

ABSICHERUNG IM PFLEGEFALL MIT DER PFLEGEZUSATZ- VERSICHERUNG VON DER TEIL- ZUR VOLLKASKO

Köln, Februar 2020

Inhalt

Zielsetzung	3	Ein hohes finanzielles Risiko günstig absichern	15
Die Versorgungslücke im Pflegefall	4	Beitragshöhe wird deutlich überschätzt – Ein früher Abschluss lohnt sich	15
Sehr hohe Abhängigkeit vom Wohnort	4	„Lohnt“ sich eine Pflegezusatzversicherung?	18
Pflegeabsicherung: Mehrere Wege führen zum Ziel	8	Die kapitalgedeckte Pflege in der Niedrigzinsphase	19
Pflegekostentarife	8	Einfluss der Zinsen auf die Beiträge	19
Pflege-Bahr	9	Beitragserhöhungen auch durch gesetzliche Änderungen	20
Pflegetagegeld: statisch vs. flexibel	11	Fazit	22
Wichtige Aspekte bei der Produktauswahl	13		
Umfassender Inflationsschutz nur bei Pflegetagegeldversicherungen	13		
Frühe Beitragsbefreiung birgt Risiken	14		

Zielsetzung

Dass die gesetzliche Pflegeversicherung trotz aller Reformen im Ernstfall nicht die vollen Pflegekosten abdeckt, dürfte vielen Verbrauchern mittlerweile bekannt sein. Weitgehende Unwissenheit existiert allerdings in der Regel über die möglichen finanziellen Belastungen, 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 machen sich 46 % der Befragten Sorgen, im Pflegefall nicht ausreichend abgesichert zu sein. Besonders ausgeprägt ist diese Sorge demnach mit 58 % 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 dem Pflege Thema gewidmet wird, entwickelten sich die Netozuwächse in der Pflegezusatzversicherung in den vergangenen Jahren paradoxerweise deutlich rückläufig.

Ein Grund hierfür scheint, dass Verbraucher die finanzielle Belastung einer Pflegezusatzversicherung scheuen. Dies geht 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.

Im Folgenden wollen wir die verschiedenen Produktlösungen und ihre individuellen Besonderheiten untersuchen sowie Orientierung geben, worauf der Kunde beim Abschluss einer Pflegezusatzversicherung achten sollte. Darüber hinaus ermitteln wir anhand von Rechenbeispielen, welche monatlichen Beiträge vonnöten wären, um die bestehende Pflegelücke mit Hilfe einer Pflegezusatzversicherung zu schließen.

¹ Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12004

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 2018 war in Deutschland rund jeder zweite Senior ab 85 Jahren pflegebedürftig.² Dabei stellt die ambulante Pflege den Regelfall dar: Mehr als drei Viertel aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause gepflegt, wobei sich fast die Hälfte (47,6 %) davon in Pflegegrad 2 und etwas mehr als ein Viertel (26,6 %) in Pflegegrad 3 befanden.³ In einem Pflegeheim waren hingegen lediglich 21 % der Leistungsempfänger untergebracht. Von denen befanden sich die meisten in den höheren Pflegegraden 3 (32,8 %) und 4 (28,7 %).

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 Pflege-report 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.⁴ 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 Pflegepflichtversicherung, wird gemeinhin als Pflegeleücke bezeichnet. Dabei werden auch erwachsene Kinder zur Zahlung anfallender Kosten heran-

² Laut Statista gab es zum 31. Dezember 2018 in Deutschland 2.277.509 Personen im Alter von 85 Jahren und älter. Davon waren laut dem Bundesministerium für Gesundheit 1.169.663 pflegebedürftig.

³ Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3291>, aufgerufen am 01.10.2019..

⁴ Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36 BARMER GEK Pflegereport 2015, S. 143, aufgerufen am 01.10.2019 unter <https://www.barmer.de/blob/36042/73f4ded2ea20652834aeedbb7c2bc16a/data/pdf-barmer-gek-pflegereport-2015.pdf>

gezogen. Durch das ab 2020 greifende Angehörigen-Entlastungsgesetz sind Kinder oder Eltern von Pflegebedürftigen ab 2020 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 Pflegepflichtversicherung			
Pflegegrad	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 €, 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

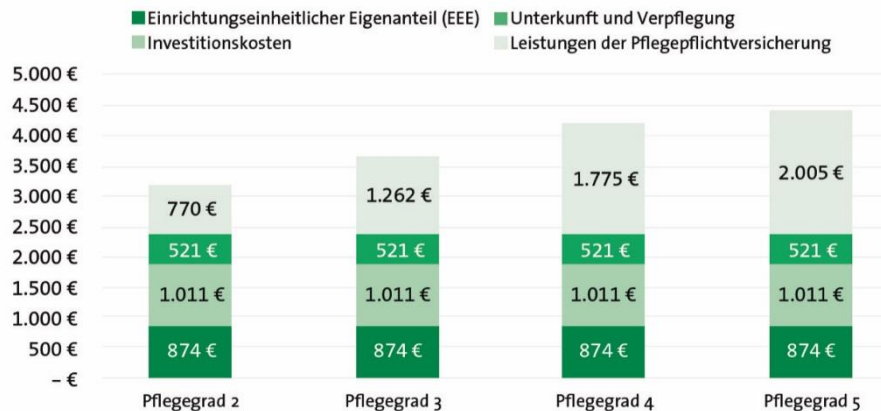
viel Eigenanteil zu wie Betroffene im Pflegegrad 2, während die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung mit zunehmendem Pflegegrad steigen.

Nach den jüngsten Veröffentlichungen des PKV-Verbandes ist die Pflegelücke im stationären Bereich im Jahr 2019 im Bundesdurchschnitt um rund 100 € auf 1.928 € angestiegen.⁵ 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 der Eigenanteil bzw. die Pflegelücke. Sie reicht gemäß der Auswertung des PKV-Verbandes von 1.346 € in Mecklenburg-Vorpommern bis hin zu 2.406 € in Nordrhein-Westfalen, wo sich der Eigenanteil insgesamt unabhängig vom Pflegegrad beispielsweise aus 874 € für den EEE, aus 1.011 € für Unterkunft und Verpflegung und 521 € für die Investitionskosten zusammensetzt.

⁵ Vgl. <https://www.pkv.de/presse/meldungen/pflegeluecke/> aufgerufen am 01.10.2019

Leistungen der Pflegepflichtversicherung und Eigenanteil (Pflegelücke) bei stationärer Pflege in NRW*



Quelle: PKV-Verband, * = 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 Bundesre-

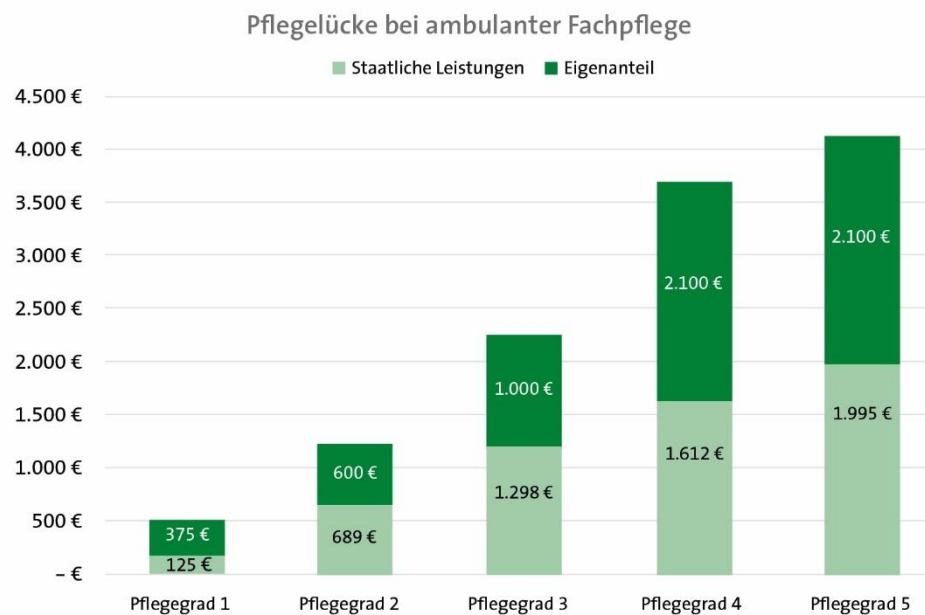
gierung vom Herbst 2018 lag das durchschnittliche Netto-Gesamteinkommen für Rentner-Ehepaare im Westen 2015 bei 2.572 € und im Osten lediglich bei 2.257 €. ⁶

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

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 2017 rund zwei Drittel der zu Hause Gepflegten allein durch Angehörige versorgt und nur knapp ein Drittel zusammen mit oder ausschließlich von ambulanten Pflegediensten. ⁷

⁶ Rentenversicherungsbericht 2018, S. 22, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, aufgerufen am 30.10.2019 unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Rente/rentenversicherungsbericht-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=4

⁷ Vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/12/PD18_501_224.html, aufgerufen am 30.10.2019



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 vermeiden⁸

- 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 Spannweite liegt 2019 zwischen 1.346 € und 2.406 € – 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.

⁸ Laut der Allensbach-Untersuchung vom Juni 2019 ist es 57 % 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, IffD-Umfrage 12004)

Pflegeabsicherung: Mehrere Wege führen zum Ziel

Für die private Zusatzabsicherung im Pflegefall stehen grundsätzlich zwei bzw. drei Produktformen zur Verfügung: Die *Pflege-tagegeldversicherung*, wozu auch die *staatlich geförderte Pflegezu-satzversicherung* gehört, und die *Pflegekostenversicherung*.⁹

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 Pflegepflichtversicherung durch den Gesetzgeber
** Erhöhung des Tagegeldes bei Änderung der Familienverhältnisse ohne Gesundheitsprüfung

Am häufigsten verbreitet sind Ende 2018 Pflegetagegeldversicherungen mit 2.574.700 Versicherten. Und obwohl erst 2013 eingeführt, rangierte die geförderte Pflegezusatzversicherung, der so genannte „Pflege-Bahr“ (in Anlehnung an den ehemaligen Gesundheitsminister Daniel Bahr), mit 878.000 Versicherten auf

Rang zwei deutlich vor der Pflegekostenversicherung mit 363.400 Personen.¹⁰

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

⁹ Die Pflegerentenversicherung als Angebot der Lebensversicherer weist mit 238.000 Policen den kleinsten Bestand auf und ist nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

¹⁰ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.; Zahlenbericht 2018; S. 30

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).

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 ungeförderten Pflegetagegeldversicherung.

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

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

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).

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 € und 323 € pro Monat. Im ebenfalls stark verbreiteten Pflegegrad 3 reicht die Spannweite von 240 € bzw. 548 €. 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 € eine Absicherung von bis zu 1.200 €. Ein Unternehmen erlaubt sogar eine Aufstockung auf bis zu 1.980 €. Hierbei handelt es sich 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 € bei Einstufung in Pflegegrad 5 begrenzt ist. Die Höhe des Tagegeldes hängt dabei ausschließlich vom Pflegegrad ab und ist bei häuslicher und stationärer Pflege stets identisch. Die in Abhängigkeit vom Pflegegrad gestaffelte Leistung erscheint in Anbetracht der bestehenden Lücke bei stationärer Pflege, die unabhängig vom Pflegegrad gleich hoch ist, allerdings nicht mehr zeitgemäß.

ZWISCHENFAZIT

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

PFLEGETAGEGELD: STATISCH VS. FLEXIBEL

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

Ein wesentlicher Vorteil der ungeförderten Pflagegeldversicherung 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 Pflagegeldversicherung bestanden haben.

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

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

Bei den statischen Tarifen kann der Kunde die Höhe des Tagesgelds 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 Tagesgeldes 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 Pflagetarife sind die häufigste Tarifform.

Flexible Pflagegeldtarife, 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.

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 Versicherte 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.

UMFASSENDE 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 Restkostentariifen ist aufgrund der festen Obergrenzen kein Inflationsausgleich möglich, weshalb sie nicht zu empfehlen sind (siehe S. 8).

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 vier Unternehmen eine Dynamisierung auch im Pflegefall, wobei es sich in drei 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 Versicherungsfalles 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 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.

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 % und maximal 10 % 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).

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

Ein hohes finanzielles Risiko günstig absichern

BEITRAGSHÖHE WIRD DEUTLICH ÜBERSCHÄTZT – EIN FRÜHER ABSCHLUSS LOHNT SICH

Um der Frage nach den Kosten für die Absicherung nachzugehen, haben wir für unterschiedliche Eintrittsalter die Beiträge 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 2.000 € bei stationärer Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5.

Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei vollstationärer Pflege				
Pflegegrad	Pflegekostentarif	Pflegetagegeldtarife		
	VU A	VU B	VU C	VU D
1	125 €	200 €	200 €	2.000 €
2	770 €	2.000 €	2.000 €	2.000 €
3	1.262 €	2.000 €	2.000 €	2.000 €
4	1.775 €	2.000 €	2.000 €	2.000 €
5	2.005 €	2.000 €	2.000 €	2.000 €

Wie in der folgenden Tabelle ersichtlich, leistet der Pflegekostentarif von Versicherer A bei ambulanter Pflege durch Angehörige/Laien deutlich weniger als bei Fachpflege. Die drei Pflegetagegeldtarife

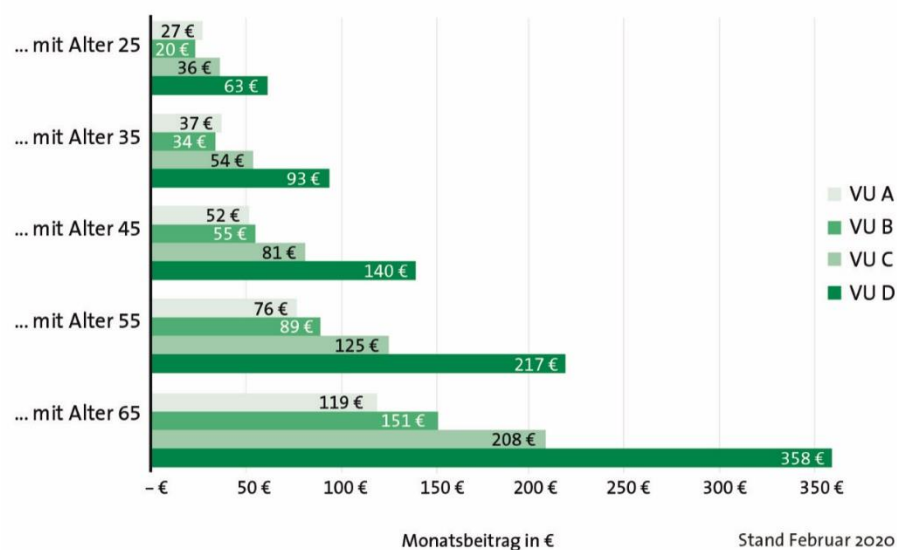
unterscheiden bei ambulanter Pflege nicht, ob diese von Fachpersonal oder von Laien durchgeführt wird. In den Pflegetagegeldtarifen bei Versicherer B und C erhält ein Pflegebedürftiger in Pflegegrad 1 und 2 10 % bzw. 30 % des vereinbarten Tagessatzes. In unserem Beispiel entspricht dies einer Leistung von 200 € bzw. 600 € im Monat. 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 2.000 €.

Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei häuslicher Pflege				
Pflegegrad	Pflegekostentarif	Pflegetagegeldtarife		
	VU A Laien-/Fachpflege	VU B	VU C	VU D
1	-	200 €	200 €	2.000 €
2	316 € / 689 €	600 €	600 €	2.000 €
3	545 € / 1.298 €	1.000 €	1.400 €	2.000 €
4	728 € / 1.612 €	1.600 €	2.000 €	2.000 €
5	901 € / 1.995 €	2.000 €	2.000 €	2.000 €

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 bei Abschluss ...



In der eingangs erwähnten Allensbach-Umfrage¹¹ schätzen die Befragten die Kosten für eine Pflegezusatzversicherung mit einem Monatsbeitrag von durchschnittlich 161 € deutlich zu hoch ein. 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 20 € bis 63 € deutlich unter den vermuteten Kosten und größtenteils noch unter den 77 €, 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.

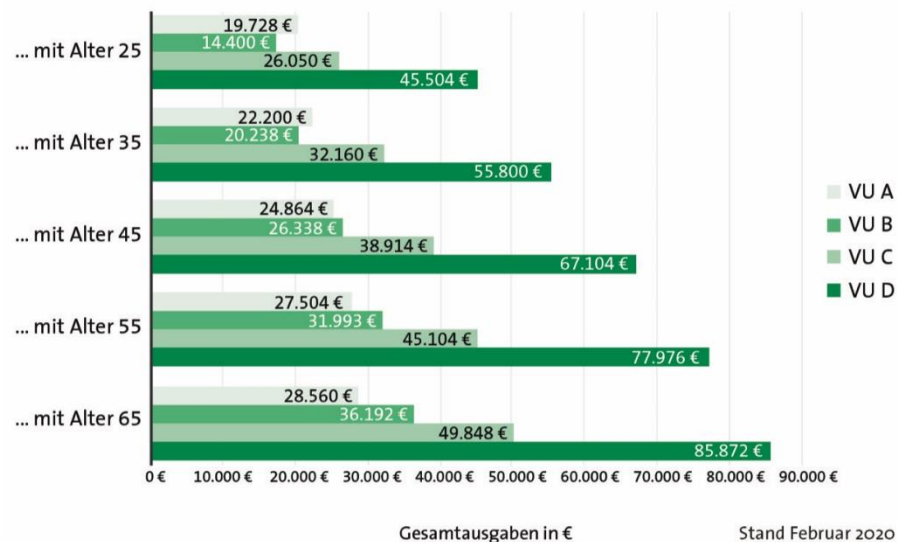
Grundsätzlich gilt: Je früher die Pflegezusatzversicherung abgeschlossen wird, desto günstiger ist sie insgesamt für den Kunden. Wie die folgende Grafik zeigt, muss eine 65-jährige Person bei einer angenommenen Laufzeit bis Alter 85 mit 36.192 € bei Versicherer B ceteris paribus fast 22.000 € mehr aufwenden als wenn er mit 25 Jahren eingetreten wäre. Bei Versicherer D beträgt die Differenz zwischen den beiden Eintrittsaltern sogar rund 40.000 €.¹²

¹¹ Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12004

¹² Aufgrund der Darstellung von gerundeten Monatsbeiträgen, können sich bei der Summe der Gesamtausgaben Rundungsdifferenzen ergeben.

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 € mehr aufwenden.

Gesamtausgaben Pflegezusatzversicherung bis Alter 85 bei Abschluss ...



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 Pflegegeldversicherungen.
- Je höher das Eintrittsalter, desto günstiger wird die Pflegekostenversicherung im Verhältnis zum Pflegegeld.
- 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 PFLEGEZUSATZ-VERSICHERUNG?

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.¹³

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 (1.928 €/Monat) auf 46.272 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. 17).

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.

¹³ Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36, BARMER GEK Pflegereport 2015, S. 143, aufgerufen am 01.10.2019 unter

<https://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

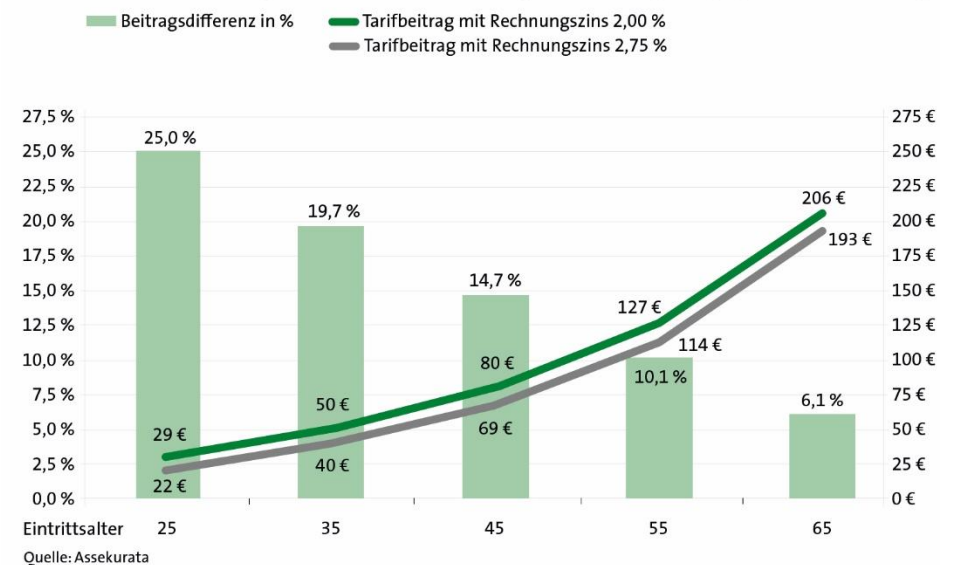
Bei der Bewertung von geeigneten Versicherungslösungen zur Abdeckung des Pflegerisikos liegt der Fokus häufig auf dem Preis für die Geldleistung. Auch in unserer Untersuchung kommen wir diesbezüglich zu dem Ergebnis, dass der günstige Pflegezusatztarif die vermeintlich vorteilhafteste Wahl ist. Hier 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 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



Wie das vorherige Rechenbeispiel zeigt, müsste eine 25-jährige Person in ein und demselben Pfl egetagegeldtarif 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 Pfl egetagegeldversicherung. Die vorliegenden Verbandsstatistiken zeigen aktuell eine deutliche Zunahme der Pflegedauer und Leistungen über alle Pflegegrade. Diese Entwicklung ist auf das PSG II zurückzuführen und hat zur Folge, dass die Beiträge 2020 erneut angepasst werden mussten. Dies gilt in der Pflegezusatzversicherung vor allem für bereits bestehende Verträge, die vor 2013 abgeschlossen wurden, aber mitunter auch für die Unisextarife im Neugeschäft.

Vermittler und Verbraucher sollten sich aber von Beitragsanpassungen nicht verunsichern lassen und die bestehende Pflagegeldversicherung nicht vorschnell kündigen oder den Anbieter wechseln. Zum einen gehen durch einen Unternehmenswechsel sämtliche bereits angesparte Alterungsrückstellungen verloren. Des Weiteren ist der Kunde auch beim neuen, vermeintlich günstigeren Anbieter nicht vor einer Beitragsanpassung gefeit, falls dieser gegebenenfalls den Rechnungszins erst noch absenken muss. Sofern die Beitragslast infolge einer Beitragsanpassung zu hoch wird, empfiehlt es sich, den Versicherungsschutz zu reduzieren, um das ursprüngliche Beitragsniveau zu halten, anstatt den Anbieter zu wechseln.

ZWISCHENFAZIT

- Die Niedrigzinsphase 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 ungeforderten Pflagegeldversicherung und den Aufstockungstarifen der Pflegekostenversicherung möglich.

Fazit

Jüngste 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.

Diese Sorge dürfte in den meisten Fällen unbegründet sein. Unsere Marktanalyse belegt, dass sich der Eigenanteil an den Pflegekosten – die sogenannte Pflegelücke – zu niedrigeren Prämien absichern lässt als gemeinhin angenommen. Dabei gilt: Je früher eine Pflegezusatzversicherung abgeschlossen wird, desto besser. Zum einen sinkt damit das Risiko von Vorerkrankungen, die einen Vertragsabschluss erschweren (Risikozuschlag) oder gar verhindern können. Zum anderen sind die Ausgaben – sowohl in Bezug auf den Monatsbeitrag als auch über die gesamte Vertragslaufzeit hinweg gesehen – geringer. So kann ein 25-Jähriger bereits zu einem Monatsbeitrag ab 20 € eine Pflegetagegeldversicherung abschließen, die sein Budget bei ambulanter Pflege nahezu verdoppelt und die derzeitige durchschnittliche Pflegelücke von 2.000 Euro bei stationärer Pflege komplett schließt. Selbst im Alter von 55 Jahren ist dieses Absicherungsniveau noch für unter 90 € pro Monat zu haben.

Die Pflegelücke schwankt allerdings von Bundesland zu Bundesland erheblich und variiert von durchschnittlich 1.346 € in Mecklenburg-Vorpommern bis hin zu 2.406 € in Nordrhein-Westfalen. 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. 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. 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 Pflegezusatzversi-

cherungen 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.

*Unsere
Informationen
schaffen Werte*

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