

ABSICHERUNG IM PFLEGEFALL

Mit der Pflegezusatzversicherung zur Pflegevollversicherung

Köln, April 2022

Inhalt

Zielsetzung	3
Die Versorgungslücke im Pflegefall	4
Sehr hohe Abhängigkeit vom Wohnort	4
Pflegeabsicherung: Mehrere Wege führen zum Ziel	8
Pflegekostentarife.....	9
Pflege-Bahr.....	10
Pflegetagegeld: statisch vs. flexibel.....	11
Wichtige Aspekte bei der Produktauswahl	13
Umfassender Inflationsschutz nur bei Pflegetagegeldversicherungen	13
Frühe Beitragsbefreiung birgt Risiken	14
Ein hohes finanzielles Risiko günstig absichern	15
Beitragshöhe wird deutlich überschätzt – ein früher Abschluss lohnt sich.....	15
Preiswerter als angenommen: Was eine Pflegezusatzversicherung tatsächlich kostet ...	17
„Lohnt“ sich eine Pflegezusatzversicherung?	18
Die kapitalgedeckte Pflege in der Niedrigzinsphase	20
Einfluss der Zinsen auf die Beiträge.....	20
Beitragserhöhungen auch durch gesetzliche Änderungen	21
Fazit	22
Kontakt	23

Zielsetzung

Auch in der neuen Legislaturperiode bleibt das Thema Pflege eine Herausforderung für die neue Bundesregierung. Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ wurde zwar gerade noch im vergangenen Jahr eine neue Pflegereform vom Bundestag beschlossen, die eine Entlastung für Pflegebedürftige darstellt. Der Koalitionsvertrag der ‚Ampel-Koalition‘ stellt diese aber wieder auf den Prüfstand und stellt weitere Leistungsverbesserungen mit Blick auf die steigenden Kosten in der Pflege in Aussicht, wobei Fragen der Finanzierung weitgehend offenbleiben.

Gleichzeitig steigt die Zahl derer, die eine Pflege benötigen weiter an. Waren 2016 deutschlandweit 2,94 Millionen Menschen pflegebedürftig gewesen, betrug die Zahl 2020 bereits 4,57 Millionen, was einen Anstieg von 55 % bedeutet.¹ 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 Prozent und in den östlichen Flächenländern sogar um bis zu 15 Prozent zu rechnen.²

Das Risiko einer Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden finanziellen Belastung ist der Bevölkerung mittlerweile auch bekannt. In einer Allensbach-Untersuchung vom Juni 2019 machten sich 46 % der Befragten Sorgen, im Pflegefall nicht ausreichend abgesichert zu sein. Besonders ausgeprägt war diese Sorge demnach mit 58 % bei Senioren ab dem 60. Lebensjahr.³ 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.

Trotz dieses Unbehagens und der starken (medialen) Aufmerksamkeit, die dem Pflegethema gewidmet wurde, entwickelten sich die Bestandszuwächse in der Pflegezusatzversicherung in den vergangenen Jahren paradoxerweise deutlich rückläufig. Obwohl die Branche im Geschäftsjahr 2020 wieder einen leichten Nettozuwachs verzeichnen konnte, hatten im Ergebnis Ende 2020 erst ca. 5 % bzw. 4,2 Millionen Deutsche⁴ eine zusätzliche Absicherung für den Pflegefall abgeschlossen. Nach aktuellen Angaben des PKV-Verbands erhöhte sich 2022 die Anzahl der Pflegezusatzversicherten (ohne die Pflegerentenversicherungen) um weitere rund 400 Tausend Personen, was unter anderem mit dem Start der betrieblichen Pflegezusatzversicherung „CareFlex Chemie“ zusammenhängen dürfte.

Ein Grund für die Kaufzurückhaltung scheint, dass Verbraucher die finanzielle Belastung einer Pflegezusatzversicherung scheuen. Dies ging ebenfalls aus der 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. Aktuelle Daten des Allensbach-Instituts aus dem Januar 2021 zeigen sogar, dass Verbraucher den Beitrag für eine gute Absicherung im Pflegefall mittlerweile deutlich höher einschätzen als noch 2019. Gleichzeitig zeigt sich eine höhere Zahlungsbereitschaft. Wollten die Befragten 2019 monatlich noch höchstens 77 € für eine Pflegezusatzversicherung bezahlen, waren es 2021 bereits 98 €. ⁵

1 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juni_2021_bf.pdf, aufgerufen am 07.03.2022

2 Vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_459_12411.html, aufgerufen am 21.03.2022

3 Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12004

4 Inkl. Pflegerentenversicherung

5 Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12004, 12029

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 Rechenbeispielen, welche monatlichen Beiträge vonnöten wären, um die derzeit bestehende Pflegelücke mit Hilfe einer Pflegezusatzversicherung zu schließen.

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. Ende 2019 war in Deutschland rund jeder zweite Senior ab 85 Jahren pflegebedürftig.⁶ Dabei stellt die ambulante Pflege den Regelfall dar: Ungefähr 80 % aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause gepflegt, wobei sich fast die Hälfte (45,2 %) davon in Pflegegrad 2 und etwas mehr als ein Viertel (26,9 %) in Pflegegrad 3 befanden.⁷ In einem Pflegeheim waren hingegen lediglich 19,7 % der Leistungsempfänger untergebracht. Von denen befanden sich die meisten in den höheren Pflegegraden 3 (35,1 %) und 4 (31,0 %).

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 Pflegegraden auf die nun gültigen fünf Pflegegrade erst 2017 erfolgte und damit keine ausreichende Historie vorliegt. Laut dem Barmer GEK 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.⁸ Die Vermutung liegt nahe, dass der Hauptteil der Zeit in niedrigeren Pflegegraden verbracht wird.

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

⁶ Laut Statista gab es zum 31. Dezember 2019 in Deutschland 2.386.854 Personen im Alter von 85 Jahren und älter. Davon waren laut dem Bundesministerium für Gesundheit 1.263.827 bzw. 52,9 % pflegebedürftig.

⁷ Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juni_2021_bf.pdf, S. 1f, aufgerufen 10.02.2022

⁸ BARMER-Pflegereport 2021 – Band 32: Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends, S. 96, aufgerufen am 10.02.2022 unter <https://www.barmer.de/blob/361516/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/data/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg.pdf>

Der zu zahlende Eigenanteil, also die Differenz zwischen den tatsächlich entstehenden Kosten und den Leistungen der Pflegepflichtversicherung, wird gemeinhin als Pflegelücke bezeichnet. Dabei werden auch erwachsene Kinder zur Zahlung 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	316 €	704 €	770 €
3	545 €	1.363 €	1.262 €
4	728 €	1.693 €	1.775 €
5	901 €	2.095 €	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.

Seit der Pflegereform 2017 steigt die Pflegelücke bei stationärer Pflege nicht mehr von Pflegegrad zu Pflegegrad, sondern setzt sich nun in den Pflegegraden 2–5 einheitlich zusammen aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) für die pflegebedingten Kosten, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten. Hierdurch zahlen Pflegebedürftige im Pflegegrad 5 genauso viel Eigenanteil zu wie Betroffene im Pflegegrad 2, während die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung mit zunehmendem Pflegegrad steigen.

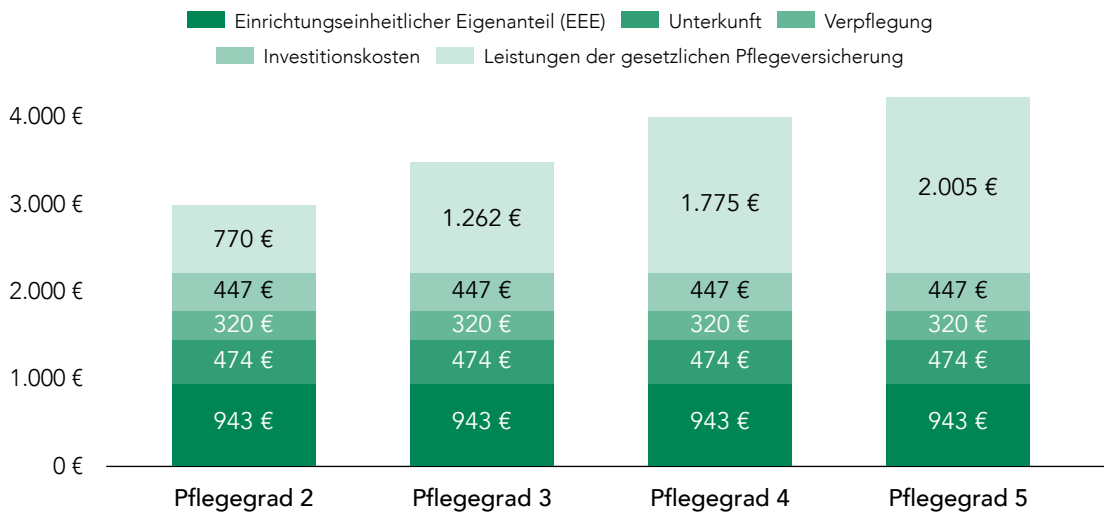
Gegenüber unserer Voruntersuchung ist die Eigenbeteiligung bzw. Pflegelücke im stationären Bereich nach den jüngsten Veröffentlichungen des PKV-Verbandes im Bundesdurchschnitt von 2.098 € auf 2.184 € angestiegen, wobei sich der Eigenanteil unabhängig vom Pflegegrad aus 943 € für den EEE, aus 794 € für Unterkunft und Verpflegung und 447 € für die Investitionskosten zusammensetzt.⁹

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 1.620 € in Sachsen bis 2.657 € im Saarland.

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 Verrichtungen übernimmt.

⁹ Vgl. <https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen-2021/wie-jeder-die-pflegeluecke-schliessen-kann/> aufgerufen am 02.03.2022

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und Zusatzkosten (Pflegelücke) bei stationärer Pflege im Bundesdurchschnitt

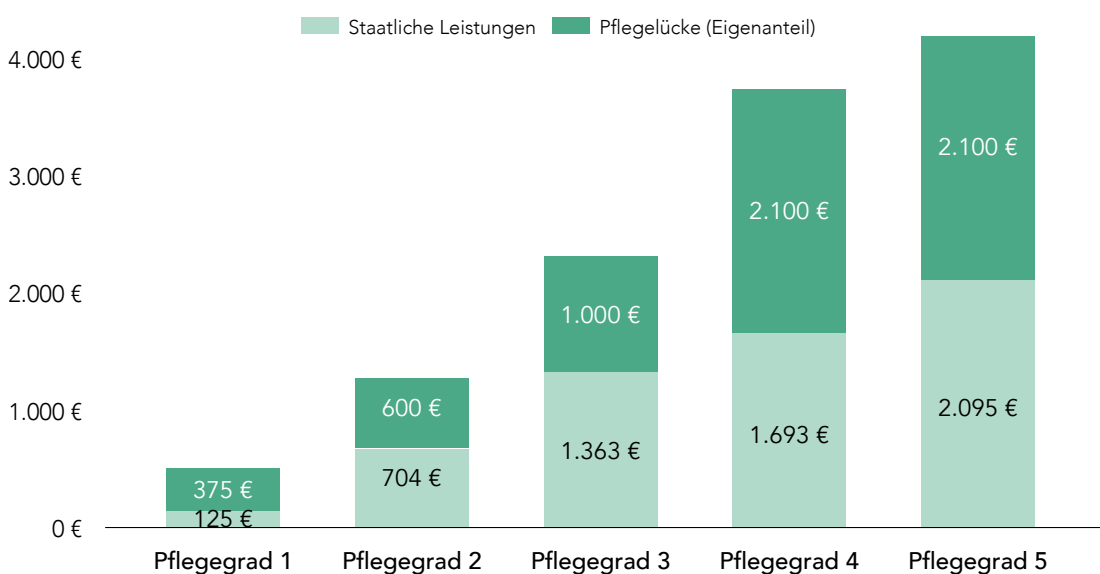


Quelle: PKV-Verband

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 2021 lag das durchschnittliche Netto-Gesamteinkommen für Rentner-Ehepaare im Westen 2019 bei 2.910 € und im Osten bei 2.554 €.¹⁰

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

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



Quelle: Assekurata

¹⁰ Rentenversicherungsbericht 2021, S. 22f, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, aufgerufen am 02.03.2022 unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/rentenversicherungsbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4

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 2019 rund zwei Drittel der zu Hause Gepflegten allein durch Angehörige versorgt und nur knapp ein Drittel zusammen mit oder ausschließlich von ambulanten Pflegediensten.¹¹

Wie hoch die tatsächliche Pflegelücke und damit die Notwendigkeit für den Abschluss einer Pflegezusatzversicherung im Individualfall ist, hängt von vielen Faktoren und Überlegungen ab, wie beispielsweise:

- Neben dem (Renten-)Einkommen vorhandene finanzielle Mittel, die für eine eventuelle Pflege eingesetzt werden können
- Der Wunsch, die Inanspruchnahme von Sozialleistungen bei Eintritt des Pflegefalles zu vermeiden¹²
- Der Wunsch, Angehörige vor etwaigen Unterhaltszahlungen zu schützen

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 Spannbreite liegt derzeit zwischen 1.620 € und 2.657 € – Tendenz steigend.
- 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 Erkenntnissen von Assekurata bei ambulanter Fachpflege je nach Pflegegrad mit einer Pflegelücke zwischen 375 € und 2.100 € zu rechnen.

¹¹ Vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_N083_224.html;jsessionid=119A1E22031FB6E6968A52211795800C.internet711, aufgerufen am 03.03.2022

¹² Laut einer Allensbach-Untersuchung vom Juni 2019 ist es 57 Prozent der Befragten wichtig, sich für den Pflegefall so abzusichern, um – abgesehen von den Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung – nicht auf weitere Unterstützung vom Staat oder von Familie, Freunden oder Bekannten angewiesen zu sein. (Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12004)

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* gehört, und die *Pflegekostenversicherung*.¹³

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 2 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 2020 Pflegetagegeldversicherungen mit 2.643.900 Versicherten. Und obwohl erst 2013 eingeführt, rangierte die geförderte Pflegezusatzversicherung, der so genannte „Pflege-Bahr“ (in Anlehnung an den ehemaligen Gesundheitsminister Daniel Bahr), mit 921.300 Versicherten auf Rang zwei deutlich vor der Pflegekostenversicherung mit 367.100 Personen.¹⁴

13 Die Pflegerentenversicherung als Angebot der Lebensversicherer weist mit 240.000 Policen den kleinsten Bestand auf und ist nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

14 Vgl. GDV; Statistisches Taschenbuch der Versicherungswirtschaft 2021; Tabelle 57 und Lebensversicherung in Zahlen 2021; S.15

Pflegekostentarife

Die Pflegekostenversicherung bieten marktweit fünf PKV-Unternehmen an. In ihrer Grundkonzeption erstattet sie theoretisch nur tatsächlich nachgewiesene Pflegekosten und ist grundsätzlich in zwei Formen verfügbar. Vier Gesellschaften vertreiben so genannte *Prozentsatz- bzw. Aufstockungstarife*. Hierbei werden die gesetzlichen Pflegeleistungen um einen bestimmten Prozentsatz aufgestockt. Ein Versicherer offeriert hingegen einen *Restkostentarif*, welcher ganz oder teilweise bis zu einem bestimmten Betrag die Kosten erstattet, die nicht durch die gesetzliche Pflegeversicherung abgedeckt sind. Die Obergrenzen dieses Tarifs liegen in den einzelnen Pflegegraden jedoch unter den Leistungen der Pflegepflichtversicherung.

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 Pfl egetagegeldversicherungen 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. Darüber hinaus erhält er 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 ungeforderten 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 Höhe der Leistung für häusliche und stationäre Pflege nach Pflegegraden gestaffelt, 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 ungeforderten Pflegetagegeldversicherung erhält der Versicherte, wie beim Pflege-Bahr auch, im Pflegefall ein Tagegeld zur freien Verfügung.

Ein wesentlicher Vorteil der ungeforderten 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 (VVG). 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 Monate 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 Pflegetarife sind die häufigste Tarifform.

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. Dies erhöht allerdings den Beitrag.

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 Pflegetagegeldversicherung je nach Wunsch sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege schließen.
- Pflegetagegeldtarife unterscheiden nicht zwischen professioneller Pflege und Laienpflege.
- Bei Pflegetagegeldversicherungen 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.
- 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

Ein besonders wichtiges Kriterium bei der Auswahl einer Pflegezusatzversicherung sind die inkludierten Dynamikregelungen. Sie haben einen erheblichen Einfluss auf den Beitrag, denn der Versicherer muss das Risiko einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes in die Prämie miteinkalkulieren. Zugleich sind sie aber hinsichtlich des Inflationsrisikos von zentraler Bedeutung. Tarife, die bei eingetretener Pflegebedürftigkeit keine weitere Dynamisierung der Pflegeleistungen mehr vorsehen, sind wenig empfehlenswert.

Umfassender Inflationsschutz nur bei Pflegetagegeldversicherungen

Ein wesentlicher Vorteil der Pflegetagegeldversicherung gegenüber den beiden anderen hier untersuchten Absicherungsformen liegt in der Möglichkeit der Dynamisierung der Leistung. Während in der Pflegetagegeldversicherung das vereinbarte Tagesgeld im Regelfall alle drei Jahre um einen bestimmten Prozentsatz steigt, 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. Interessenten sollten hier bereits zu Beginn einen möglichst hohen Prozentsatz abschließen, um so der Inflation vorzugreifen. Bei Restkostentarifen ist aufgrund der festen Obergrenzen kein Inflationsausgleich möglich, weshalb sie nicht zu empfehlen sind (siehe S. 9).

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, wobei es sich in zwei Fällen um so genannte Mindestleistungstarife handelt. Diese leisten in den Pflegegraden 1 bis 4 lediglich die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen von 10 %, 20 %, 30 % und 40 % des vereinbarten Tagessatzes.

In der ungeforderten Pflegetagegeldversicherung hingegen ist die Dynamisierung nach Eintritt des Versicherungsfalls an der Tagesordnung. Lediglich zwei 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 wirkt sich entsprechend günstig auf die Beiträge aus, da das Risiko, zum Pflegefall zu werden, in der Regel erst jenseits der 80 eintritt. Aus diesem Grund ist eine Dynamisierung der Leistung im hohen Alter relativ teurer. 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, inwieweit sich sein Zahlbeitrag erhöht oder nicht. Diese Wahlfreiheit sollte er in Anbetracht der steigenden Lebenserwartung auch im hohen Alter noch haben.

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 von 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.

Wesentliche Auswahlkriterien auf einen Blick

- ✓ Eine **Dynamik (Inflationsschutz)** ist sehr zweckmäßig. Dabei sollte das Pflegegeld vor und nach Eintritt des Leistungsfall es spätestens alle drei Jahre als Inflation ausgleich mit einem Steigerungssatz von mindestens 5 Prozent und maximal 10 Prozent dynamisiert werden 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).

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 für eine Pflegekostenversicherung und drei statische Pflegetagegeldtarife erhoben (VU A bis D).

Um die durchschnittlich bestehende Pflegelücke zu decken ist die Vorgabe beim Pflegekostentarif die Verdoppelung der gesetzlichen Leistung (Aufstockung um 100 %) und bei den Pflegetagegeldtarifen eine Leistung von monatlich 2.100 € bei stationärer Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5. Oftmals werden aufgrund der Einkommens- und Vermögenssituation jedoch nicht die vollen 2.100 € zur Absicherung benötigt. Daher betrachten wir beispielhaft auch die Kosten für den Fall, dass die Pflegelücke nur halb so groß ist. Dementsprechend soll der Pflegekostentarif die gesetzliche Leistung um 50 % aufstocken und für die Pflegetagegeldtarife wird bei Heimpflege lediglich eine Leistung von 1.050 € pro Monat benötigt.

Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei vollstationärer Pflege				
Pflegegrad	Pflegekostentarif	Pflegetagegeldtarife		
	VU A	VU B	VU C	VU D
1	62,50 €/125 €	210 €/420 €	105 €/210 €	1.050 €/2.100 €
2	385 €/770 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €
3	631 €/1.262 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €
4	887,50 €/1.775 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €
5	1.002,50 €/2.005 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €

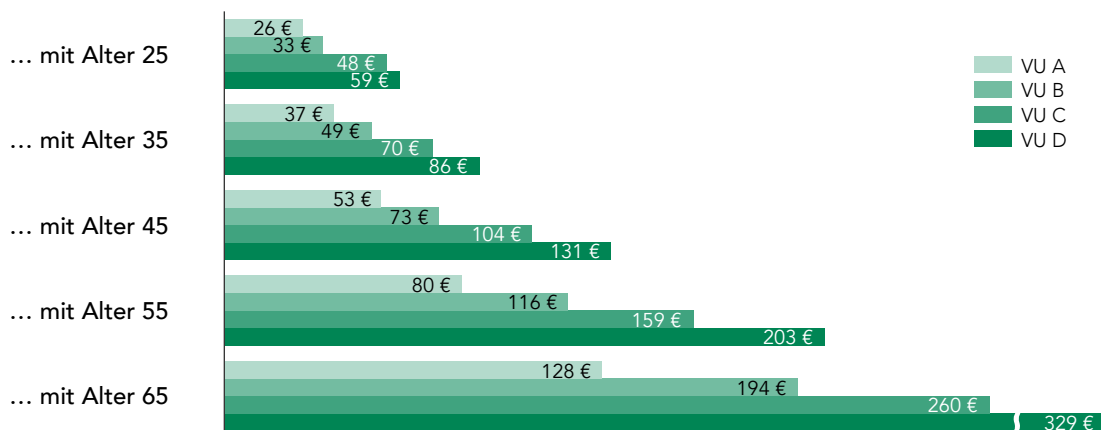
Wie in der folgenden Tabelle ersichtlich, leistet der Pflegekostentarif von Versicherer A bei ambulanter Pflege durch Angehörige/Laien deutlich weniger als bei Fachpflege. Daher haben wir aus Gründen der Übersichtlichkeit die Leistung bei einer Aufstockung um 50 % und 100 % hier getrennt in zwei Spalten ausgewiesen. Die drei Pflegetagegeldtarife unterscheiden bei ambulanter Pflege nicht, ob diese von Fachpersonal oder von Laien durchgeführt wird. In den Pflegetagegeldtarifen bei Versicherer B und C erhält ein Pflegebedürftiger in Pflegegrad 1 20 %, bei Versicherer C 10 % des vereinbarten Tagessatzes. In unseren Beispielen entspricht dies einer Leistung von monatlich 210 € bzw. 420 € sowie 105 € bzw. 210 €. In Pflegegrad 2 leisten beide Versicherer 30 %, also 315 € bzw. 630 €. In den Pflegegraden 3 und 4 erhält der Pflegebedürftige bei Versicherer B 50 % und 80 %. Bei Versicherer C 70 % und 100 %. Versicherer D zahlt auch bei häuslicher Pflege in allen Pflegegraden 100 %, hier also 1.050 € bzw. 2.100 €.

Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei häuslicher Pflege					
Pflege-grad	Pflegekostentarif		Pflegetagegeldtarife		
	VU A 50 % Laien-/Fachpflege	VU A 100 % Laien-/Fachpflege	VU B	VU C	VU D
1	-	-	210 €/420 €	105 €/210 €	1.050 €/2.100 €
2	158 €/344,50 €	316 €/689 €	315 €/630 €	315 €/630 €	1.050 €/2.100 €
3	272,50 €/649 €	545 €/1.298 €	525 €/1.050 €	735 €/1.470 €	1.050 €/2.100 €
4	364 €/806 €	728 €/1.612 €	840 €/1.680 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €
5	450,50 €/997,50 €	901 €/1.995 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €	1.050 €/2.100 €

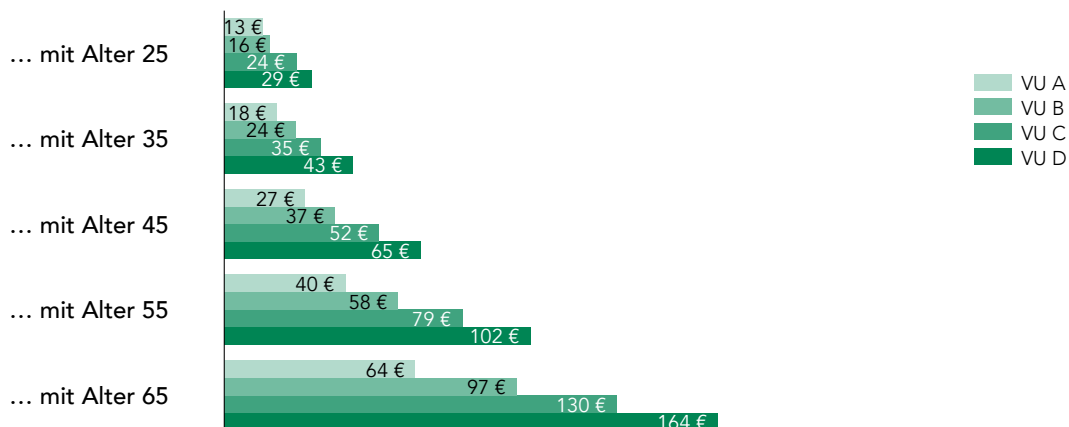
Aufgrund der Leistungsunterschiede in den Pflegegraden unterscheiden sich auch die Tarifbeiträge. Versicherer B bietet einen vergleichsweise günstigen Tarif. Das Angebot des Versicherers C liegt im mittleren Preissegment und der Tarif von Versicherer D bewegt sich preislich im oberen Bereich.

Bei Versicherer 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 bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der halben Pflegelücke bei Abschluss ...



Preiswerter als angenommen: Was eine Pflegezusatzversicherung tatsächlich kostet

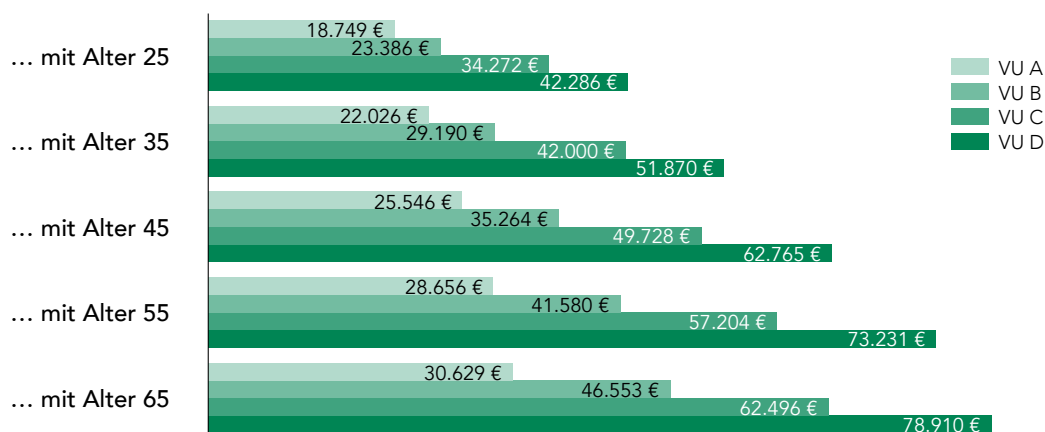
In der eingangs erwähnten aktualisierten Allensbach-Umfrage¹⁵ schätzen die Befragten die Kosten für eine Pflegezusatzversicherung mit einem Monatsbeitrag von durchschnittlich 236 € noch höher ein als in der Untersuchung 2019. Damals lag der Schätzwert bei 161 €. Dieses Beitragsniveau wäre bei unseren Beispieltarifen allenfalls ab einem Eintrittsalter von etwa 65 Jahren der Fall. Bei früherem Versicherungsbeginn, beispielsweise mit 25, liegen die Tarifbeiträge mit einer Spannweite von 26 € bis 59 € bei voller und 13 € bis 29 € bei hälftiger Absicherung deutlich unter den vermuteten Kosten und größtenteils noch unter den 98 €, die der Durchschnitt der Befragten bereit ist, hierfür auszugeben.

Im Durchschnitt über die vier Eintrittsalter ist dabei der Pflegekostentarif von Versicherer A am günstigsten, was jedoch mit einem im Vergleich zu den drei Pflegetagegeldtarifen geringeren Leistungsumfang bei Laien- und Heimpflege einhergeht. Dabei gilt: Je niedriger das Eintrittsalter, desto geringer der Beitragsunterschied zwischen Pflegekosten- und Pflegetagegeldtarifen. In jungen Jahren kann mitunter sogar eine Pflegetagegeldversicherung günstiger sein. Je höher das Eintrittsalter, desto günstiger wird die Pflegekosten- im Vergleich zur Pflegetagegeldversicherung.

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 46.553 € bei Versicherer B ceteris paribus über 23.000 € mehr aufwenden als wenn er mit 25 Jahren eingetreten wäre. Bei Versicherer D beträgt die Differenz zwischen den beiden Eintrittsaltern sogar mehr als 36.500 €. ¹⁶ Bei Absicherung der hälftigen Pflegelücke halbieren sich die Beträge entsprechend.

Am geringsten ist der Beitragsunterschied und damit die Altersabhängigkeit bei der Pflegekostenversicherung. Hier muss eine Person mit Eintrittsalter 65 gegenüber einer 25-jährigen Person im Beispieltarif bei Versicherer A knapp 12.000 € bzw. 6.000 € mehr aufwenden.

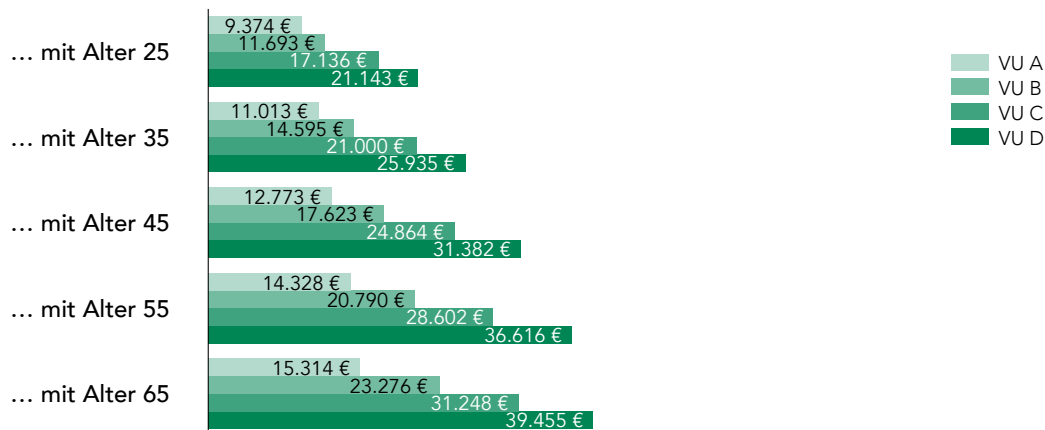
Gesamtausgaben Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke bis Alter 85 bei Abschluss ...



15 Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12004, 12029

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

Gesamtausgaben Pflegezusatzversicherung für Absicherung der halben Pflegelücke bis Alter 85 bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2022

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.

Zwischenfazit

- Die Kosten für eine Pflegezusatzversicherung werden gemeinhin deutlich überschätzt.
- Pflegekostentarife sind wegen der geringeren Leistung bei Laienpflege günstiger als Pflegetagegeldversicherungen.
- Je höher das Eintrittsalter, desto günstiger wird die Pflegekostenversicherung im Verhältnis zum Pflegetagegeld.
- 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.
- Am geringsten ist die Altersabhängigkeit und damit der Mehraufwand bei der Pflegekostenversicherung.

„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 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. Ihr wesentlicher Wert besteht in der 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 GEK 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.¹⁷

Die Größenordnung des finanziellen Risikos zeigt folgendes Rechenbeispiel: Unter der Annahme, dass eine Person zwei Jahre in einer stationären Einrichtung gepflegt wird, beläuft sich der zu zahlende durchschnittliche Eigenanteil (2.184 €/Monat) auf 52.416 €. 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. 19f.).

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.

17 BARMER-Pflegereport 2021 – Band 32: Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends, S. 96, aufgerufen am 10.02.2022 unter <https://www.barmer.de/blob/361516/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/data/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg.pdf>

Die kapitalgedeckte Pflege in der Niedrigzinsphase

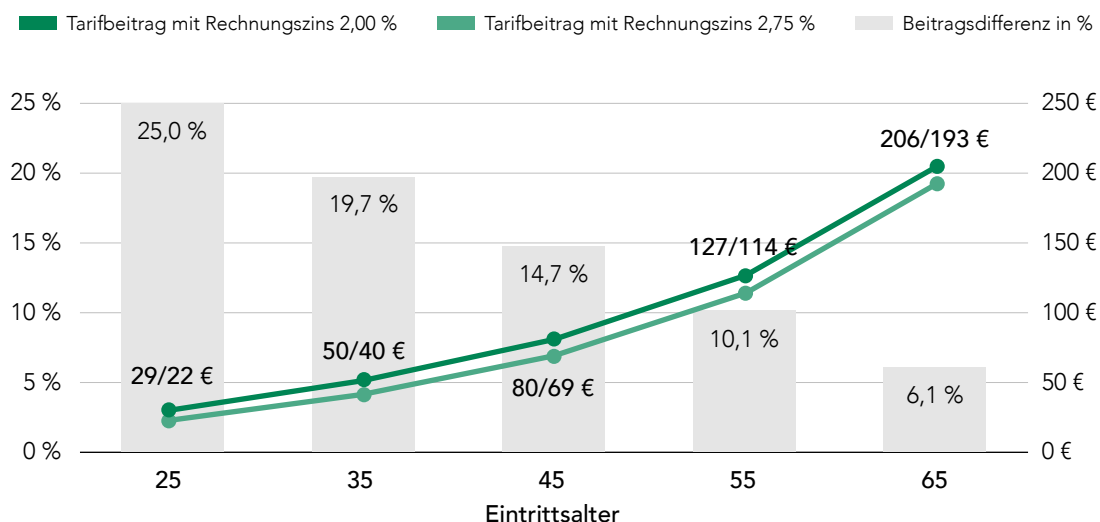
Einfluss der Zinsen auf die Beiträge

Bei der Bewertung von geeigneten Versicherungslösungen zur Abdeckung des Pflegerisikos liegt der Fokus häufig auf dem Preis für die Geldleistung. Auch in unserer Untersuchung kommen wir diesbezüglich zu dem Ergebnis, 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 nämlich ein hoher Sparanteil enthalten, der kalkulatorisch über die gesamte Laufzeit mit dem angesetzten Satz verzinst wird. Je höher der Zins ausfällt, desto geringer fällt der erforderliche Beitrag aus. Die anhaltende Niedrigzinsphase macht sich hier aber bemerkbar. Einige Versicherer mussten bereits 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 lebenslanglich 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 Pflegetagegeldtarif 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 der aktuellen Niedrigzinsphase geschuldet ist. Bei steigenden Zinsen müssen die Unternehmen die Beiträge mittels einer Anhebung des Rechnungszinses allerdings 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 Pflegetagegeldversicherung. 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 2016 bis 2020 um 55 % von 2,94 Millionen auf 4,57 Millionen und die Leistungsausgaben nahmen um rund 58 % von 28,9 Mrd. € auf 45,6 Mrd. € zu.¹⁸

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 Pflegetagegeldversicherung 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 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.

¹⁸ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juni_2021_bf.pdf, aufgerufen am 10.02.2022 in Verbindung mit Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.; Zahlenbericht 2016; S. 61 sowie Zahlenbericht 2019, S. 54

Zwischenfazit

- Die Niedrigzinsphase macht sich besonders in der zins sensitiven Pflegezusatzversicherung bemerkbar, ist aber beherrschbar. 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.
- 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.
- Bei einer zu hohen Beitragsbelastung bietet sich alternativ zu einer Kündigung an, den Versicherungsschutz zu reduzieren. Dies ist in der ungeforderten Pflageetagegeldversicherung 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 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 hinweggesehen – geringer. So kann ein 25-Jähriger bereits zu einem Monatsbeitrag ab 33 € eine Pflageetagegeldversicherung abschließen, die sein Budget bei ambulanter Pflege nahezu verdoppelt und die derzeitige durchschnittliche Pflegelücke von 2.100 € bei stationärer Pflege komplett schließt. Selbst im Alter von 55 Jahren ist dieses Absicherungsniveau noch für unter 120 € pro Monat zu haben.

Die Pflegelücke schwankt allerdings von Bundesland zu Bundesland erheblich und variiert von durchschnittlich 1.620 € in Sachsen bis 2.657 € im Saarland. Bei ambulanter Fachpflege beträgt sie nach unseren Erkenntnissen im Bundesdurchschnitt je nach Pflegegrad zwischen 375 € und 2.100 €.

Die individuelle Pflegelücke – und damit der individuelle Versicherungsbedarf – hängt neben diesem 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 dergestalt vorhanden, dass sich die Pflegelücke bspw. auf 1.050 € halbiert, ist eine Pflegetagegeldversicherung für einen 25-Jährigen schon ab 16 € und mit Eintrittsalter 55 für unter 60 € 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.

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 Bedarfsdeckung möglich ist. Im Einzelfall können 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, speziell in den Pflegegraden 1 bis 3 bei ambulanter Pflege. 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.

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