damit auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts.

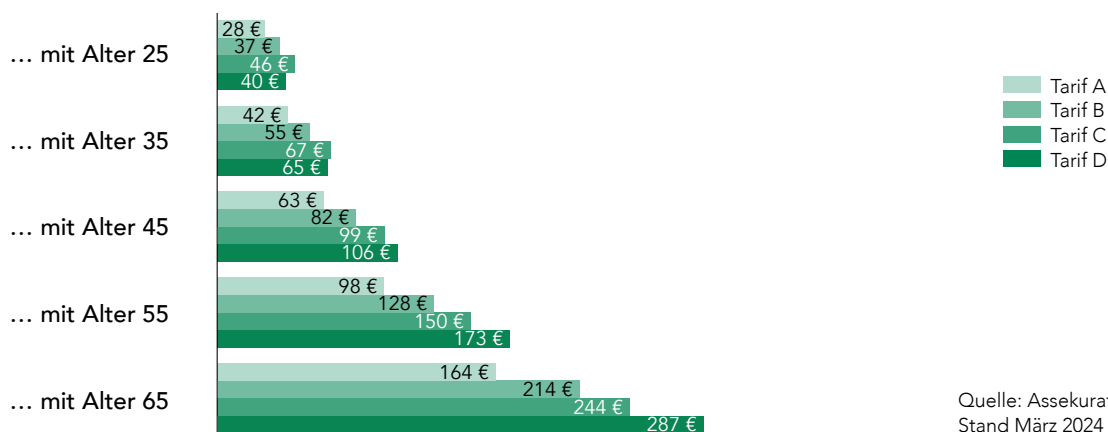
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.800 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.700 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Berlin für eine 25-jährige Person bereits ab 46 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 28 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 69 € bzw. 42 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 162 € bzw. 98 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.800 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.700 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

36 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

37 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

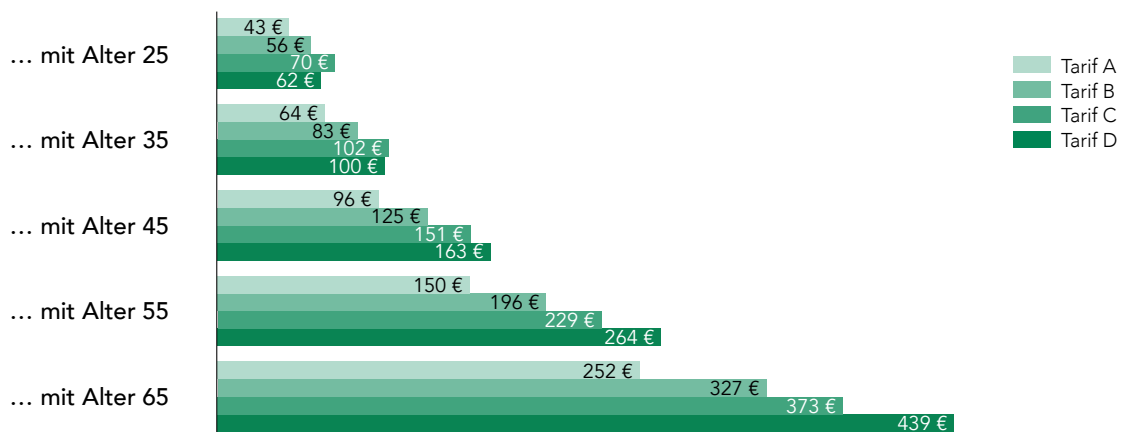
Brandenburg

In Brandenburg belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.433 €³⁸. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 796 € sowie die Investitionskosten von 356 €.³⁹ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.585 € und liegen damit 221 € bzw. 7,9 % unter dem Bundesdurchschnitt.

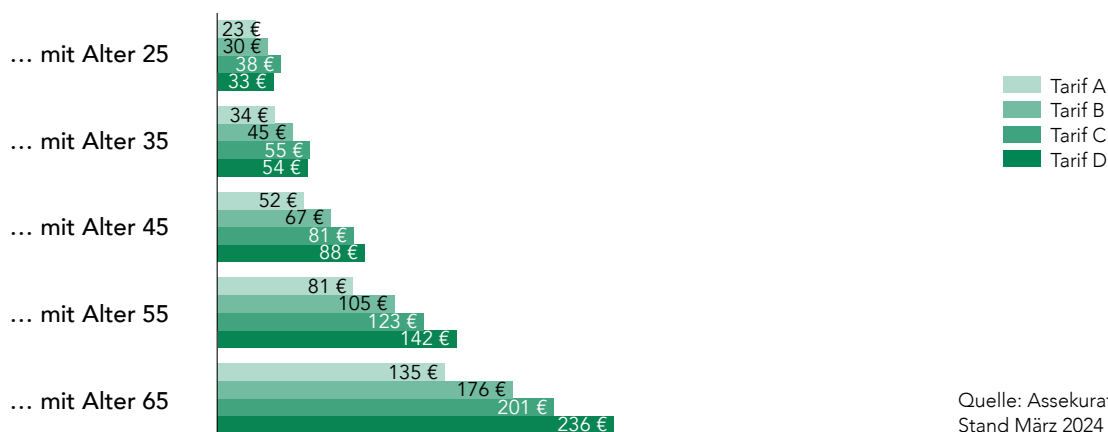
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.600 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.400 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Brandenburg für eine 25-jährige Person bereits ab 43 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 23 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 64 € bzw. 34 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 150 € bzw. 81 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.600 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.400 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

38 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

39 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

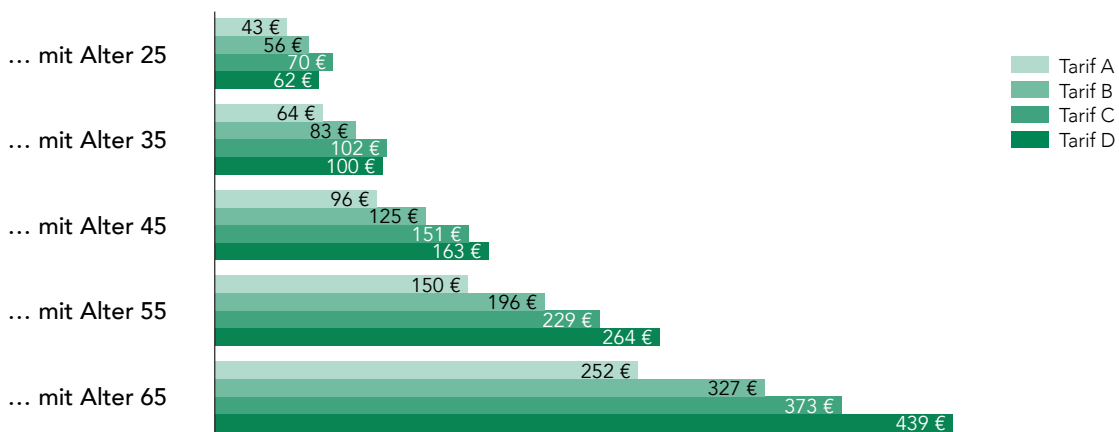
Bremen

In Bremen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.087 €⁴⁰. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 917 € sowie die Investitionskosten von 549 €.⁴¹ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.553 € und liegen damit 253 € bzw. 9,0 % unter dem Bundesdurchschnitt.

Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.600 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.100 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Bremen für eine 25-jährige Person bereits ab 43 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 18 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 64 € bzw. 27 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 150 € bzw. 64 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.600 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.100 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

40 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

41 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

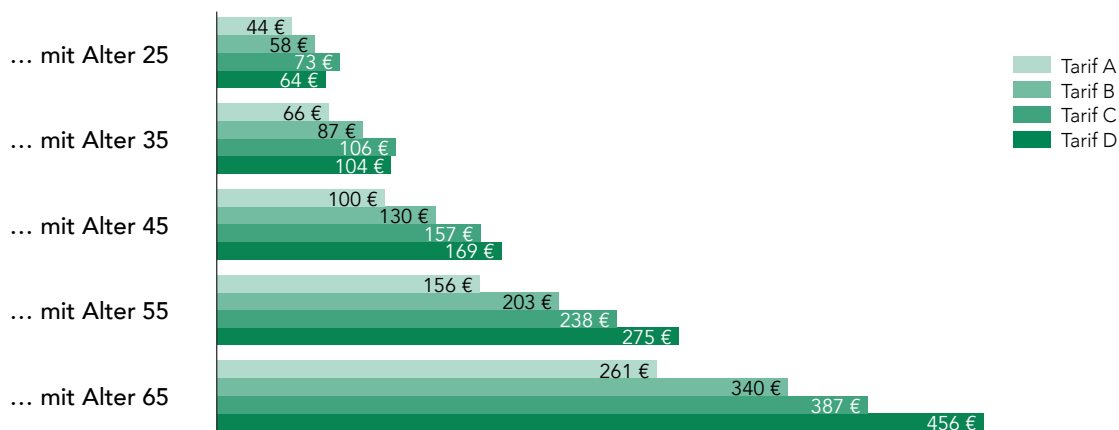
Hamburg

In Hamburg belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.250 €⁴². Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 888 € sowie die Investitionskosten von 567 €.⁴³ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.704 € und liegen damit 102 € bzw. 3,6 % unter dem Bundesdurchschnitt.

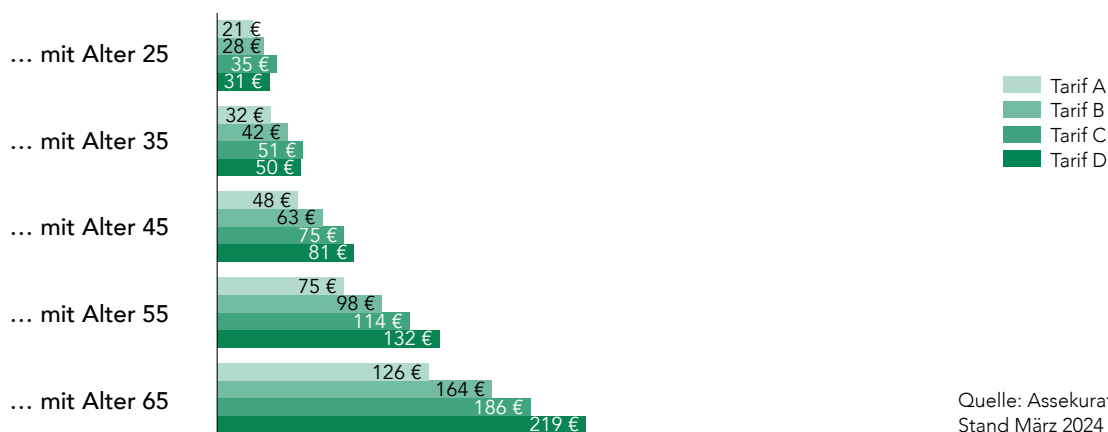
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.700 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.300 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Hamburg für eine 25-jährige Person bereits ab 44 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 21 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 66 € bzw. 87 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 156 € bzw. 203 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.700 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.300 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata,
Stand März 2024

42 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

43 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

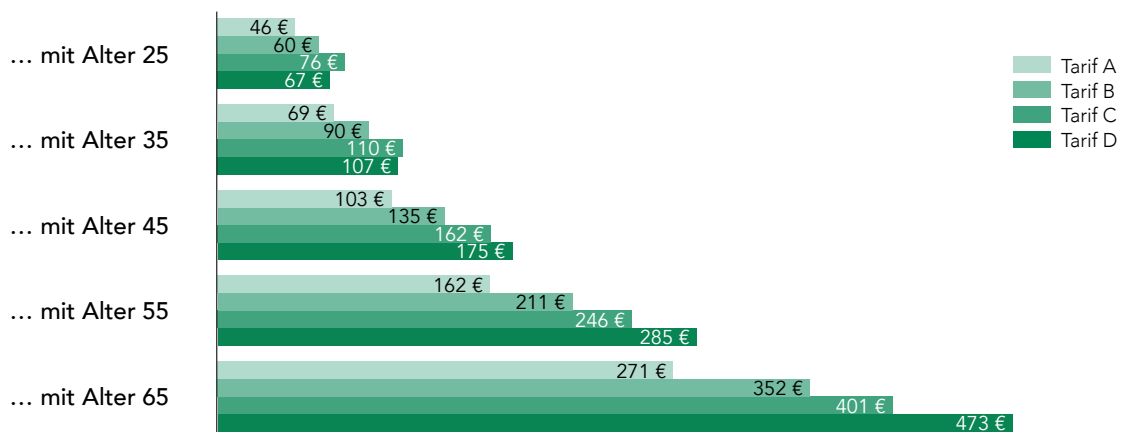
Hessen

In Hessen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.492 €⁴⁴. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 821 € sowie die Investitionskosten von 515 €.⁴⁵ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.827 € und liegen auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts.

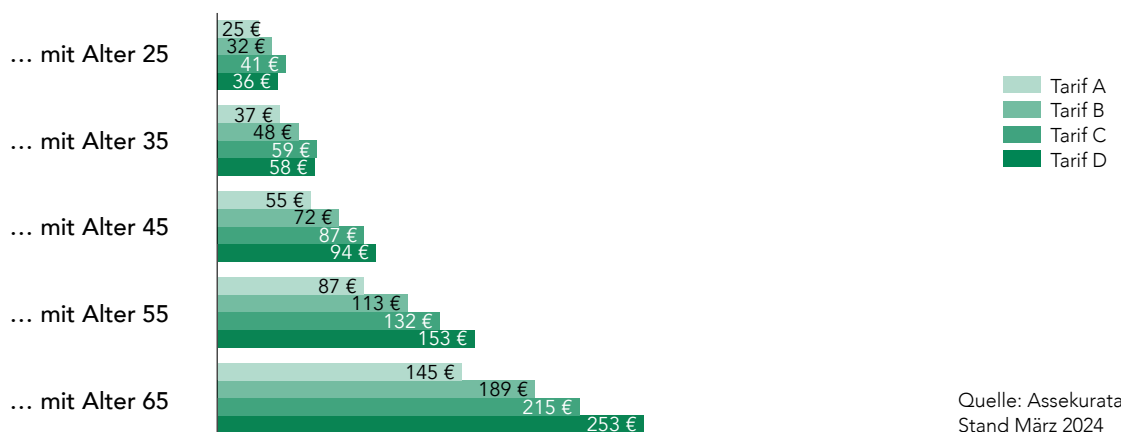
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.800 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.500 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Hessen für eine 25-jährige Person bereits ab 46 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 25 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 69 € bzw. 37 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 162 € bzw. 87 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.800 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.500 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

44 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

45 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

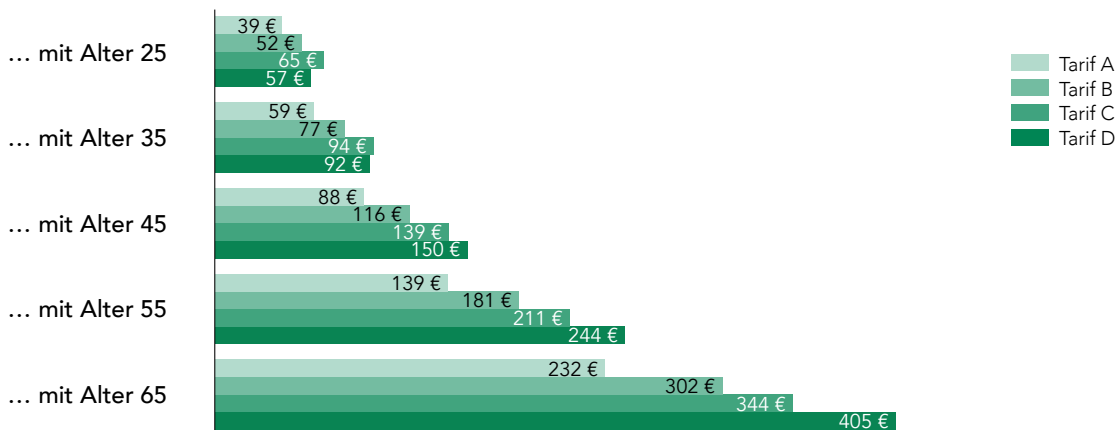
Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.344 €⁴⁶. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 744 € sowie die Investitionskosten von 331 €.⁴⁷ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.419 € und liegen damit 387 € bzw. 13,8 % unter dem Bundesdurchschnitt.

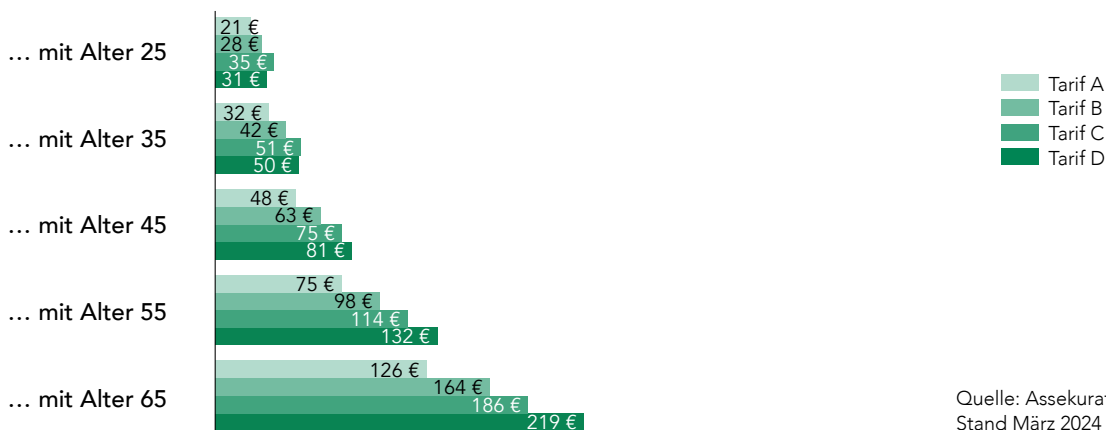
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.400 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.300 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Mecklenburg-Vorpommern für eine 25-jährige Person bereits ab 39 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 21 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 59 € bzw. 32 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 139 € bzw. 75 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.400 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.300 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

46 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

47 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

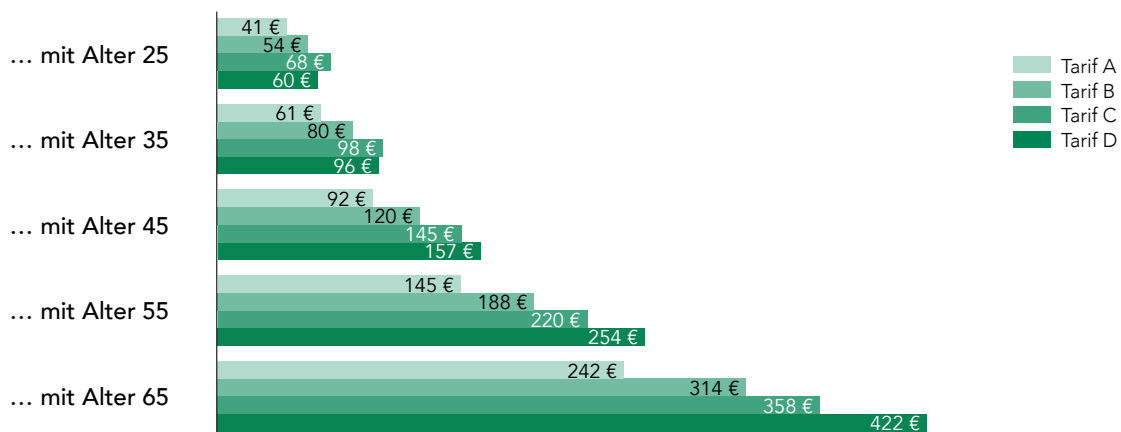
Niedersachsen

In Niedersachsen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.213 €⁴⁸. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 748 € sowie die Investitionskosten von 506 €.⁴⁹ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.467 € und liegen damit 339 € bzw. 12,1 % unter dem Bundesdurchschnitt.

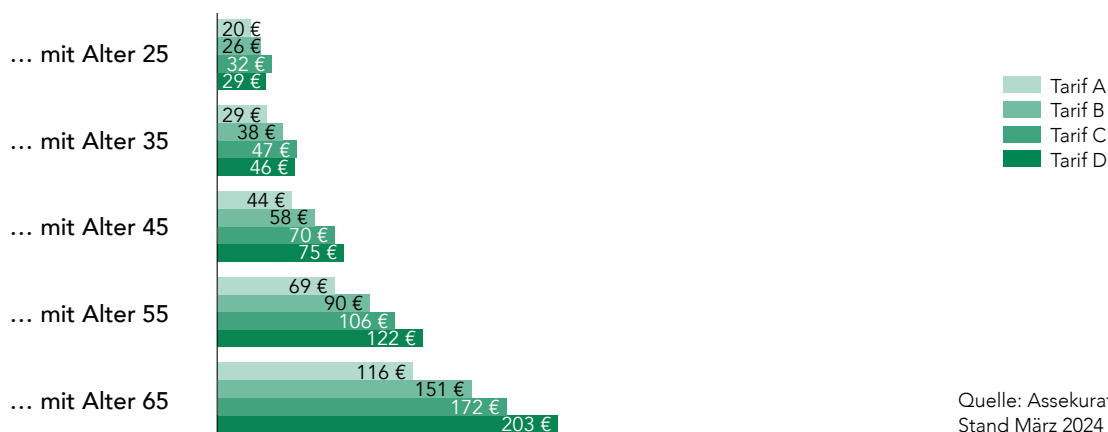
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.500 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.200 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Niedersachsen für eine 25-jährige Person bereits ab 41 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 20 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 61 € bzw. 29 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 145 € bzw. 69 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.500 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.200 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

48 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

49 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

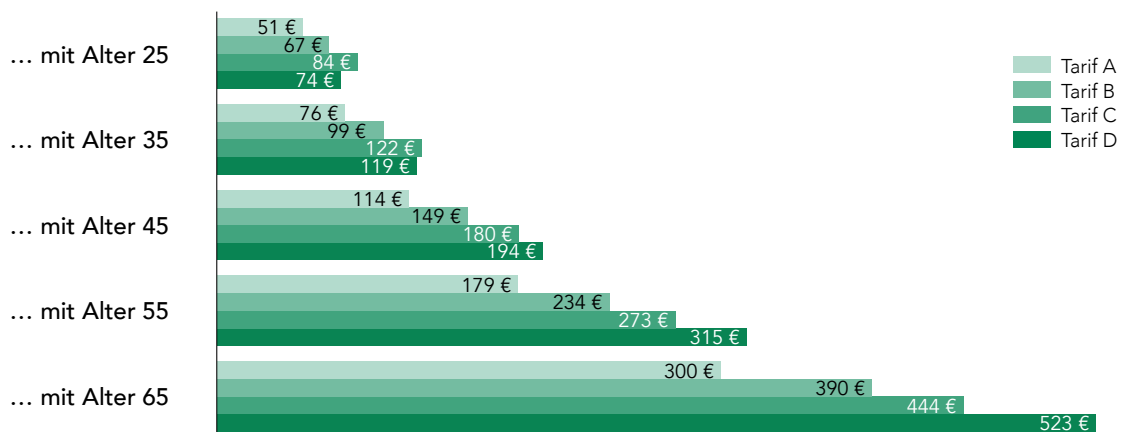
Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.358 €⁵⁰. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.162 € sowie die Investitionskosten von 566 €.⁵¹ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.086 € und liegen damit 279 € bzw. 10,0 % über dem Bundesdurchschnitt.

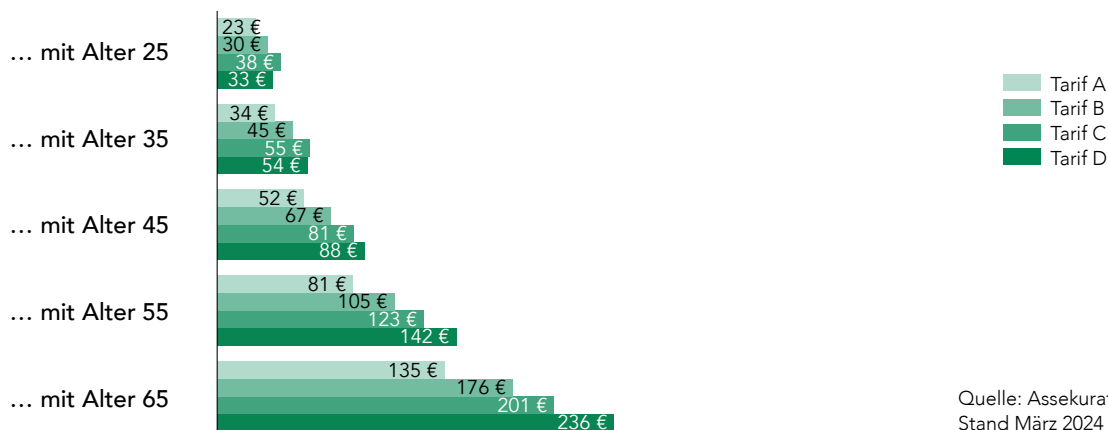
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 3.100 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.400 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Nordrhein-Westfalen für eine 25-jährige Person bereits ab 51 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 23 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 76 € bzw. 34 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 179 € bzw. 81 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.100 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.400 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

50 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

51 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

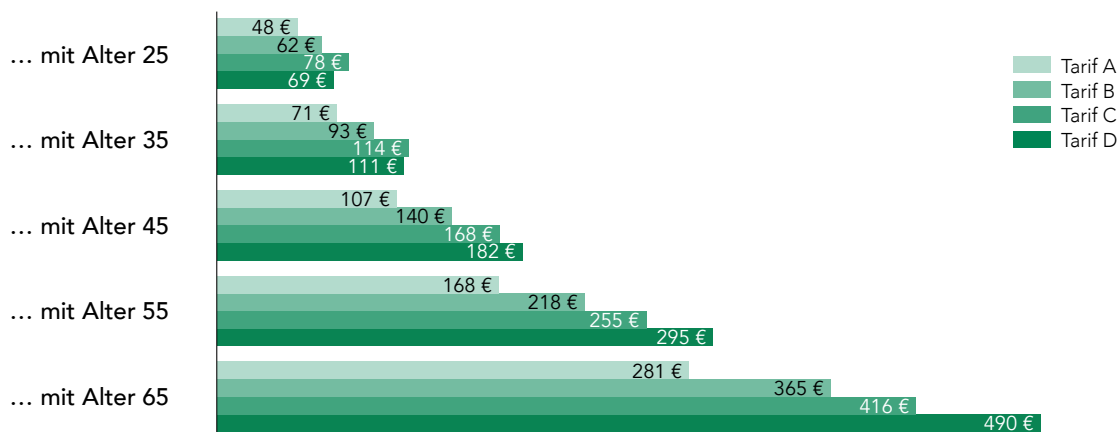
Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.338 €⁵². Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.101 € sowie die Investitionskosten von 449 €.⁵³ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.888 € und liegen damit 82 € bzw. 2,9 % über dem Bundesdurchschnitt.

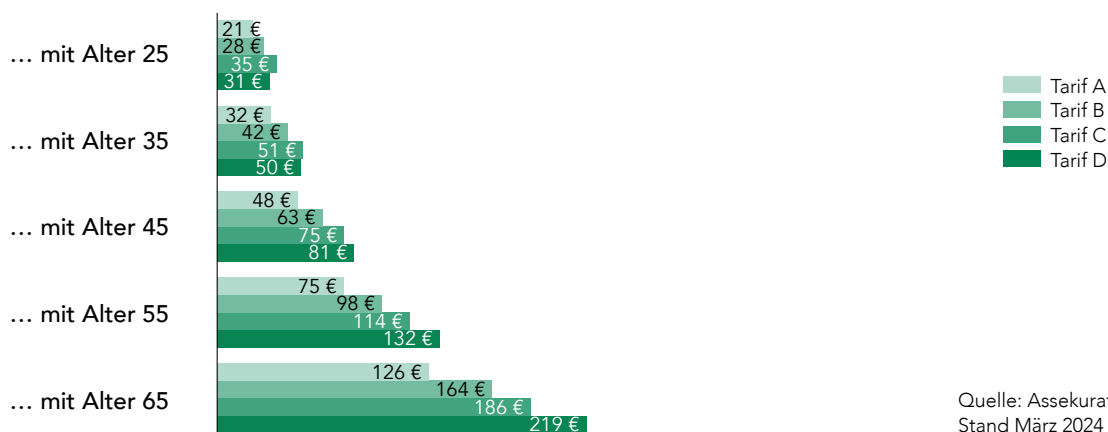
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.900 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.300 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Rheinland-Pfalz für eine 25-jährige Person bereits ab 48 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 21 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 71 € bzw. 32 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 168 € bzw. 75 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.900 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.300 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

52 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

53 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

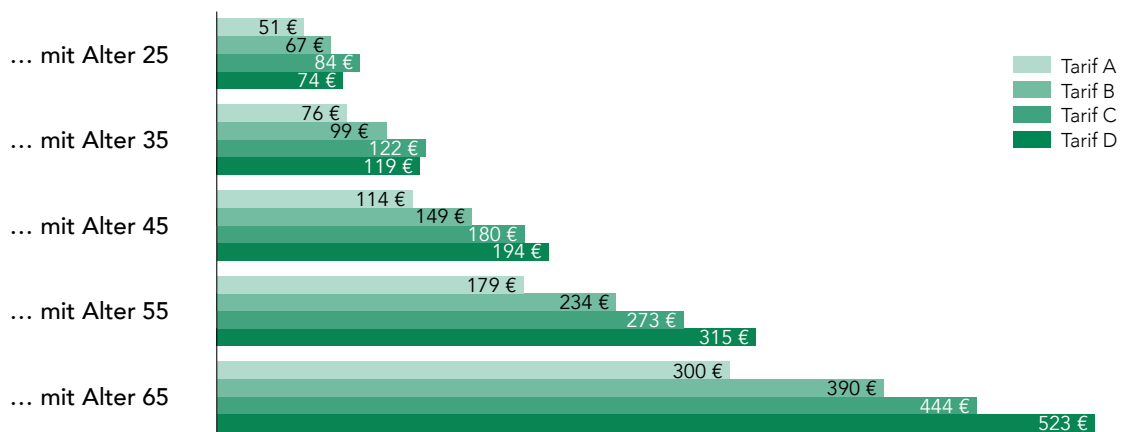
Saarland

Im Saarland belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.539 €⁵⁴. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.071 € sowie die Investitionskosten von 485 €.⁵⁵ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.095 € und liegen damit 289 € bzw. 10,3 % über dem Bundesdurchschnitt.

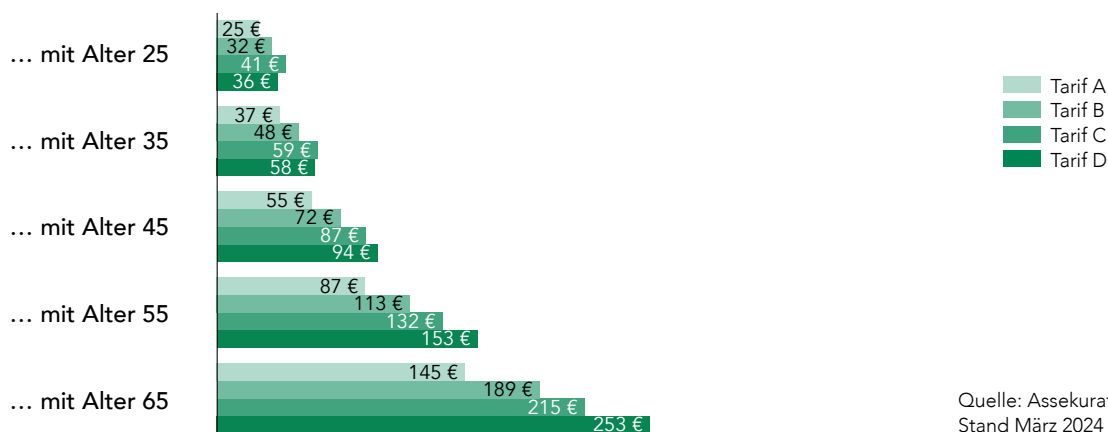
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 3.100 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.500 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke im Saarland für eine 25-jährige Person bereits ab 51 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 25 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 76 € bzw. 37 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 179 € bzw. 87 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.100 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.500 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

54 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

55 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

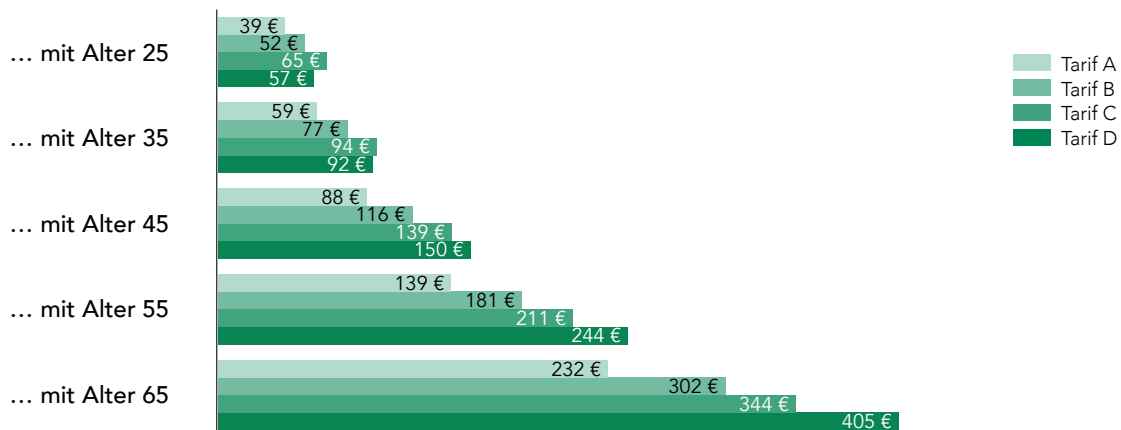
Sachsen

In Sachsen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.339 €⁵⁶. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 723 € sowie die Investitionskosten von 362 €.⁵⁷ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.424 € und liegen damit 382 € bzw. 13,6 % unter dem Bundesdurchschnitt.

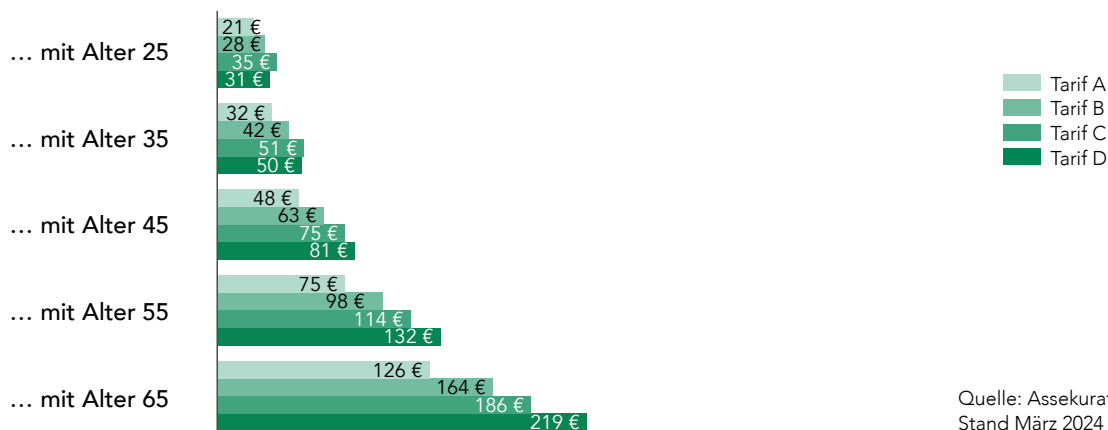
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.400 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.300 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Sachsen für eine 25-jährige Person bereits ab 39 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 21 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 59 € bzw. 32 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 139 € bzw. 75 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.400 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.300 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

56 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

57 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

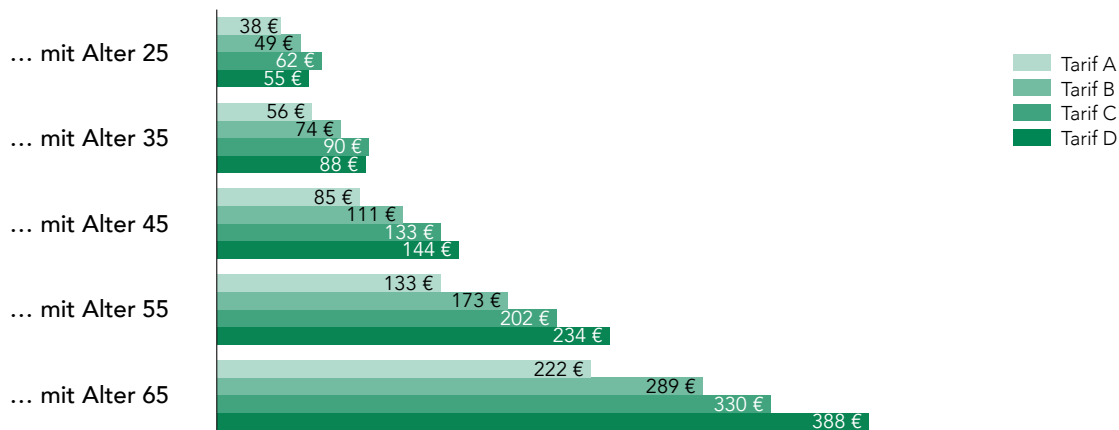
Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.217 €⁵⁸. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 720 € sowie die Investitionskosten von 313 €.⁵⁹ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.251 € und liegen damit 556 € bzw. 19,8 % unter dem Bundesdurchschnitt.

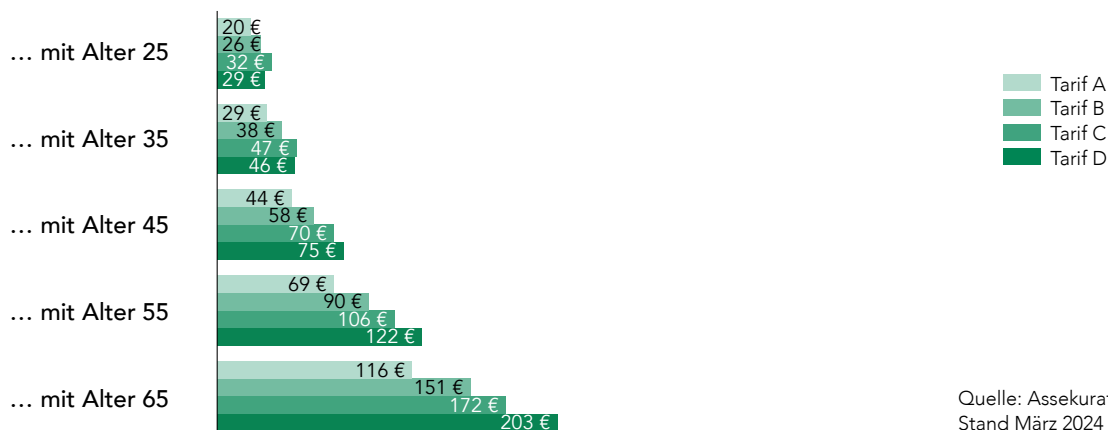
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.300 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.200 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Sachsen-Anhalt für eine 25-jährige Person bereits ab 38 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 20 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 56 € bzw. 29 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 133 € bzw. 69 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.300 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.200 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

58 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

59 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

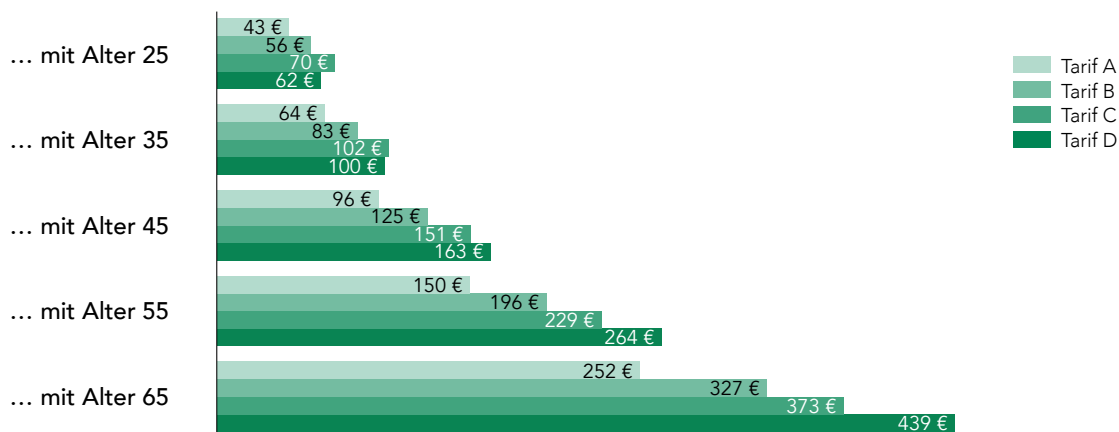
Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.159 €⁶⁰. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 885 € sowie die Investitionskosten von 518 €.⁶¹ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.562 € und liegen damit 244 € bzw. 8,7 % unter dem Bundesdurchschnitt.

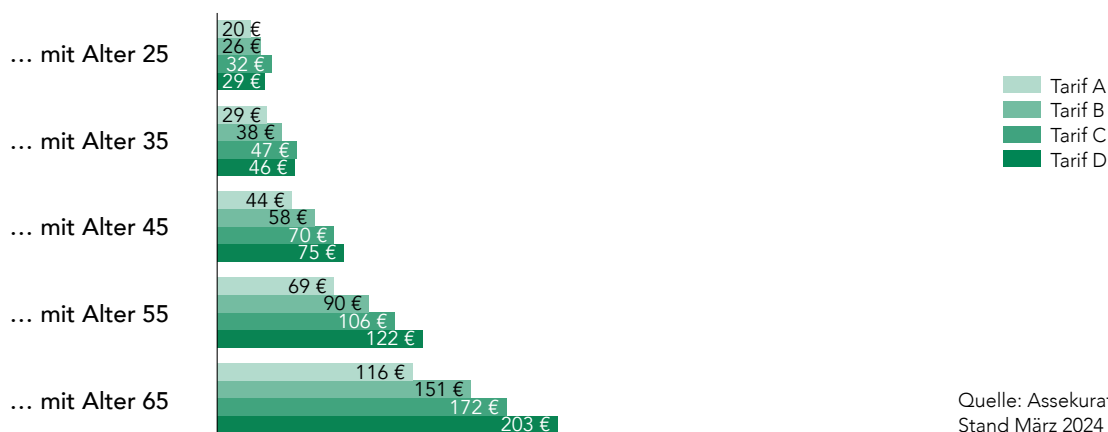
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.600 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.200 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Schleswig-Holstein für eine 25-jährige Person bereits ab 43 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 20 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 64 € bzw. 29 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 150 € bzw. 69 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.600 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.200 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

60 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

61 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

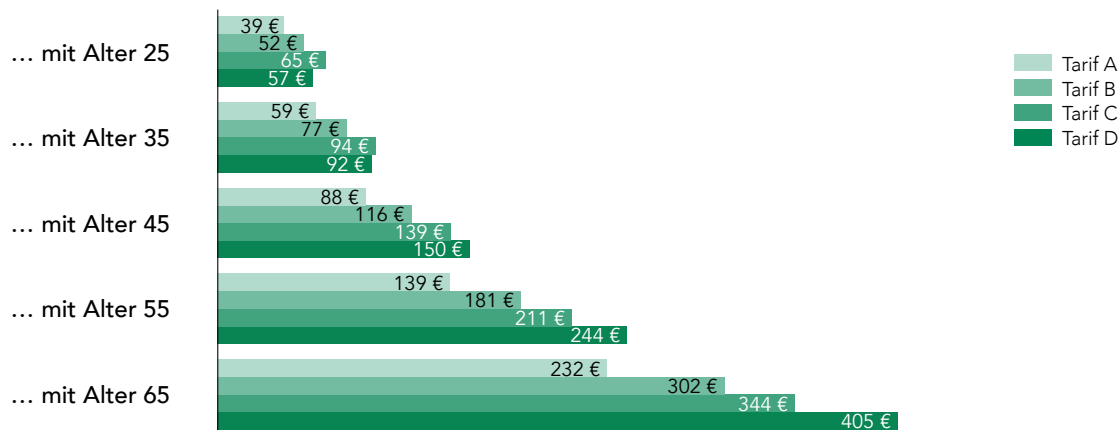
Thüringen

In Thüringen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.267 €⁶². Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 807 € sowie die Investitionskosten von 341 €.⁶³ In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.415 € und liegen damit 391 € bzw. 13,9 % unter dem Bundesdurchschnitt.

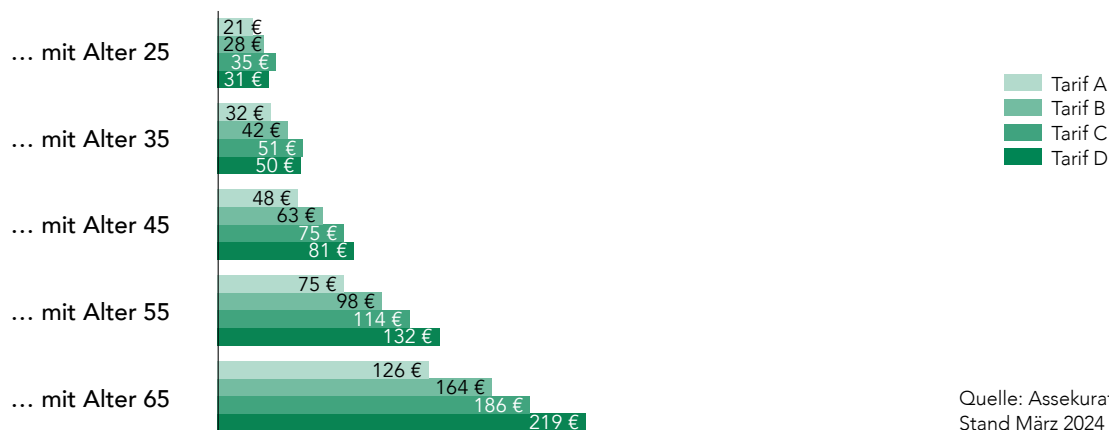
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.400 € für die Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen. Werden nur die pflegebedingten Kosten berücksichtigt, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 1.300 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt, ist die Absicherung der vollen Pflegelücke in Thüringen für eine 25-jährige Person bereits ab 39 € versicherbar. Die rein pflegebedingten Kosten können hier für einen Monatsbeitrag von 21 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 59 € bzw. 32 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 139 € bzw. 75 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (2.400 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.300 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2024

62 Inkl. Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstat. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen

63 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

Kontakt

Alexander Kraus

Fachkoordinator Krankenversicherung

Telefon 0221 27221-43

Fax 0221 27221-77

alexander.kraus@assekurata.de

www.assekurata.de

Russel Kemwa

Pressesprecher

Telefon 0221 27221-38

Fax 0221 27221-77

russel.kemwa@assekurata.de

www.assekurata.de