

Pflegezusatzversicherung – sinnvoll oder zu teuer?

von G. Schwarz, Netzwerk Demenz Stuttgart, Stand 1.8.26 *

Einleitung.....	1
1. Checkliste zur Auswahl einer Pflegezusatzversicherung	2
2. Das Risiko einmal pflegebedürftig zu werden.....	3
3. Geld ansparen – was kann das bringen? – Unterhaltspflicht und Sozialhilfeanspruch.....	3
3. Grundlegendes zu Pflegezusatzversicherungen – Monatliche Kosten und Höhe der Leistungen.....	4
3.1 Gesundheitsfragen:	4
3.2 Ambulant und/oder stationär	5
3.3 Stabiler Beitrag im Alter und Beitragsanpassungen	5
3.4 Höhe des monatlichen Beitrags und der Leistungen.....	6
3.5 Inflationsausgleich bei Leistungen.....	7
3.6 Beitragsfreiheit im Leistungsfall, Beitragspause	7
3.7 Wartezeit nach Vertragsabschluss	7
3.8 Steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge.....	7
4. Varianten der Pflegezusatzversicherung.....	7
4.1 Pflegegeldversicherung (Pflegetagegeldversicherung).....	8
4.2 Pflegekostenversicherung.....	8
4.3 Pflegerentenversicherung	8
4.4 Pflege-Bahr-Versicherung (Förderpflegeversicherung)	8
5. Abschließende Bewertung und was noch besser als eine Pflegezusatzversicherung wäre.....	9
6. Informationen im Internet.....	10

Einleitung

Braucht man Unterstützung, wenn man pflegebedürftig ist, kann das mit hohen Kosten verbunden sein. Und die Leistungen der Pflegeversicherung sollen ab 2027 geringer werden (PNOG-Reformentwurf). Zudem erhöhen sich die Kosten für Hilfeleistungen aufgrund der allgemeinen Lohn- und Kostensteigerungen weiter. Ein Aufenthalt im Pflegeheim kostet in Stuttgart im ersten Jahr fast 4.000 € monatlich und etwas unter 50.000 €. Durch Leistungszuschläge wird es in Lauf der ersten 5 Jahre etwas weniger, trotzdem muss man in drei Jahren insgesamt etwa 140.000 € zuzahlen und nach 5 Jahren sind es ca. 220.000 €. Auch die Betreuung und Pflege zu Hause verursacht Kosten, wenn man Hilfen zur Unterstützung benötigt. Eine ausgebildete Pflegefachkraft vom Pflegedienst kostet derzeit etwa 70 € pro Stunde und Betreuung oder Hilfe im Haushalt von alltagsunterstützenden Diensten 40-45 € pro Stunde. Mit den Pflegeversicherungsleistungen von monatlich ca. 600-800 € für Alltagshilfen (v.a. Pflegegeld) oder bis zu 2.000 € für Hilfe vom Pflegedienst bei höheren Pflegegraden kann

** Die Informationen im Text sind sorgfältig recherchiert. Für die Angaben kann aber keine Gewähr übernommen werden. Bitte nutzen Sie bei Bedarf weitergehende Beratungsmöglichkeiten.*

man zurechtkommen, wenn Angehörige viel Hilfe übernehmen. Alleinlebende Menschen brauchen auch zu Hause viele bezahlte Hilfen. Für eine Helferin aus Osteuropa, die mit im Haushalt lebt müssen derzeit auch etwas über 3.000 € monatlich plus Kost und Logi aufgebracht werden.

Kann man die benötigte Unterstützung nicht auf Dauer bezahlen, werden Kosten anteilig über Sozialhilfeleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege übernommen. Allerdings nur in dem Umfang wie es als erforderlich eingeschätzt wird. Zuvor muss das eigene Vermögen mit Ausnahme der Wohnung oder dem Haus, in dem man lebt, eingesetzt werden.

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten zur finanziellen Vorsorge bei Pflegebedürftigkeit: Man kann regelmäßig dafür Geld ansparen oder man schließt eine Pflegezusatzversicherung ab. Beides hat Vor- und Nachteile. Gespartes Geld kann später auch an die Kinder vererbt werden. Doch woher weiß man wieviel Geld man für Hilfen benötigt, wenn man pflegebedürftig wird? Und was ist, wenn man früher als angenommen pflegebedürftig wird? Zudem kann man das gesparte Geld selbst zeitlebens nicht verbrauchen, denn das Risiko pflegebedürftig zu werden, endet zeitlebens nicht.

(Am Ende des Textes finden Sie interessante Internet-Links zum Thema).

1. Checkliste zur Auswahl einer Pflegezusatzversicherung

- Eine Pflegezusatzversicherung wenn möglich bereits in jüngeren Jahren abschließen (dauerhaft niedrige Beiträge, siehe Kap. 2.4).
- Zu empfehlen sind vorrangig Pflegegeldversicherungen (Pflegegeldversicherungen, Kap. 3.1)), bei denen die Geldleistung völlig flexibel verwendbar ist. Wenn sie zu teuer sind, ist eine Pflegekostenversicherung eine gute günstigere Alternative (siehe Kap. 3.2).
- Sich bei Vergleichsportalen (siehe oben) im Internet informieren und dort auch eine Beratung durch einen dafür spezialisierten Versicherungsberater in Anspruch nehmen.
- Bei eigenen Vorerkrankungen die Versicherung entsprechend der Gesundheitsfragen auswählen (Kap. 2.1).
- Einen Tarif mit Beitragsstabilität im Alter wählen, um nicht von erheblichen Beitragssteigerungen im Lauf der Zeit überrascht zu werden (Kap. 2.3).
- Den Beitrag sollte man auch bei mäßiger Steigerung dauerhaft bezahlen können. Nachfragen, ob es im jeweiligen Tarif möglich ist eine Zeit lang bei finanziellen Engpässen zu pausieren (Kap. 2.6).
- Entscheiden, ob man nur das große Kostenrisiko eines Heimaufenthalts absichern will (halb so hohe Beiträge) oder auch in der häuslichen Versorgung z.B. durch Einzug in eine ambulante Pflege-WG oder umfassende Hilfe durch eine Helferin aus Osteuropa flexibel sein will (Kap. 2.2).
- Die Leistungen sollten bei einem Heimaufenthalt (oder für eine Pflege-WG) so hoch sein, dass mit der Rente (oder anderem Einkommen) und Sparvermögen eine Finanzierung der Zuzahlung im Pflegeheim bis zu 6-8 Jahre lang möglich ist. Ein weiterhin zu Hause lebender Partner sollte noch genügend Geld zum Leben haben. Die Leistungen für einen Heimaufenthalt müssen bei Pflegegrad 2-5 gleich hoch sein, weil auch die Zuzahlung im Pflegeheim in allen Pflegegraden gleich hoch ist (Kap. 2.4).

2. Das Risiko einmal pflegebedürftig zu werden

Nach den Erhebungen des statistischen Bundesamts oder auch des Barmer Pflegereports 2024 ist im Alter zwischen 80-85 gut ein Drittel der Menschen in Deutschland (35 %) pflegebedürftig. Dazu gehören auch lediglich leicht pflegebedürftige Menschen in Pflegegrad 1, die knapp 5 % in der Altersgruppe ausmachen. Ebenfalls etwa 6 % der Menschen zwischen 80 und 85 Jahren leben in einem Pflegeheim (159.400 Menschen bzw. etwa jeder Zwanzigste in der Altersgruppe). Geht man davon aus, dass viele von uns ein Alter von 80-85 Jahren erreichen werden, lässt sich das individuelle Risiko einmal pflegebedürftig oder in einer Pflegeeinrichtung zu leben in etwa einschätzen. Mit zunehmendem Alter verdoppelt sich der Anteil der pflegebedürftigen oder im Heim lebenden Menschen etwa alle 5 Jahre. Das heißt, im Alter zwischen 85 und 90 Jahren leben bereits 10 % der Menschen im Pflegeheim und fast 60 % sind pflegebedürftig. Die Dauer der Pflegebedürftigkeit liegt im Durchschnitt bei älteren Menschen bei etwa 4-5 Jahren, wobei z.B. bei einer Demenzerkrankung von einer fast doppelt so langen Dauer auszugehen ist. Im Pflegeheim leben Menschen durchschnittlich je nach Geschlecht etwa 2-3 Jahre (Frauen etwas länger). Wobei auch hier die Dauer stark von den Krankheitsbildern abhängig ist. Der Barmer Pflegereport kommt bei Einbezug der leichten Pflegebedürftigen von Pflegegrad 1 sogar auf eine durchschnittliche Dauer von Pflegebedürftigkeit von über 7 Jahren.

3. Geld ansparen – was kann das bringen? – Unterhaltspflicht und Sozialhilfeanspruch

Spart man ab dem 45. Lebensjahr monatlich 50 € mit einer angenommenen guten Verzinsung von 4 % (z.B. ETF-Fonds), hat man nach 35 Jahren (mit 80) ein Sparvermögen von 45.000 € angespart. Das entspricht etwa dem Betrag, den man im ersten Jahr eines Pflegeheimaufenthalts als Zuzahlung benötigt. Kann man zusätzlich einen Teil der Rente für die Heimkosten einsetzen, verlängert sich der Zeitraum entsprechend (siehe auch Angaben zu den Heimkosten pro Jahr in der Einleitung). Eine Absicherung für den Fall eines Heimaufenthalts ist daher auf diese Weise nur begrenzt möglich und nicht, wenn der Heimaufenthalt einige Jahre dauert. Den angesparten Betrag kann man zudem zeitlebens selbst nicht verbrauchen, denn das Risiko pflegebedürftig zu werden, wird mit zunehmendem Alter nicht geringer, sondern höher. Man kann auf diese Weise nur erbenden Kindern oder anderen Angehörigen einmal eine Freude machen.

Situation mit Lebenspartner: Lebenspartner (auch nicht verheiratete, die zusammenleben) sind für Pflegekosten voll füreinander unterhaltspflichtig. Hat man einen Lebenspartner, der für die Übernahme der Heimkosten unterhaltspflichtig ist, wird er in der Regel die verbleibende gemeinsame Rente während des Heimaufenthalts des Partners für den eigenen Lebensunterhalt benötigen. Dann steht nur das Sparvermögen für die Heimkosten zur Verfügung. Zu bedenken ist auch, dass beim Ansparen ein entsprechend geringeres Sparvermögen zur Verfügung steht, falls man vor dem 80. Lebensjahr pflegebedürftig wird. Bei einer unerwartet früh einsetzenden Pflegebedürftigkeit ist das Sparvermögen sogar eher gering. Möchte man sich als Ehepaar andererseits mit 45 Jahren ausreichend durch eine Pflegezusatzversicherung absichern, muss man mit monatlichen Beiträgen von mindestens 50 € je Partner (zusammen 100 €) rechnen (siehe Kapitel 2.4). Sichert man nur das Risiko für einen möglichen Heimaufenthalt ab, genügt ein Beitrag von 25 € je Partner (50 € für beide). Dies

entspricht dem gleichen Betrag, mit dem man durch 35 Jahre Ansparen die Heimkosten für einen Partner mindestens ein Jahr lang finanzieren kann. Die Pflegezusatzversicherung ist daher eine meist bessere Möglichkeit der Vorsorge. Anders verhält es sich, wenn ausreichendes Vermögen oder Sparvermögen bereits als Reserve vorhanden ist und man dies zeitlebens auch nicht verbrauchen möchte (z.B. vermietete Immobilien). Dann kann dies jederzeit für Kosten bei Pflegebedürftigkeit eingesetzt werden. Das eigene Wohneigentum ist jedoch für Partner eine eher ungeeignete Vorsorge. Solange zumindest ein Partner in der Wohnung oder dem Haus weiterhin lebt, kann es nicht verkauft und zur Finanzierung von Pflegekosten verwendet werden. Dann kann höchstens über eine Grundschuld eintragung oder eine Hypothek ein Darlehen bei einer Bank zur Pflegefinanzierung aufgenommen werden.

Situation als Alleinlebender: Lebt man allein, kann man selbstverständlich Wohneigentum, in dem man nur selbst wohnt, zur Finanzierung späterer Heimkosten verwenden. Solange man jedoch zu Hause lebt und eventuell hohe Kosten durch Pflege- und Hilfsdienste entstehen oder beispielsweise durch eine Betreuungskraft aus Osteuropa, kann der Vermögenswert vom Wohneigentum nicht genutzt werden. Unter Umständen kann man auch in dem Fall über eine Grundschuld oder Hypothek ein Bankdarlehen aufnehmen.

Als alleinlebender Mensch kann man grundsätzlich auch das Risiko in Kauf nehmen bei späterer Pflegebedürftigkeit auf Unterstützung durch Sozialhilfe angewiesen zu sein. Kosten im Pflegeheim wie auch bei einem Pflegebedarf zu Hause werden ggf. im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ durch Sozialhilfeleistungen übernommen soweit der Bedarf für die Unterstützung aufgrund fachlicher Einschätzungen anerkannt wird.

Unterhaltungspflicht von Kindern: Leibliche Kinder eines pflegebedürftigen Elternteils sind derzeit nur von einer Unterhaltungspflicht betroffen, wenn ihr jährliches Bruttoeinkommen über 100.000 € liegt. **Allerdings ist geplant diese Regelung, die im Jahr 2020 eingeführt wurde (Angehörigenentlastungsgesetz), aufgrund notwendiger Sparmaßnahmen in ein bis zwei Jahren wieder ganz oder teilweise rückgängig zu machen.** Dann sind Kinder wieder grundsätzlich für ihre pflegebedürftigen Eltern unterhaltspflichtig. Für die Höhe der Unterhaltszahlung gab und gibt es genaue Regeln. Sie ist abhängig von den Einkommensverhältnissen der Kinder. Miete sowie Tilgungen für ein Wohneigentum wie auch Unterhaltsverpflichtungen für Kinder werden bei der Berechnung berücksichtigt. Bei guten mittleren Einkommensverhältnissen kann es zu einer Beteiligung an den Pflegekosten des Elternteils von mehreren hundert Euro im Monat kommen. Solche Unterhaltszahlungen werden notfalls vom Sozialhilfeträger eingeklagt.

3. Grundlegendes zu Pflegezusatzversicherungen – Monatliche Kosten und Höhe der Leistungen

Die verschiedenen Varianten und Tarifoptionen von Pflegezusatzversicherungen erschweren den Überblick. Daher sind hier zunächst einige Grundinformationen erläutert. In den Vergleichsportalen im Internet (siehe Links am Ende) finden Sie gute Hinweise zu den folgenden Merkmalen der jeweiligen Tarife.

3.1 Gesundheitsfragen:

Ähnlich wie bei einer Krankenzusatzversicherung muss man beim Antrag auf eine Pflegezusatzversicherung zunächst einen Katalog von Gesundheitsfragen beantworten.

Durch die Gesundheitsfragen erhält die Versicherungsgesellschaft Informationen zu Erkrankungen oder Behinderungen, die mit einem deutlichen höheren Risiko oder einem frühzeitigeren Eintritt von Pflegebedürftigkeit verbunden sein können. Auch wenn manche Versicherungen nach vielen Erkrankungen fragen, führen nur schwere Beeinträchtigungen zu einer grundsätzlichen Ablehnung eines Vertragsabschlusses durch die Versicherung. Manche Versicherungsgesellschaften bieten im Fall einer schweren Vorerkrankung eine Versicherung mit Risikozuschlag an, das bedeutet mit einem höheren monatlichen Beitrag. Gegebenenfalls kann man dann eine günstige Versicherung mit Risikozuschlag mit einer teureren vergleichen, die bei gleicher Vorerkrankung keinen Zuschlag erhebt. In den Vergleichsportalen im Internet wird auf den Umfang der Gesundheitsfragen bei jedem Tarif hingewiesen (siehe Internetadressen am Textende). In einem der Portale sind sogar Vorerkrankungen aufgelistet mit jeweiligen Versicherungen, die bei Vorhandensein der Erkrankung versichern. *(Falsche Angaben bei Gesundheitsfragen können zum Leistungsverlust und zur Rückzahlungspflicht bereits erfolgter Leistungen führen).*

Die **staatlich geförderten Pflege-Bahr-Versicherung wird ohne Gesundheitsfragen angeboten**. Sie kann daher auch bei schweren Vorerkrankungen und auch noch in hohem Alter abgeschlossen werden. Sie hat jedoch verschiedene Nachteile und ist daher meist nur in diesem Fall gegenüber anderen Versicherungsvarianten zu bevorzugen.

3.2 Ambulant und/oder stationär

Es gibt Tarife, die nur bei häuslicher Pflege oder nur bei einem Heimaufenthalt Leistungen zahlen. Die Beiträge sind dann nur etwa halb so hoch wie bei einem Kombitarif. Da ein Heimaufenthalt unvermeidbar sein kann und grundsätzlich hohe Kosten von über 2.000 € monatlich verursacht, sollte man dieses Risiko in jedem Fall absichern. Bei der häuslichen Unterstützung hängt es vor allem von den familiären Unterstützungsmöglichkeiten und dem eigenen Einkommen ab, ob die gesetzlichen Pflegeversicherungsleistungen weitgehend ausreichen und darüberhinausgehende Kosten z.B. für einen Pflegedienst oder eine Betreuungshilfe durch Sparvermögen und Rente finanzierbar sind. Braucht man eine umfassende Unterstützung beispielsweise durch eine osteuropäische Hilfskraft oder einen Aufenthalt in einer Pflege-Wohngemeinschaft, entstehen auch hier zusätzliche Kosten von über 2.000 € ähnlich wie im Pflegeheim. **Wichtig ist einen Tarif zu wählen, der bei den Heimkosten bei Pflegegrad 2-5 eine gleich hohe Leistung auszahlt (da auch die Zuzahlung gleich hoch ist). Bei häuslicher Pflege steigen die Leistungen in der Regel bei höherem Pflegegrad (was auch sinnvoll ist).**

3.3 Stabiler Beitrag im Alter und Beitragsanpassungen

Auf dieses Merkmal einer Versicherung sollte man unbedingt achten. Die meisten Zusatzversicherung bieten es an. Indem eine Versicherung einen Teil der Beiträge in sogenannten „Alterungsrückstellungen“ anlegt, ermöglicht sie, dass die Beiträge einer versicherten Person im Lauf ihres Lebens nicht steigen, weil schlicht das Risiko für Pflegebedürftigkeit im Alter steigt. Daher wird ein erheblicher Teil des Beitrags vorsorglich kapitalbildend zum Ausgleich solcher Veränderungen angelegt. Dafür gibt es strenge gesetzliche Vorgaben. Fast alle Versicherungen bieten diese Beitragsstabilität an. In den Vergleichsportalen wird immer darauf hingewiesen oder eine Filtermöglichkeit dazu angeboten. **Trotz dieser wichtigen Vorsorgeregelung kann es aber trotzdem zu**

mäßigen Beitragssteigerungen im Lauf der Zeit kommen. Ein Grund dafür kann sein, dass das Risiko für Pflegebedürftigkeit allgemein in der Bevölkerung unabhängig vom Alter steigt (z.B. weil die Gesundheitsvorsorge vernachlässigt wird). Weitere Gründe können eine allgemeine Zunahme der Dauer von Pflegebedürftigkeit sein oder dass deutlich mehr Menschen einen Pflegegrad erhalten, wie das z.B. 2017 durch die damalige Pflegereform der Fall war. Die geplante Pflegereform im Jahr 2027 wird allerdings voraussichtlich die Zuerkennung der Pflegegrade 1-5 erst bei etwas stärkeren Beeinträchtigungen als bisher ermöglichen. Dadurch wird sich die Zahl der Menschen in allen Pflegegraden zunächst etwas vermindern. Dadurch sinken dann auch die Ausgaben der Zusatzversicherungen leicht.

Beitragsanpassungen (in der Regel Erhöhungen) kann nicht widersprochen werden, wenn sie aufgrund der zuvor beschriebenen Entwicklungen wie einer allgemein längeren Dauer von Pflegebedürftigkeit oder einer gesetzlichen Erleichterung des Zugangs zu Pflegegraden zustande kommen. Für solche Beitragsanpassungen gibt es jedoch ebenfalls strenge gesetzliche Vorgaben. Die Versicherungen müssen zudem die verursachenden Gründe transparent mitteilen. Kann oder will man die höheren Beiträge nicht bezahlen, hat man in der Regel die Möglichkeit die Leistungen der Versicherung zu reduzieren, wodurch sich auch der Beitrag vermindert. Eine andere Möglichkeit kann ein Tarifwechsel in eine günstigere Versicherung des Anbieters sein.

Beitragserhöhungen aufgrund einer vereinbarten Dynamik der Leistungen bzw. einer Inflationsanpassung kann man in jedem Fall widersprechen. Bei mehrmaligem Widerspruch kann lediglich das Optionsrecht für Beitragserhöhungen erlöschen (siehe Kap. 2.5).

3.4 Höhe des monatlichen Beitrags und der Leistungen

Mit der Höhe des monatlichen Beitrags steigen bei allen Versicherungen auch die ausbezahlten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Wer sich gut absichern möchte, um z.B. auch im Fall eines Pflegeheimaufenthalts ohne finanziellen Engpass zurechtzukommen, muss entsprechend hohe Beiträge bezahlen. Für einen Heimaufenthalt müssen monatlich auf Dauer etwa 2.000 bis 2.500 € privat zugezahlt werden. In den ersten zwei Jahren können es sogar fast 4.000 € sein. (Die gesetzlichen Pflegeversicherungsleistungen erhöhen sich in den ersten 4-6 Jahren durch einen Leistungszuschlag, der schrittweise mit der Aufenthaltsdauer steigt). Von daher sollte die Zusatzversicherung zu den Heimkosten etwa 1.800 € zusteuern, wenn man einen Teil der Kosten und die anfangs höheren Kosten durch die Rente und ein Sparvermögen finanzieren kann. Schließt man den Versicherungsvertrag beispielsweise mit 45 Jahren ab, zahlt man dafür bei einer günstigen guten Versicherung (z.B. HanseMerkur) ca. 50 € monatlich. Würde man eine Versicherung nur für die Heimkosten wählen (siehe zweiter Punkt „ambulant und/oder stationär“), würde das im gleichen Alter ca. 25 € im Monat kosten (z.B. bei der ARAG oder Barmenia).

Der zweite wichtige Aspekt bei der Beitragshöhe ist das Alter beim Abschluss der Versicherung. Je höher das Alter, desto höher ist dauerhaft der Versicherungsbeitrag. Schließt man die zuvor genannte Versicherung der HanseMerkur bereits mit 35 ab, zahlt man dauerhaft ca. 30 € im Monat (bei Absicherung nur der Heimkosten entsprechend 15-20 €). Beim Eintrittsalter von 55 Jahren sind es entsprechend 80 bzw. 40 € im Monat und mit 65 Jahren dann 135 bzw. 60-70 € im Monat. Bei einem frühen Versicherungsbeginn

mit 25 Jahren würde man sogar nur 20 bzw. 10 € monatlich (dauerhaft) an Beiträgen bezahlen. Das Risiko pflegebedürftig zu werden, ist zwar in jungen Jahren gering, aber aufgrund von Erkrankungen oder einem Unfall auch nicht auszuschließen. Jugendliche und Kinder können bereits zu Versicherungsbeiträgen dauerhaft unter 10 € monatlich versichert werden.

3.5 Inflationsausgleich bei Leistungen

Viele Tarife erhöhen den Beitrag und die Leistungen alle 3 Jahre um 10 % oder entsprechend der Kostensteigerungen oder Inflation. Man kann dem widersprechen. Bei einzelnen Tarifen verliert man die Erhöhungsoption, wenn man z.B. zweimal hintereinander der Erhöhung widerspricht. Auch im Leistungsfall bieten viele noch die Option für eine Erhöhung des Beitrags und der Leistung an. Zusätzlich gibt es oft auch die Möglichkeit die Leistungen zwischendurch auf eigenen Wunsch zu erhöhen oder zu senken (mit entsprechender Erhöhung oder Verminderung des Beitrags).

3.6 Beitragsfreiheit im Leistungsfall, Beitragspause

Bei den meisten Tarifen müssen die Beiträge auch dann weitergezahlt werden, wenn man pflegebedürftig ist und Leistungen erhält. Man sollte daher bei der zu erwartenden monatlichen Leistungshöhe den Versicherungsbeitrag abziehen, um die Nettoleistung zu erhalten. *(Die HanseMerkur bietet eine Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 3 gegen Aufpreis an)*. Häufig wird während der Leistungsphase noch weiterhin angeboten die Leistungen durch eine Erhöhung des monatlichen Beitrags weiter zu erhöhen.

Auch die **Möglichkeit einer Beitragspause** ohne Leistungsanspruch kann in den Versicherungsbedingungen für bestimmte Lebenssituationen wie z.B. Arbeitslosigkeit geregelt sein.

3.7 Wartezeit nach Vertragsabschluss

Bei den meisten Pflegezusatzversicherungen gibt es keine Wartezeit bis Leistungen nach Abschluss der Versicherung möglich sind. Lediglich bei der staatlich geförderten Pflege-Bahr-Versicherung sind Wartezeiten bis zu 5 Jahren möglich.

3.8 Steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge

Grundsätzlich sind Beiträge zur Pflegezusatzversicherung als sonstige Vorsorgeaufwendung absetzbar. Der absetzbare Höchstbetrag für Vorsorgeaufwendungen (1.900 € bei Angestellten bzw. 3.800 € bei Ehepaaren) wird jedoch bei vielen bereits durch die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschöpft.

4. Varianten der Pflegezusatzversicherung

Es gibt vier Varianten von Pflegezusatzversicherungen, die Pflegegeldversicherung, die Pflegekostenversicherung, die Pflegerentenversicherung und die staatlich geförderte Pflege-Bahr-Versicherung. Schon vorneweg kann gesagt werden, dass die Pflegegeldversicherung für die meisten Menschen die geeignetste Variante ist. Sie wird auch am häufigsten von Versicherungsexperten empfohlen. Die Pflege-Bahr-Versicherung eignet sich für Menschen mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die aufgrund der Gesundheitsfragen bei anderen Versicherungsvarianten abgelehnt werden. Alle Varianten werden im Folgenden kurz beschrieben.

4.1 Pflegegeldversicherung (Pflegetagegeldversicherung)

Bei dieser Variante wird ab der Einstufung in einen Pflegegrad ein pauschaler Betrag pro Tag zur freien Verfügung durch die Zusatzversicherung ausgezahlt. Der Einfachheit halber wird der Betrag meist als monatliche Leistung angegeben. Bei den meisten Tarifen beginnt die Auszahlung bereits ab Pflegegrad 1, bei einigen erst ab höheren Pflegegraden. Solange die versicherte Person zu Hause lebt, richtet sich die Höhe der Leistung bzw. des Auszahlungsbetrags meist nach dem Pflegegrad. Je höher der Pflegegrad, umso höher ist der monatliche Leistungsbetrag. Lebt man im Pflegeheim, ist die Leistung in der Regel bei Pflegegrad 2-5 immer gleich hoch und entspricht meist der Leistung bei Pflegegrad 5 der häuslichen Versorgung. Auch die Höhe der privaten Zuzahlung ist im Pflegeheim bei Pflegegrad 2-5 immer gleich hoch, daher ist es wichtig, dass auch die Leistung bei diesen Pflegegraden gleich ist. (Bei Pflegegrad 1 braucht man normalerweise keinen Heimaufenthalt).

Die Pflegegeldversicherung bietet die beste Flexibilität. Der ausgezahlte Betrag kann nach eigenen Vorstellungen und Wünschen verwendet werden. Sie ist vergleichbar mit einer Risikolebensversicherung. *(Die Angaben zur Beitrags- und Leistungshöhe von Pflegezusatzversicherungen im vorigen Kapitel beziehen sich auch Pflegegeldversicherungen).*

4.2 Pflegekostenversicherung

Diese Versicherungsvariante ist im Vergleich etwas preiswerter wie eine Pflegegeldversicherung, jedoch ist der Aufwand im Leistungsfall höher, denn man muss Kostenbelege oder Leistungsnachweise der gesetzlichen Pflegeversicherung einreichen. Zudem sind die Leistungen nicht so flexibel einsetzbar. Die Pflegekostenversicherung erhöht entweder die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung um einen bestimmten Prozentsatz oder sie übernimmt Restkosten bis zu einem im Tarif festgelegten Höchstbetrag. In den Vergleichsportalen im Internet findet man meist nur Pflegegeldversicherungen. Zu Pflegekostenversicherungen muss man sich ggf. direkt bei den Versicherungen erkundigen.

4.3 Pflegerentenversicherung

Sie ist mit einer kapitalbildenden Lebensversicherung vergleichbar. Daher sind die Beiträge bei dieser Variante am höchsten. Bei Pflegebedürftigkeit erhält man eine sogenannte Pflegerente, die mit den Leistungen der Pflegegeldversicherung vergleichbar sind. Auch bei einer vorzeitigen Kündigung oder im Todesfall erhält man bei dieser Versicherung eine Auszahlung, da die Beiträge zum Teil kapitalbildend angelegt werden und in dem Fall als Einmalleistung ausgezahlt werden. Es gibt wohl viele individuelle Gestaltungsmöglichkeiten bei dieser Versicherungsvariante, die entsprechend mit der Versicherungsgesellschaft bzw. einem Berater abgestimmt werden können.

4.4 Pflege-Bahr-Versicherung (Förderpflegeversicherung)

Die sogenannte Pflege-Bahr-Versicherung wurde 2013 vom damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr als staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung ins Leben gerufen. Ihre Besonderheit ist, dass ab einem monatlichen Beitrag von 10 € der Beitrag um weitere 5 € durch eine staatliche Förderung erhöht wird. Zudem gibt es bei dem Tarif keine Gesundheitsfragen. Jede Person kann die Versicherung ab 18 Jahren und mit jeglichen Vorerkrankungen abschließen. Allerdings gibt es eine Wartezeit von meist 5 Jahren bis nach Vertragsanschluss Leistungen möglich

sind. Die Pflege-Bahr-Versicherung wird von den üblichen Versicherungsgesellschaften angeboten, teilweise auch als Kombi-Angebot in Kombination mit einer Pflegegeldzusatzversicherung. Da Beitragshöhe und auch die Leistungshöhe unterscheiden sich auch hier je nach Versicherung, weshalb ein Vergleich wichtig ist. Die Mindest-Leistungshöhe ist gesetzlich vorgegeben (Pflegegrad 5 mindestens 600 €, PG 4 = 240 €, PG 3 = 180 €, PG 2 = 120 €, PG 1 = 60 €).

Nachteile und Bewertung: Die Pflege-Bahr-Versicherung ist vor allem eine Möglichkeit für Menschen mit schweren Vorerkrankungen sich zu versichern. Sie hat aufgrund dessen aber ein ungünstiges Preis-Leistungs-Verhältnis. Wer sich anders versichern kann, sollte das tun. Weitere Nachteile sind die lange Wartezeit von meist 5 Jahren (nur bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit entfällt die Wartezeit) und dass es bei Heimaufenthalt ebenfalls nur die geringen pflegegradabhängigen Leistungen gibt. Kritisch wird von Versicherungsexperten auch die Beitragsentwicklung in der Zukunft angesehen, da die Versicherungsform eher von Menschen mit höherem Pflegebedürftigkeitsrisiko abgeschlossen wird.

5. Abschließende Bewertung und was noch besser als eine Pflegezusatzversicherung wäre

Eine Pflegezusatzversicherung ist eine sinnvolle Absicherung gegen hohe Kosten, die bei Pflegebedürftigkeit meist in höherem Alter, manchmal aber auch früher entstehen können. Je früher man die Versicherung abschließt (z.B. im Alter von 20 oder 30 Jahren) umso günstiger ist der Beitrag dauerhaft. Besonders Kinder und Jugendliche können noch sehr günstig versichert werden. Vergleichbar ist die Absicherung in etwa mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung, bei der auch gesundheitliche Folgen von Erkrankungen oder Unfällen durch finanzielle Leistungen ausgeglichen werden. Jedoch sind BU-Versicherungen wesentlich bekannter und geläufiger. Das Risiko für Pflegebedürftigkeit wird eher ausgeblendet und dem Alter zugeordnet. Man kann jedoch auch im mittleren Lebensalter durch eine Erkrankung oder bereits von Geburt an aufgrund einer Behinderung pflegebedürftig werden. Grundsätzlich besteht natürlich immer die Frage und das Problem der Priorisierung von Versicherungen. Welche sind wichtig und vorrangig und welche bzw. wie viele Versicherungen kann man sich leisten? Das Risiko im Alter pflegebedürftig zu werden ist nicht gering. Allein etwa jede zweite Frau und jeder dritte Mann wird im Lauf seines Lebens einmal demenzkrank werden, mit einer möglicherweise langen Pflegedauer.

Es braucht eigentlich eine grundlegendere Lösung: Pflegebedürftige Menschen wie auch ihre Kinder und Lebenspartner werden durch Pflegebedürftigkeit finanziell, menschlich und zeitlich in teilweise hohem Maß gefordert und belastet. Auch die Kommunen werden inzwischen durch stark steigende Sozialhilfeausgaben für pflegebedürftige Menschen stark belastet. Wäre aus diesen Gründen nicht schon lange eine gleichmäßigere Lastenverteilung notwendig und sinnvoll? Wenn bereits Kinder in privaten Zusatzversicherungen dauerhaft günstig versichert werden können, könnte eine solche Absicherung bereits frühzeitig verpflichtend für alle angelegt werden. Nicht zuletzt können auch Kinder bereits durch Behinderungen oder Erkrankungen ein Pflegerisiko haben. Wäre zum Beispiel ein kleiner Teil des Kindergelds nicht sehr gut in einer langfristigen Absicherung angelegt? Die politischen Parteien hatten bereits ambitionierte Ideen für eine grundsätzliche Neugestaltung der Absicherung von Pflegerisiken. Fehlt

nach wie vor der Mut für grundlegende neue Ansätze und deren Umsetzung? Die Probleme der fehlenden Vorsorge bei Pflegebedürftigkeit treffen unweigerlich früher oder später viele von uns. Sie belasten Betroffene und ihre Angehörigen unmäßig. Diese Lasten führen nicht selten zu weiteren gesundheitlichen Folgeschäden, teilweise auch zur Verarmung der Betroffenen und ihres Partners. Inzwischen ist hierdurch auch die Gesellschaft als Ganzes belastet. Das Grundproblem einer ausreichenden Vorsorge und Absicherung für die gesamte Bevölkerung wurde bisher nicht grundlegend angegangen. Jetzt Pflegeleistungen durch die geplante PNOG-Pflegereform aufgrund öffentlicher Sparzwänge zu kürzen, bringt keine Lösungen, sondern verschärft die bestehenden Probleme und Belastungen. Es reicht auch nicht aus an die Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung zu appellieren und ehrenamtliche Kräfte zu mobilisieren. Beides ist sinnvoll und wichtig, braucht aber eine gute Grundversorgung als Basis.

6. Informationen im Internet

Allgemeine Informationen zu Pflegezusatzversicherungen:

<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/ist-eine-pflegezusatzversicherung-eine-sinnvolle-absicherung-fuers-alter-29435>

<https://www.finanztip.de/pflegezusatzversicherung/>

<https://www.check24.de/pflegezusatzversicherung/>

Gute kurzgefasste Übersicht zur geplanten PNOG-Pflegereform 2027 mit allgemeinen Hinweisen zu Kostenbedarfen durch Pflegebedürftigkeit, Beiträgen von Zusatzversicherungen und steuerlicher Absetzbarkeit:

<https://www.check24.de/pflegeversicherung/pflegereform/>

<https://www.verbraucherzentrale-niedersachsen.de/wissen/gesundheit-pflege/pflegeantrag-und-leistungen/was-sie-tun-koennen-wenn-die-beitraege-bei-privaten-pflegezusatzversicherungen-steigen-120312>

<https://www.finanztip.de/pkv/pkv-alterungsrueckstellung/>

Vergleichsportale:

www.pflegeversicherung-tarif.de (gut zusammengestellte differenzierte Informationen zu den Tarifen, auch zu Gesundheitsfragen. Etwas eingeschränkte Auswahl an Tarifen)

<https://www.pflegeversicherung-tarif.de/versicherbare-krankheiten> (Übersicht zu versicherbaren Vorerkrankungen)

<https://www.check24.de/pflegeversicherung/> (übersichtlich, zeigt auch Tarife nur für Heimaufenthalte)

<https://www.verivox.de/pflegezusatzversicherung/> (interessante Filtermöglichkeiten)

Zu Anregungen und Rückmeldungen zum Text wenden Sie sich gern an demenznetz@gmx.de
Im Internet: www.demenz-stuttgart.de