ASSEKURATA
Transparenz. Orientierung. Sicherheit.

ABSICHERUNG IM PFLEGEFALL

Mit der Pflegezusatzversicherung von der Teil- zur Vollkasko

Köln, April 2021

ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH
Venloer Straße 301-303 · 50823 Köln
www.assekurata.de

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

Zum Jahreswechsel mussten zahlreiche Anbieter die Beiträge in der Pflegezusatzversicherung erhöhen – sowohl im Bestand als auch im Neugeschäft. Hiervon waren auch vermeintliche Top-Produkte betroffen, die in gängigen Vergleichstests auf den obersten Plätzen rangieren. Dies sorgt für Unmut und Unsicherheit auf Seiten der Verbraucher hinsichtlich der Bezahlbarkeit der Prämien (im Alter) und der getroffenen Anbieterauswahl.

Kritische Stimmen propagieren sogar, dass eine Pflegezusatzversicherung ungeeignet für die Pflegevorsorge sei. Zwischen Vertragsabschluss und Eintritt der Pflegebedürftigkeit lägen in aller Regel mehrere Jahrzehnte, so dass sich die bestehende Pflegelücke heute nicht verlässlich voraussagen ließe. Allerdings dürfte mittlerweile einem Großteil der Verbraucher klar sein, dass die gesetzliche Pflegeversicherung trotz aller Reformen im Ernstfall nicht die vollen Pflegekosten abdeckt. Weitgehende Unwissenheit existiert allerdings in der Regel darüber, welche finanzielle Belastungen drohen, wenn im Vorfeld nicht ausreichend vorgesorgt wurde. Dies kann im Pflegefall für die betroffenen Familien zu schmerzhaften finanziellen Einbußen führen. Insbesondere im Fall einer Langzeitpflege.

Laut einer Allensbach-Untersuchung vom Juni 2019 machten sich 46 Prozent der Befragten Sorgen, im Pflegefall nicht ausreichend abgesichert zu sein. Besonders ausgeprägt war diese Sorge demnach mit 58 Prozent bei Senioren ab dem 60. Lebensjahr.[1] 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 das Thema Pflege erfährt, entwickelten sich die Bestandszuwächse in der Pflegezusatzversicherung in den vergangenen Jahren paradoxerweise deutlich rückläufig. Obwohl die Branche im Geschäftsjahr 2019 wieder einen leichten Nettozuwachs verzeichnen konnte, hatten im Ergebnis Ende 2019 erst 5 Prozent bzw. 4,2 Millionen[2] Deutsche eine zusätzliche Absicherung für den Pflegefall abgeschlossen.

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 für eine Pflegezusatzversicherung damals wie heute deutlich zu hoch ein. Aktuelle Daten des Allensbach-Instituts aus dem Januar dieses Jahres 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 Euro für eine Pflegezusatzversicherung bezahlen, sind es nun 98 Euro.[3]

Aufgrund dieser Entwicklungen haben wir unsere Vorjahresstudie 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

1 Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12004

2 Inkl. Pflegerentenversicherung

3 Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12004, 12029

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.[4] Dabei stellt die ambulante Pflege den Regelfall dar: Mehr als drei Viertel aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause gepflegt, wobei sich fast die Hälfte (46,3 Prozent) davon in Pflegegrad 2 und etwas mehr als ein Viertel (26,9 Prozent) in Pflegegrad 3 befanden.[5] In einem Pflegeheim waren hingegen lediglich 21,5 Prozent der Leistungsempfänger untergebracht. Von denen befanden sich die meisten in den höheren Pflegegraden 3 (33,6 Prozent) und 4 (28,4 Prozent).

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 GEK Pflegereport aus dem Jahr 2015 betrug die durchschnittliche Pflegedauer zum damaligen Zeitpunkt 6,7 Jahre. Beginnt die Pflege allerdings erst jenseits des 60. Lebensjahres, was in der Regel der Fall ist, verringert sich der Zeitraum auf 4,4 Jahre.[6] 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

Der zu zahlende Eigenanteil, also die Differenz zwischen den tatsächlich entstehenden Kosten und den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, 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

4 Laut Destatis 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 Prozent pflegebedürftig.

5 Vgl. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Februar-2021_bf.pdf, S. 1f, aufgerufen am 04.03.2021

6 Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36 BARMER GEK Pflegereport 2015, S. 143, aufgerufen am 01.10.2019 unter www.barmer.de/blob/36042/73f4ded2ea20652834aeedbb7c2bc16a/data/pdf-barmer-gek-pflegereport-2015.pdf

von 100.000 Euro 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.

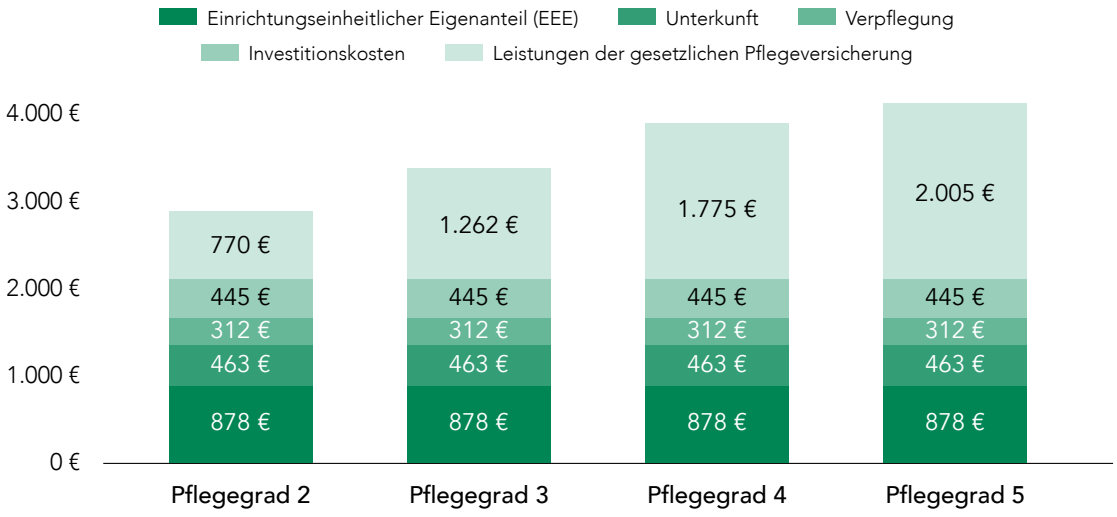
Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung			
Pflege-grad	häusliche (Laien-)Pflege	Pflegesachleistungen für häusliche Pflege durch Pflegedienst	vollstationäre Pflege im Pflegeheim
1	*	*	125 €
2	316 €	689 €	770 €
3	545 €	1.298 €	1.262 €
4	728 €	1.612 €	1.775 €
5	901 €	1.995 €	2.005 €

* 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 bis 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 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 1.928 Euro auf 2.098 Euro angestiegen, wobei sich der Eigenanteil unabhängig vom Pflegegrad aus 878 Euro für den EEE, aus 775 Euro für Unterkunft und Verpflegung und 445 Euro für die Investitionskosten zusammensetzt.[7]

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



Quelle: PKV-Verband

7 Vgl. www.pkv.de/verband/presse/meldungen-2021/wie-jeder-die-pflegeluecke-schliessen-kann aufgerufen am 02.03.2021

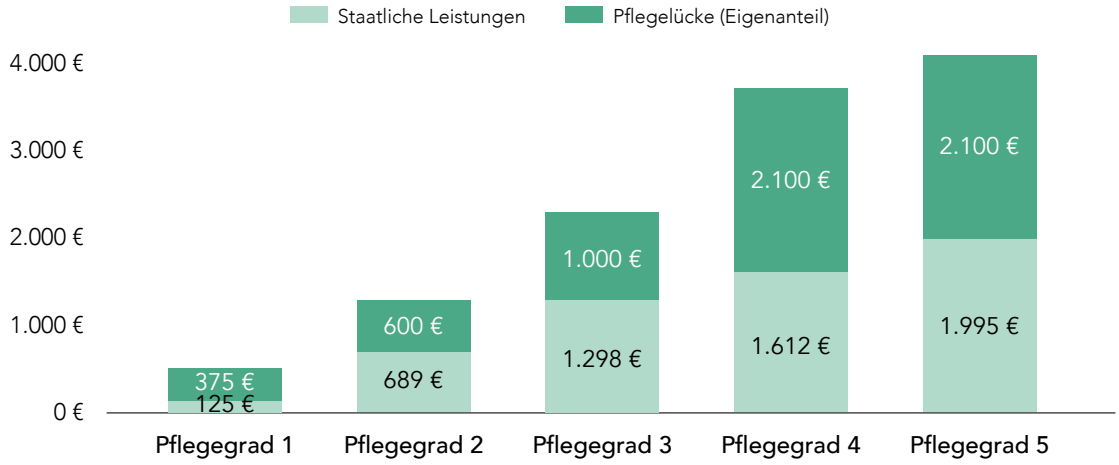
Dabei variieren die Pflegeheimkosten je nach Wohnort bzw. Bundesland zum Teil erheblich, während die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung jedoch bundesweit einheitlich sind. Dementsprechend schwankt auch die Pflegelücke. Sie reicht derzeit gemäß der Auswertung des PKV-Verbandes von 1.538 Euro in Sachsen-Anhalt bis hin zu 2.507 Euro in Nordrhein-Westfalen.

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.

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 2020 lag das durchschnittliche Netto-Gesamteinkommen für Rentner-Ehepaare im Westen 2019 bei 2.910 Euro und im Osten bei 2.554 Euro.[8]

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

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



Quelle: Assekurata

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.[9]

8 Rentenversicherungsbericht 2019, S. 24f, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, aufgerufen am 02.03.2021 unter www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/rentenversicherungsbericht-2020.pdf;jsessionid=95BE2B0286AB3C0DC2AC57B9661E4A81.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=1

9 Vgl. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_N083_224.html;jsessionid=119A1E22031FB6E6968A52211795800C.internet711, aufgerufen am 03.03.2021

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 vermeiden[10]
- 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 1.538 Euro und 2.507 Euro – 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 Euro und 2.100 Euro zu rechnen.

10 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*.[11]

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 4 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 2019 Pflegetagegeldversicherungen mit 2.644.000 Versicherten. Und obwohl erst 2013 eingeführt, rangierte die geförderte Pflegezusatzversicherung, der so genannte „Pflege-Bahr" (in Anlehnung an den ehemaligen Gesundheitsminister Daniel Bahr), mit 917.400 Versicherten auf Rang zwei deutlich vor der Pflegekostenversicherung mit 366.700 Personen.[12]

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

12 Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V; Zahlenbericht 2019; S. 30

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 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 Prozent des Tagegeldes und mindestens 600 Euro im Monat zu erstatten sind. Der Mindestbeitrag bei diesem Produkt beträgt 15 Euro, wovon der Kunde 10 Euro bezahlt. Darüber hinaus erhält er unabhängig vom Eintrittsalter (Mindestalter 18) grundsätzlich einen staatlichen Zuschuss von 5 Euro, was einer maximalen Förderquote von 33 Prozent 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 Prozent 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.

Bei einem Eintrittsalter von 25 Jahren variiert die Leistung im Pflegegrad 2, welcher am häufigsten vorkommt, je nach Anbieter zwischen 160 Euro und 306 Euro pro Monat. Im ebenfalls stark verbreiteten Pflegegrad 3 reicht die Spannbreite von 240 Euro bzw. 541 Euro. 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 „Teilkaskolösung" dar, so dass im Pflegefall in der Regel eine nicht unerhebliche Versorgungslücke bestehen bleibt, welche mittels einer weiteren Pflegezusatzversicherung geschlossen werden kann.

Zwei Anbieter ermöglichen beim Pflege-Bahr statt der 600 Euro eine Absicherung von bis zu 1.200 Euro. Ein Unternehmen erlaubt sogar eine Aufstockung auf bis zu 1.980 Euro. Hierbei handelt es sich jedoch um einen sogenannten Mindestleistungstarif, der in den Pflegegraden 1 bis 4 lediglich geringe Leistungen vorsieht.

Abgesehen von diesen Ausnahmen hat der Versicherte beim Pflege-Bahr jedoch 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 Euro 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 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 (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 Prozent 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 Prozent 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 Prozent 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 Tagegeld 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 Euro 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 sogenannte Mindestleistungstarife handelt. Diese leisten in den Pflegegraden 1 bis 4 lediglich die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen von 10, 20, 30 und 40 Prozent des vereinbarten Tagessatzes.

In der ungeförderten 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 des 80. Lebensjahres 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 beitragserhöhend. 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. In vielen Vergleichstests wird die Beitragsbefreiung positiv bewertet – dies kann man aber auch kritisch 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 Leistungsfalles spätestens alle drei Jahre als Inflationsausgleich 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 des europäischen Wirtschaftsraums (EU und Schweiz), 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 Prozent) und bei den Pflegetagegeldtarifen eine Leistung von monatlich 2.100 Euro bei stationärer Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5. Oftmals werden aufgrund der Einkommens- und Vermögenssituation jedoch nicht die vollen 2.100 Euro 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 Prozent aufstocken und für die Pflegetagegeldtarife wird bei Heimpflege lediglich eine Leistung von 1.050 Euro pro Monat benötigt.

Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei vollstationärer Pflege				
Pflege-grad	Pflegekostentarif	Pflegetagegeldtarife		
	VU A	VU B	VU C	VU D
1	62,50 €/125 €	105 €/210 €	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 €

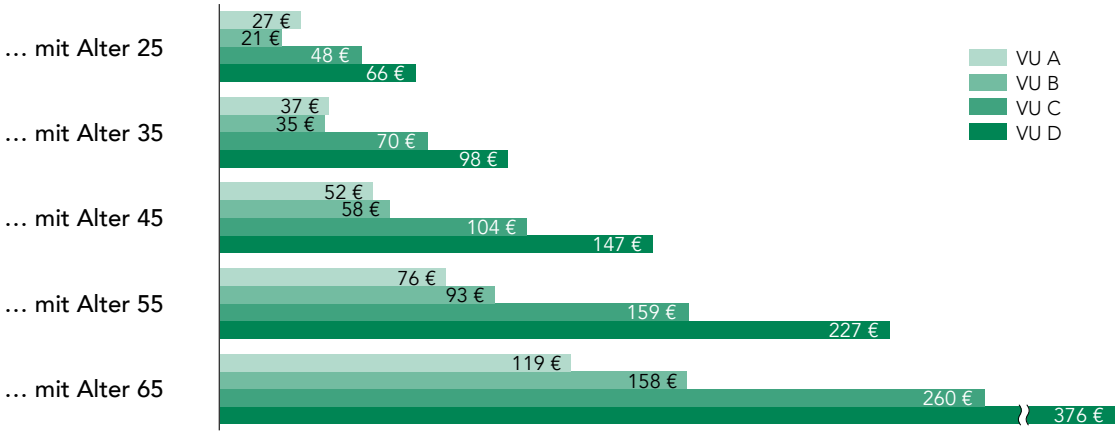
Wie in der folgenden Tabelle ersichtlich, leistet der Pflegekostentarif von Versicherer A bei ambulanter Pflege durch Angehörige/Laien deutlich weniger als bei einer Fachpflege. Daher haben wir aus Gründen der Übersichtlichkeit, die Leistung bei einer Aufstockung um 50 Prozent und 100 Prozent hier getrennt 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 und 2 zehn Prozent bzw. 30 Prozent des vereinbarten Tagessatzes. In unseren Beispielen entspricht dies einer Leistung von 105 Euro bzw. 210 Euro sowie 315 Euro bzw. 630 Euro im Monat. In den Pflegegraden 3 und 4 erhält der Pflegebedürftige bei Versicherer B 50 Prozent und 80 Prozent. Bei Versicherer C 70 Prozent und 100 Prozent. Versicherer D zahlt auch bei häuslicher Pflege in allen Pflegegraden 100 Prozent, hier also 1050 Euro bzw. 2.100 Euro.

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	-	-	105 €/210 €	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 €

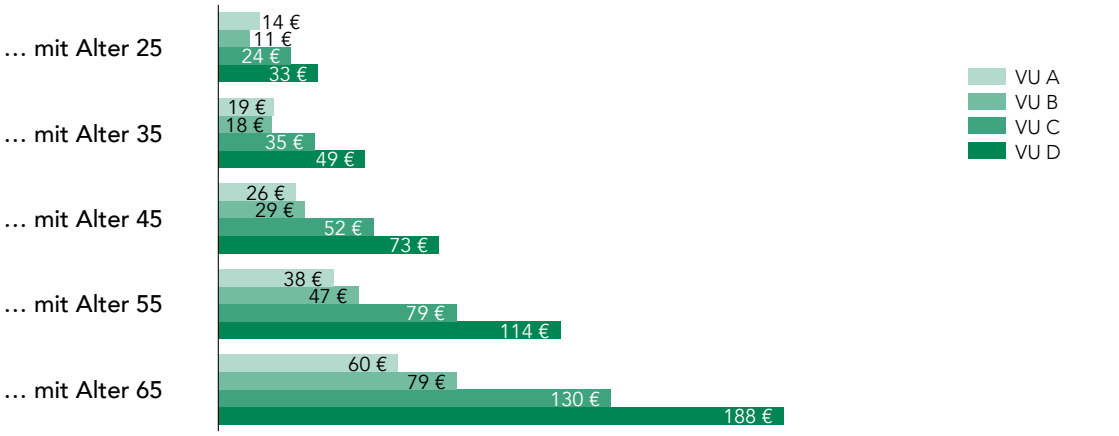
Aufgrund der Leistungsunterschiede in den Pflegegraden unterscheiden sich auch die Tarifbeiträge. Versicherer B bietet einen vergleichsweise günstigen Tarif. Das Angebot des Versicherers C liegt im mittleren Preissegment und der Tarif von Versicherer D bewegt sich preislich im oberen Bereich.

Bei Versicherer D gilt es jedoch zu bedenken, dass der Tarif in allen Pflegegraden sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege immer 100 Prozent 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 ...



Quelle: Assekurata, Stand April 2021

Preiswerter als angenommen: Was eine Pflegezusatzversicherung tatsächlich kostet

98 Euro für die Pflegezusatzversicherung – das ist der Betrag, den die Deutschen laut der repräsentativen Allensbach-Umfrage vom Januar 2021 im Durchschnitt bereit wären auszugeben. Dabei schätzten die Befragten die erforderlichen Ausgaben für eine private Vorsorge deutlich höher ein – sie rechneten durchschnittlich mit Kosten von 236 Euro pro Monat.

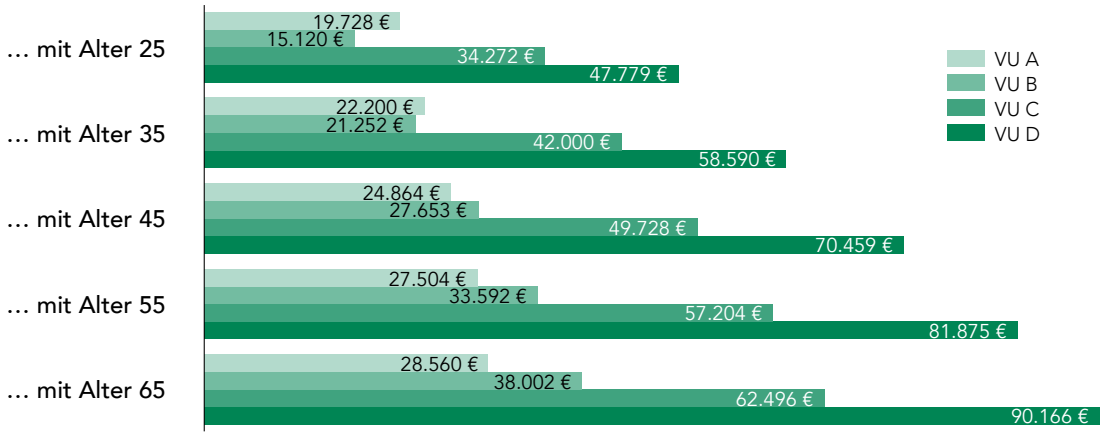
Interessant ist, dass die Befragten mit ihrer Schätzung weit über den tatsächlichen Kosten liegen: Bei einem Versicherungsbeginn im Alter von 25 Jahren läge der Tarifbeitrag zwischen 21 Euro und 66 Euro bei voller und lediglich 11 und 33 Euro bei hälftiger Absicherung des Finanzrisikos der Pflegelücke. Beiträge in Höhe der von den Befragten vermuteten 236 Euro wären allenfalls bei einem extrem späten Eintrittsalter von 65 Jahren erforderlich.

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 38.002 Euro bei Versicherer B ceteris paribus fast 23.000 Euro mehr aufwenden als wenn er mit 25 Jahren eingetreten wäre. Bei Versicherer D beträgt die Differenz zwischen den beiden Eintrittsaltern sogar mehr als 42.000 Euro.[13] Bei Absicherung der hälftigen Pflegelücke halbieren sich die Beträge entsprechend.

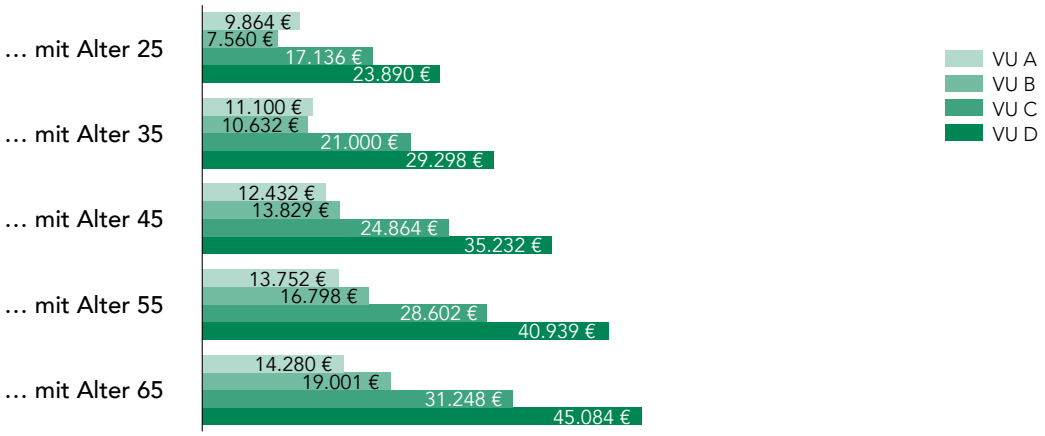
Am geringsten ist der Beitragsunterschied und damit die Altersabhängigkeit bei der Pflegekostenversicherung. Hier muss eine Person mit Eintrittsalter 65 gegenüber einer 25-jährigen Person im Beispieltarif bei Versicherer A nur rund 8.800 Euro bzw. 4.400 Euro mehr aufwenden.

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



13 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 April 2021

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 ja 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 beträgt die durchschnittliche Pflegedauer 6,7 Jahre. Beginnt die Pflege allerdings erst nach 60, verringert sich der Zeitraum auf 4,4 Jahre, wobei Männer dann durchschnittlich 3,6 und Frauen 4,9 Jahre gepflegt werden.[14]

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 (2.098 Euro/Monat) auf 50.352 Euro. 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 auch mit entsprechenden finanziellen Herausforderungen verbunden, um Beruf, Familie und Pflege überhaupt über einen längeren Zeitraum miteinander vereinbaren zu können.

14 Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36, BARMER GEK Pflegereport 2015, S. 143, aufgerufen am 01.10.2019 unter www.barmer.de/blob/36042/73f4ded2ea20652834aeedbb7c2bc16a/data/pdf-barmer-gek-pflegereport-2015.pdf

Die kapitalgedeckte Pflege in der Niedrigzinsphase

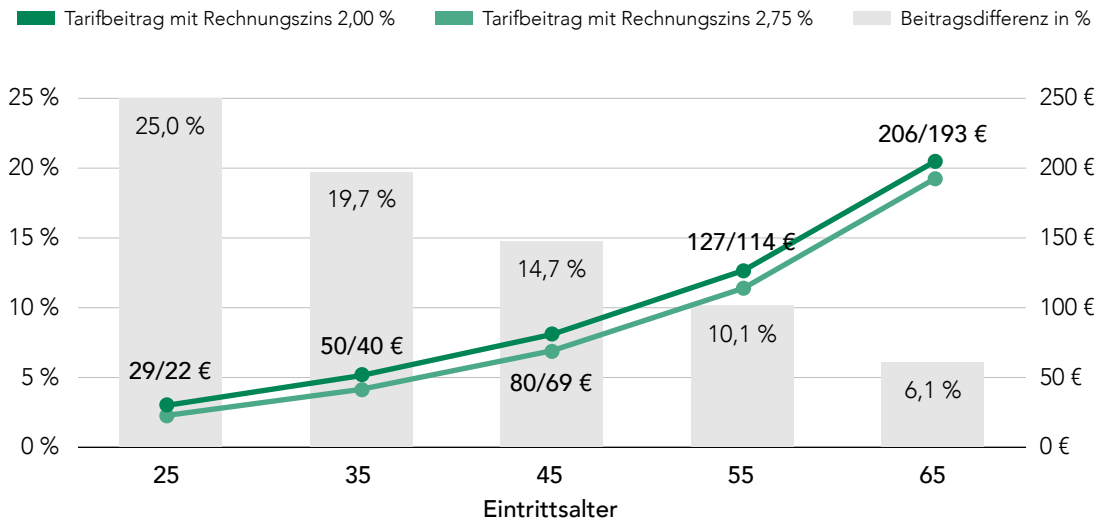
Einfluss der Zinsen auf die Beiträge

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 Kalkulationsannnahmen 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 Pflegezusatzversicherung 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 Pflegezusatzversicherung mittels Rechnungszinssenkungen auf unter 2 Prozent deutlich anpassen.

Bereits um einen halben Prozentpunkt abweichende Rechnungszinssätze haben in der Regel Beitragsunterschiede von weit mehr als 10 Prozent 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 Pflegetagegeldtarif bei einem Rechnungszins von 2,00 Prozent 25 Prozent bzw. 7 Euro mehr bezahlen als bei dem mit Einführung der Unisextarifierung marktweit etablierten Zinssatz von 2,75 Prozent.

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

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 gesetzlichen Pflegeversicherung, sondern auch in der Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung. Die vorliegenden Statistiken 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 2019 um knapp 45 Prozent von 2,94 Millionen auf 4,25 Millionen und die Leistungsausgaben nahmen um rund 41 Prozent von 29,95 Milliarden auf 42,27 Milliarden Euro zu.[15]

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 Prozent 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.

---

15 www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Februar-2021_bf.pdf, aufgerufen am 04.03.2021 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 zinssensitiven 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 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 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 – geringer. So kann ein 25-Jähriger bereits zu einem Monatsbeitrag ab 21 Euro eine Pflegetagegeldversicherung abschließen, die sein Budget bei ambulanter Pflege nahezu verdoppelt und die derzeitige durchschnittliche Pflegelücke von 2.100 Euro bei stationärer Pflege komplett schließt. Selbst im Alter von 55 Jahren ist dieses Absicherungsniveau noch für unter 100 Euro pro Monat zu haben.

Die Pflegelücke schwankt allerdings von Bundesland zu Bundesland erheblich und variiert von durchschnittlich 1.538 Euro in Sachsen-Anhalt bis hin zu 2.507 Euro in Nordrhein-Westfalen. Bei ambulanter Fachpflege beträgt sie nach unseren Erkenntnissen im Bundesdurchschnitt je nach Pflegegrad zwischen 375 Euro und 2.100 Euro.

Die individuelle Pflegelücke – und damit der individuelle Versicherungsbedarf – hängt neben diesen 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 Euro halbiert, ist eine Pflegezusatzversicherung für einen 25-Jährigen schon ab 11 Euro und mit Eintrittsalter 55 für unter 50 Euro 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 einen „Vollkaskoabsicherung" 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

Gerhard Reichl
Fachkoordinator Krankenversicherung
Telefon 0221 27221-43
Fax 0221 27221-77
gerhard.reichl@assekurata.de
www.assekurata.de

Russel Kemwa
Pressesprecher
Telefon 0221 27221-38
Fax 0221 27221-77
russel.kemwa@assekurata.de
www.assekurata.de