ASSEKURATA
Unsere Informationen schaffen Werte.

ABSICHERUNG IM PFLEGEFALL

Wege zur Pflege-vollversicherung mit der Pflegezusatzversicherung

Köln, April 2025

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

Inhalt

Zielsetzung **3**

Die Versorgungslücke im Pflegefall **5**

Sehr hohe Abhängigkeit vom Wohnort 5

Pflegeabsicherung: Mehrere Wege führen zum Ziel **9**

Pflegekostentarife 9

Pflege-Bahr 10

Pflegetagegeld: statisch vs. flexibel 12

Wichtige Aspekte bei der Produktauswahl **14**

Umfassender Inflationsschutz nur bei Pflegetagegeldversicherungen 14

Frühe Beitragsbefreiung birgt Risiken 16

Ein hohes finanzielles Risiko günstig absichern **17**

Beitragshöhe wird deutlich überschätzt – ein früher Abschluss lohnt sich 17

„Lohnt" sich eine Pflegezusatzversicherung? 21

Einfluss von Zinsniveau und Pflegepolitik auf den Beitrag **22**

Einfluss der Zinsen auf die Beiträge 22

Beitragserhöhungen auch durch gesetzliche Änderungen 23

Fazit **25**

Auswertung der Ergebnisse nach Bundesländern **27**

Kontakt 44

Zielsetzung

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

Die Pflegereformen der vergangenen Jahre haben durch immer mehr Leistungsausweitungen zu immer höheren Beiträgen in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) geführt. Gleichzeitig steigen trotz der Leistungsreformen die Eigenanteile ambulant wie stationär weiter an. Zuletzt hat das Bundeskabinett im April 2023 eine weitere Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung auf den Weg gebracht[1], die dazu geführt hat, dass der Beitragssatz der SPV (inkl. Kinderlosenzuschlag) zum 01.07.2023 für Mitglieder ohne Kinder von 3,4 auf 4,0 % gestiegen ist. Seitdem gelten für Eltern unterschiedliche Beitragssätze in der Pflegeversicherung, je nachdem, wie viele Kinder sie haben. Zum 01.01.2025 wurde der Beitragssatz zur Pflegeversicherung erneut um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben und beträgt seitdem für Mitglieder ohne Kinder inkl. Kinderlosenzuschlag 4,2 %. Für Mitglieder mit einem Kind beträgt der Beitragssatz 3,6 % und ist dann je nach Anzahl der Kinder absteigend gestaffelt. Ab 5 Kinder oder mehr ist ein Mindestbeitrag von 2,6 % zu entrichten.[2]

Fast zeitgleich zum Beschluss des Bundeskabinetts stellte ein Expertenrat einen Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung vor, der sozialpolitische Flankierungen und als verpflichtende kapitalgedeckte Zusatzversicherung eine Ergänzung der Zuschüsse nach § 43c SGB XI vorsieht. Zukünftig wären dabei die pflegebedingten Eigenanteile bei einer stationären Versorgung abzüglich eines Selbstbehaltes vollständig abgesichert.[3] Der PKV-Verband hat mit dem ‚Neuen Generationenvertrag für die Pflege' einen Vorschlag vorgelegt, der den Beitragssatz in der SPV konstant halten oder sogar senken kann. Dabei werden die umlagefinanzierten Leistungen des SGB XI auf das heutige Niveau begrenzt und Versicherte müssen künftig stärker privat für das Pflegerisiko vorsorgen.[4] Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels erscheinen solche Überlegungen sinnvoll. Waren 2018 deutschlandweit 3,8 Millionen Menschen pflegebedürftig, betrug die Zahl 2023, nicht zuletzt infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, bereits knapp 5,6 Millionen, was einen Anstieg von 46 % bedeutet.[5] Dieser steigenden Zahl von Leistungsempfängern stehen immer weniger erwerbstätige Beitragszahler gegenüber. Bereits bis 2035 ist in den westdeutschen Flächenländern mit einem Rückgang der Bevölkerung im Erwerbsalter um bis zu 11 % und in den östlichen Flächenländern sogar um bis zu 15 % zu rechnen.[6]

Das Risiko einer Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden finanziellen Belastung ist der Bevölkerung bewusst. In einer Allensbach-Untersuchung vom Mai 2023 machten sich 39 % der Befragten im Alter zwischen 50 und 70 Jahren Sorgen, im Pflegefall nicht ausreichend abgesichert zu sein.[7] Im Pflegefall müssen nämlich nicht nur die Altersrente, sondern

1 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/pflegereform-kabinett-05-04-23.html#:~:text=Zur%20Absicherung%20bestehender%20Leistungsanspr%C3%BCche%20der,Euro%2FJahr%20verbunden, aufgerufen am 05.03.2025

2 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.html, aufgerufen am 05.03.2025

3 Vgl. https://www.expertenratpflege.de, aufgerufen am 05.03.2025

4 Vgl. https://www.pkv.de/positionen/generationengerechte-pflege/?gclid=EAIaIQobChMI-vmU1_y6_gIVSIXVCh0kJQMfEAAYAiAAEgJ5FfD_BwE, aufgerufen am 05.03.2025

5 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html, aufgerufen am 05.03.2025

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

7 Vgl. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12058/9215

auch vorhandene Ersparnisse und Vermögenswerte zur Deckung der Versorgungslücke herangezogen werden. In diesem Zusammenhang drängt sich bei Paaren vielfach die Frage nach der künftigen finanziellen Situation des (Ehe-)Partners auf. Gleichzeitig gaben jedoch in der Untersuchung 63 % der Befragten in derselben Altersgruppe an, dass sie bislang nichts unternommen haben, um sich auf die Situation, pflegebedürftig zu werden, spezifisch vorzubereiten.

Diese Entwicklung zeigt sich auch in den stagnierenden Bestandszuwächsen in der Pflegezusatzversicherung in den vergangenen Jahren. Im Ergebnis hatten Ende 2023 erst ca. 5,4 % bzw. 4,5 Millionen Personen[8] eine zusätzliche Absicherung für den Pflegefall abgeschlossen. Zu berücksichtigen ist dabei die wachsende Bedeutung der betrieblichen Pflegeversicherung: Mittlerweile sind z. B. alle 435.000 Chemie-Tarifbeschäftigten obligatorisch über einen pauschalen Arbeitgeberbeitrag in der betrieblichen Pflegezusatzversicherung CareFlex Chemie abgesichert.[9]

Ein Grund für die Kaufzurückhaltung scheint zu sein, dass Verbraucher die finanzielle Belastung einer Pflegezusatzversicherung scheuen. Dies ging ebenfalls aus einer Allensbach-Untersuchung hervor, in welcher jeder Zweite als Hauptgrund gegen den Abschluss einer Pflegezusatzversicherung angab, dass die Ausgaben dafür zu hoch seien. Allerdings schätzen die meisten Befragten die Beiträge zu einer Pflegezusatzversicherung deutlich zu hoch ein. Eine Umfrage des Allensbach-Instituts aus dem Januar 2021 zeigt, dass Verbraucher den Beitrag für eine gute Absicherung im Pflegefall zu diesem Zeitpunkt deutlich höher einschätzten als noch in einer vorherigen Befragung aus dem Jahr 2019. Gleichzeitig zeigt sich eine höhere Zahlungsbereitschaft. Wollten die Befragten 2019 monatlich noch höchstens 77 € für eine Pflegezusatzversicherung bezahlen, waren es 2021 bereits 98 €.[10]

Die Notwendigkeit einer privaten Absicherung für den Pflegefall wird auch laut einer Forsa-Umfrage, die im Auftrag der DAK im Jahr 2023 durchgeführt wurde, deutlich. Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass sich die Menschen in Deutschland durch die gesetzliche Pflegeversicherung nicht ausreichend abgesichert sehen. So gaben 65 % der Befragten an, dass die Pflegeversicherung im Allgemeinen eher (52 %) oder sehr (13 %) schlecht für den Pflegefall absichert. Ebenso macht sich über die Hälfte der Befragten sehr große (14 %) oder große (40 %) Sorgen um die finanzielle Absicherung, insofern sie selbst einmal pflegebedürftig werden sollten.[11]

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

8 Inklusive Pflegerentenversicherung

9 Vgl. https://igbce.de/igbce/themen/careflex-chemie, aufgerufen am 05.03.2025

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

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

Die Versorgungslücke im Pflegefall

Sehr hohe Abhängigkeit vom Wohnort

In einer alternden Gesellschaft steigt die Lebenserwartung und damit die Wahrscheinlichkeit, ein Alter über 80 Jahren zu erreichen. Damit erhöht sich auch das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes wird der Anteil der Personen über 80 Jahren im Jahr 2040 8,6 % an der Gesamtbevölkerung ausmachen. Bis 2050 steigt dieser Wert sogar auf 10,8 % an.[12] Diese Altersgruppe machte 2023 mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen Personen in Deutschland aus (50,6 %).[13] Dabei stellt die ambulante Pflege den Regelfall dar: Ungefähr 84 % aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause gepflegt, wobei sich fast die Hälfte (43,8 %) davon in Pflegegrad 2 und etwas mehr als ein Viertel (27,6 %) in Pflegegrad 3 befanden.[14] In einem Pflegeheim waren hingegen lediglich 13,5 % der Leistungsempfänger untergebracht. Von diesen befanden sich die meisten in den höheren Pflegegraden 3 (37,5 %) und 4 (31,8 %). Weitere 2,7 % befanden sich in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Allerdings existieren nach den Erkenntnissen von Assekurata keine Informationen darüber, wie lange die Personen in den einzelnen Pflegegraden verweilen. Dies dürfte vor allen Dingen darauf zurückzuführen sein, dass die Umstellung von den bisherigen drei Pflegestufen auf die nun gültigen fünf Pflegegrade erst 2017 erfolgte und damit keine ausreichende Historie vorliegt. Laut dem Barmer Pflegereport aus dem Jahr 2024 betrug die durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit für das Jahr 2022 7,5 Jahre. Hierbei lagen die Werte für Männer und Frauen auf einem ähnlichen Niveau. Begann die Pflege allerdings erst jenseits des 60. Lebensjahres, was in der Regel der Fall ist, verringerte sich der Zeitraum insgesamt auf ca. fünf Jahre und der Unterschied zwischen den Geschlechtern betrug dann mehr als anderthalb Jahre (Männer: 4,0 Jahre, Frauen: 5,7 Jahre).[15]

Die Vermutung liegt nahe, dass der Hauptteil der Zeit in niedrigeren Pflegegraden verbracht wird. In höheren Pflegegraden, die oftmals auch eine stationäre Pflege nach sich ziehen, ist die Pflegedauer dann deutlich kürzer. Laut aktuellen Daten des Caritas-Verbandes ist die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeeinrichtungen rückläufig und beträgt 25 Monate.[16]

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

12 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-Fakten_Pflegeversicherung.pdf, aufgerufen am 05.03.2025

13 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html, aufgerufen am 05.03.2025

14 ebenda

15 Vgl. BARMER-Pflegereport 2024 – Band 47: Pflegerisiko und Pflegedauer, S.150, aufgerufen am 06.02.2025 unter https://www.barmer.de/resource/blob/1290386/a0b24e6f4091295958679675fee5ca52/dl-pflegereport-2024-data.pdf

16 Vgl. https://www.caritas.de/presse/pressemeldungen-dcv/caritas-erhebung-lebenszeit-in-pflegeeinrichtungen-immer-kuerzer-44fe4abe-4ad1-418d-80cd-c97c87618a0d, aufgerufen am 10.03.2025

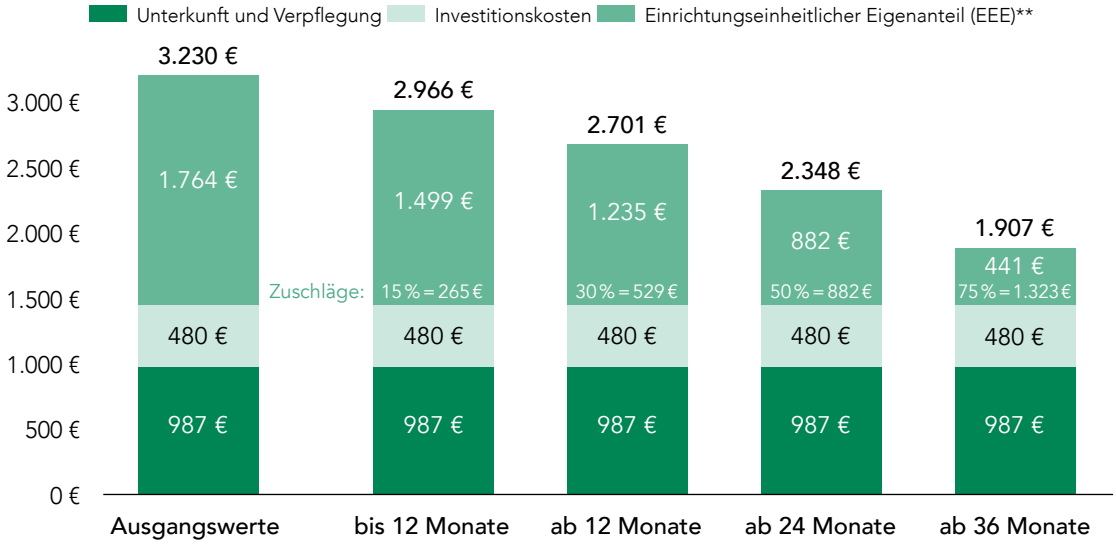
Die Gesamtkosten für die stationäre Pflege belaufen sich im Bundesdurchschnitt je nach Pflegegrad auf über 5.300 € pro Monat. Der zu zahlende Eigenanteil, also die Differenz zwischen den tatsächlich entstehenden Kosten und den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, wird gemeinhin als Pflegelücke bezeichnet. Diese setzt sich zusammen aus den pflegebedingten Kosten, und den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen. Dabei werden auch erwachsene Kinder zur Zahlung anfallender Kosten herangezogen. Durch das seit 2020 greifende Angehörigen-Entlastungsgesetz sind Kinder oder Eltern von Pflegebedürftigen ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 100.000 € dazu verpflichtet, für die Pflege ihrer Angehörigen aufzukommen – das verhindert jedoch nicht, dass der oder die Pflegebedürftige selbst auch in Zukunft noch zum Sozialhilfefall werden kann.

Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung			
Pflegegrad	häusliche (Laien-)Pflege	Pflegesachleistungen für häusliche Pflege durch Pflegedienst	vollstationäre Pflege im Pflegeheim
1	*	*	131 €
2	347 €	796 €	805 €
3	599 €	1.497 €	1.319 €
4	800 €	1.859 €	1.855 €
5	990 €	2.299 €	2.096 €

* Anspruch nur über den zweckgebundenen Entlastungsbetrag (z. B. Unterstützung beim Wäschewaschen oder Begleitung bei Spaziergängen) in Höhe von bis zu 131 €, der bei häuslicher Pflege zusätzlich in allen Pflegegraden gezahlt wird..

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

Eigenbeteiligung bei stationärer Pflege (je Monat nach Aufenthaltsdauer)*



* Abweichungen resultieren aus Rundungsdifferenzen

** Seit 1.1.2022: Reduzierung des EEE durch einen aufenthaltsabhängigen Leistungszuschlag (§ 43c SGB XI)
Quelle: PKV-Verband, Stand 01.01.2025. Darstellung Assekurata

Gegenüber unserer Voruntersuchung ist die Eigenbeteiligung bzw. Pflegelücke im stationären Bereich laut PKV-Pflegedatenbank im Bundesdurchschnitt weiter auf 3.230 € angestiegen, wobei sich der Eigenanteil unabhängig vom Pflegegrad aus 1.764 € für den EEE, aus 987 € für Unterkunft und Verpflegung und 480 € für die Investitionskosten zusammensetzt.[17] Durch den Leistungszuschlag verringern sich je nach Dauer der stationären Pflege die Kosten für den EEE von 1.499 € im ersten Jahr auf 1.235 € im zweiten Jahr und 882 € im dritten Jahr. Ab einer Dauer von 36 Monaten erreichen sie dann mit 441 € ihr niedrigstes Niveau.

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

Dabei variieren die Pflegeheimkosten je nach Wohnort bzw. Bundesland zum Teil erheblich, während die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung jedoch bundesweit einheitlich sind. Dementsprechend schwankt auch die Pflegelücke. Sie reicht derzeit gemäß der Auswertung des PKV-Verbandes von 2.665 € in Sachsen-Anhalt bis 3.603 € im Saarland.

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

Die Pflegelücke bei häuslicher Pflege ist dagegen schwer zu beziffern, da im häuslichen Bereich die Höhe der Pflegeausgaben von dem Betroffenen mit beeinflusst werden kann. Um eine Einschätzung zur ambulanten Pflegelücke treffen zu können, unterstellen wir, dass ein Pflegedienst täglich die für den jeweiligen Pflegegrad erforderlichen 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 2024 lag das durchschnittliche Netto-Gesamteinkommen für Rentner-Ehepaare im Westen 2023 bei 3.795 € und im Osten bei 3.174 €.[18]

Wie die nachfolgende Übersicht zeigt, beträgt die Pflegelücke nach unseren Berechnungen im Bundesdurchschnitt bei ambulanter Fachpflege je nach Pflegegrad zwischen 375 € und 2.100 €.[19]

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 2023 mehr als drei Viertel der zu Hause Gepflegten allein durch Angehörige versorgt und nur knapp ein Viertel zusammen mit oder ausschließlich von ambulanten Pflegediensten.[20]

Wie hoch die tatsächliche Pflegelücke und damit die Notwendigkeit für den Abschluss einer Pflegezusatzversicherung im Individualfall ist, hängt von vielen Kontextbedingungen ab, insbesondere dem Altersvermögen, das neben den Alterseinkünften eventuell für die Finanzierung der Pflege eingesetzt werden kann; eventuellen Partnern, die finanziell

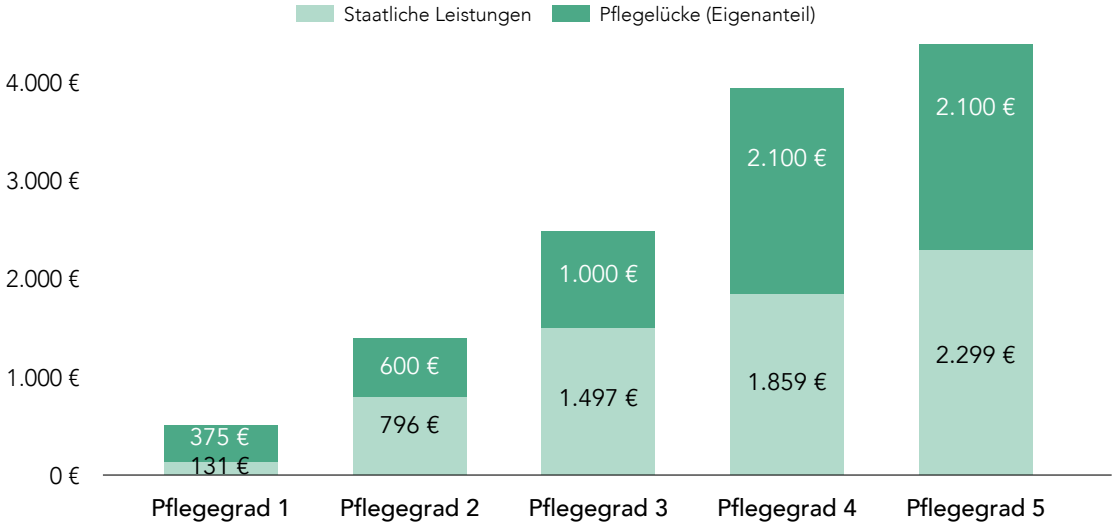
17 Vgl. PKV-Verband, Pflegedatenbank, Stand 01.01.2025

18 Vgl. Rentenversicherungsbericht 2024, S. 24f, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, aufgerufen am 05.03.2025 unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/rentenversicherungsbericht-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=2

19 Vgl. https://www.arag.de/pflegezusatzversicherung/pflegekostenrechner/, abgerufen am 14.03.2025

20 Vgl. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#sprg235892, aufgerufen am 13.03.2025

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



Quelle: ARAG. Darstellung Assekurata

abgesichert werden sollen; und nicht zuletzt Familienangehörigen, die vor Unterhaltszahlungen geschützt werden bzw. denen ein Teil des Vermögens vererbt werden soll. Dementsprechend ist es an dieser Stelle schwierig, eine pauschale Empfehlung zur Deckung der Pflegelücke abzugeben. Der Bund der Versicherten empfiehlt hier beispielsweise eine Absicherung von mindestens 1.500 € für den Pflegegrad 5 und mindestens 600 € in den Pflegraden 3 und 4. In den niedrigeren Pflegegraden 1 und 2 sei eine Absicherung von mindestens 300 € bzw. 450 € ausreichend.[21]

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 2.665 € und 3.603 € (s. Anhang).
- → Der Hauptteil der Pflegebedürftigen wird ambulant durch Angehörige gepflegt. In diesen Fällen lässt sich die Lücke zwischen den Pflegekosten und den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schwer einschätzen, da die Betroffenen die Kosten hier stärker beeinflussen können.
- → Nur knapp ein Viertel der zu Hause Gepflegten wird unter Zuhilfenahme oder ausschließlich von ambulanten Pflegediensten versorgt. Auch hier variieren die Kosten je nach Bundesland erheblich.
- → Im Bundesdurchschnitt ist nach Berechnungen von Assekurata bei ambulanter Fachpflege je nach Pflegegrad mit einer Pflegelücke zwischen 375 € und 2.100 € zu rechnen.

21 Vgl. https://www.bundderversicherten.de/downloads/infoblaetter/kranken-und-pflege/53_PPV_MG.pdf, S. 7, aufgerufen am 11.03.2025

Pflegeabsicherung: Mehrere Wege führen zum Ziel

Für die private Zusatzabsicherung im Pflegefall stehen grundsätzlich zwei bzw. drei Produktformen zur Verfügung: Die Pflegetagegeldversicherung, wozu auch die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr") gehört, und die Pflegekostenversicherung.[22]

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

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

** Erhöhung des Tagegeldes bei Änderung der Familienverhältnisse ohne Gesundheitsprüfung

Am häufigsten verbreitet sind Ende 2023 Pflegetagegeldversicherungen mit 3.005.000 Versicherten. Und obwohl erst 2013 eingeführt, rangierte der „Pflege-Bahr" (in Anlehnung an den ehemaligen Gesundheitsminister Daniel Bahr) mit 892.500 Versicherten auf Rang zwei deutlich vor der Pflegekostenversicherung mit 369.900 Personen.[23]

Pflegekostentarife

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

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

23 Vgl. GDV; Statistiken zur deutschen Versicherungswirtschaft 2024; Tabelle 56

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 diese Versicherten so gut wie keine Belege einreichen müssen. Der Pflegebedürftige erhält dann einfach einen monatlichen Geldbetrag. Zusätzliche Kosten, z. B. für Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege, müssen jedoch weiterhin nachgewiesen werden.

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

Zwischenfazit

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

Pflege-Bahr

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

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

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

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

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

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

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

Zwischenfazit

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

Pflegetagegeld: statisch vs. flexibel

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

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

Exkurs: Kindernachversicherung

Grundlage der Kindernachversicherung ist § 198 Versicherungsvertragsgesetz (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 Monaten sind aus aufsichtsrechtlicher Sicht möglich) oder einer möglichen Frühgeburt davor geschützt, sein Recht auf Kindernachversicherung wegen Nichteinhaltung der Dreimonatsfrist zu verlieren.

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

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

Bei stationärer Pflege werden inzwischen fast ausschließlich 100 % des Tagegeldes in den Pflegegraden 2 bis 5 gezahlt. Bei häuslicher Pflege variieren die Prozentsätze in den Pflegegraden 1 bis 4 zwischen den einzelnen Anbietern, was die Vergleichbarkeit der Tarife stark einschränkt. Statische 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. Es gibt hierfür auch bei einigen Anbietern Zusatzbausteine, die die Leistung im ambulanten Bereich erhöhen, insofern der eigentliche Tarif nur geringere Leistungen vorsieht. Dies erhöht allerdings den Beitrag, kann aber für Menschen, die bevorzugt zu Hause gepflegt werden möchten, eine sinnvolle Alternative sein.

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

Zwischenfazit

- → Die bestehende Pflegelücke lässt sich mit einer 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.
- → Flexible Tarife bieten die Möglichkeit, auch bei ambulanter Pflege bereits in niedrigeren Pflegegraden höhere Tagegelder abzusichern – einige Anbieter bieten hierzu auch Zusatzbausteine an.
- → Statische Tarife leisten grundsätzlich in allen Pflegegraden.
- → Kinder können ab Geburt innerhalb von zwei Monaten rückwirkend ohne Gesundheitsprüfung mitversichert werden.

Wichtige Aspekte bei der Produktauswahl

Pflege wird immer teurer. Deswegen sollte die Versicherung die Möglichkeit einer regelmäßigen Dynamisierung vorsehen, die es ermöglicht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit den Versicherungsschutz an die steigenden Pflegekosten anzupassen.[24]

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 im Regelfall eine definierte Erhöhung des vereinbarten Tagegelds möglich ist, erhöhen sich die Leistungen in den Prozentsatztarifen der Pflegekostenversicherung nur dann, wenn auch die gesetzlichen Leistungen aufgestockt werden. Passt der Gesetzgeber die Leistungen über einen längeren Zeitraum nicht an, vergrößert sich somit die Pflegelücke, da die Tarife der tatsächlichen Kostensteigerung hinterherlaufen.

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

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

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

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

24 Laut aktuellen Berechnungen beläuft sich der durchschnittliche Bruttolohnzuwachs für Fachkräfte in der Altenpflege auf 4,6 % p. a. im Zeitraum zwischen 2012 und 2022, womit auch analog eine Kostensteigerung in dieser Höhe angenommen werden kann; Vgl. https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2023.pdf, S. 4

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

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

Wesentliche Auswahlkriterien auf einen Blick

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

Frühe Beitragsbefreiung birgt Risiken

Neben der Dynamik wirkt die Beitragsbefreiung im Pflegefall 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. Die in vielen Vergleichstests grundsätzlich positive Sichtweise und Bewertung von Beitragsbefreiungen ist eher kritisch zu hinterfragen. Kommt es nämlich zu Beitragsanpassungen, sind diejenigen, die dazu beitragen (die Pflegebedürftigen), davon ausgenommen, weil sie bereits beitragsbefreit sind. Dies erscheint wenig sozial und widerspricht zudem den Grundsätzen des Versicherungsgedankens. Darüber hinaus gibt es noch zahlreiche weitere Leistungsunterschiede in den Bedingungen, die bei der Tarifauswahl berücksichtigt werden sollten, wobei die Regelungen auch den Preis beeinflussen, das heißt, mehr Leistung führt auch zu höheren Beiträgen.

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

Ein hohes finanzielles Risiko günstig absichern

Beitragshöhe wird deutlich überschätzt – ein früher Abschluss lohnt sich

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

Um die durchschnittlichen pflegebedingten Kosten abzudecken, wird bei der Heimpflege eine Leistung von 1.800 € pro Monat benötigt, die dann auch als Maßgabe für die maximale Leistung, auch für den ambulanten Bereich, gilt. Darin enthalten sind dann die Kosten für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), da dieser die Basis für eben diese Kosten bildet. Dieser Ansatz orientiert sich weg vom – auch in der politischen Debatte häufig verwendeten – Verständnis einer Pflegeversicherung als „Vollversicherung". Die Annahme ist dabei, dass v. a. die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Alter auch ohne Pflegebedürftigkeit anfallen und i. d. R. durch Alterseinkünfte gedeckt werden, die auch im Falle der Pflegebedürftigkeit weiterhin bezogen werden.

Um die Abdeckung einer vollständigen Pflegelücke ebenso darzustellen, werden demgegenüber noch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten hinzugerechnet und somit ergibt sich in diesem Fall als Vorgabe bei den Pflegetagegeldtarifen eine Leistung von monatlich 3.200 € bei stationärer Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5. Dieser Ansatz bietet risikoaversen Kunden die Möglichkeit, mit der privaten Zusatzversicherung die aktuell vollständige stationäre Pflegelücke abzusichern.[25] Allerdings ist bei der Pflegevorsorge immer auch die individuelle Situation zu berücksichtigen, bspw. (Ehe-)Partner-/innen, die ggfls. ebenso auf eine Unterkunft und die (anteilige) Deckung von deren Kosten angewiesen sind. Beide Vorsorgestrategien – die Absicherung sämtlicher stationärer Kosten einerseits, der rein pflegebedingten Kosten andererseits – können als optimierte Vorsorge gewertet werden; d. h. auch geringere Absicherungen können mit Blick auf die individuelle Einkommens- und Vermögenssituation eine hinreichende Vorsorge sein. Zu beachten ist dabei in jedem Fall, dass die sich an dem vereinbarten Pflegetagegeld orientierende Quote in den ambulanten Pflegegraden so hoch ist, dass dabei für den Einkauf ambulanter Pflegeleistungen noch hinreichend hohe Euro-Beträge herauskommen. Aus diesem Grund wurde ein Tarif aufgenommen, der bereits in Pflegegraden 2 und 3 ambulant 65 und 75 % leistet.

Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei vollstationärer Pflege				
Pflegegrad	Pflegetagegeldtarife			
	Tarif A	Tarif B	Tarif C	Tarif D
1	360 € / 640 €	360 € / 640 €	180 € / 320 €	1.800 € / 3.200 €
2	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €
3	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €
4	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €
5	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €

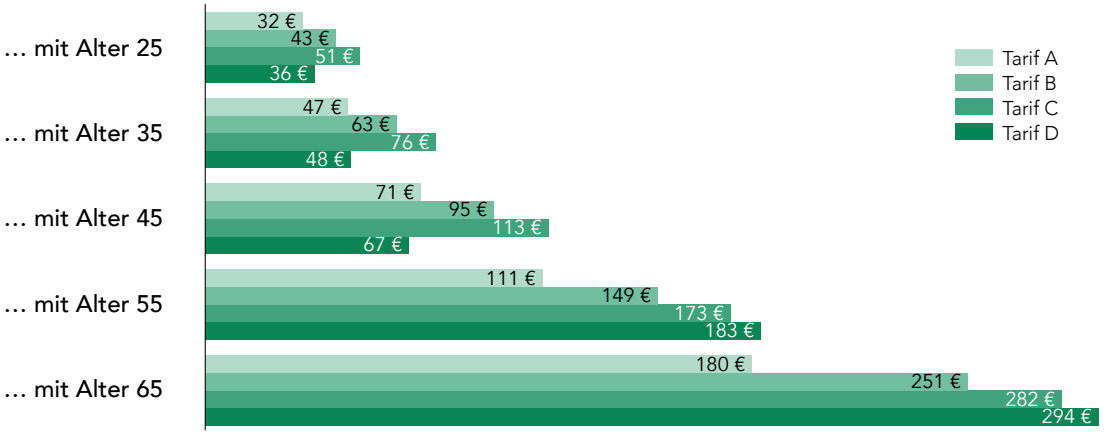
25 ohne Berücksichtigung der Zuschüsse bei stationärer Pflege, siehe Seite 6f.

Die vier Pflegetagegeldtarife unterscheiden bei ambulanter Pflege nicht, ob diese von Fachpersonal oder von Laien durchgeführt wird. In den Pflegetagegeldtarifen Tarif A und Tarif B erhält ein Pflegebedürftiger in Pflegegrad 1 20 % und bei Tarif C 10 % des vereinbarten Tagessatzes. In unseren Beispielen entspricht dies einer Leistung von monatlich 360 € bzw. 640 € sowie 180 € bzw. 320 €. In Pflegegrad 2 leisten Tarif A und C 30 %, also 540 € bzw. 960 €. Bei Tarif B beträgt die Leistung 65 %. In den Pflegegraden 3 und 4 erhält der Pflegebedürftige bei Tarif A 50 % und 80 %. Bei Tarif B 75 % und 90 % und bei Tarif C 70 % und 100 %. Tarif D zahlt auch bei häuslicher Pflege in allen Pflegegraden 100 %, hier also 1.800 € bzw. 3.200 €.

Leistungsansprüche Pflegezusatzversicherung bei häuslicher Pflege				
Pflegegrad	Pflegetagegeldtarife			
	Tarif A	Tarif B	Tarif C	Tarif D
1	360 € / 640 €	360 € / 640 €	180 € / 320 €	1.800 € / 3.200 €
2	540 € / 960 €	1.170 € / 2.080 €	540 € / 960 €	1.800 € / 3.200 €
3	900 € / 1.600 €	1.350 € / 2.400 €	1.260 € / 2.240 €	1.800 € / 3.200 €
4	1.440 € / 2.560 €	1.620 € / 2.880 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €
5	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €	1.800 € / 3.200 €

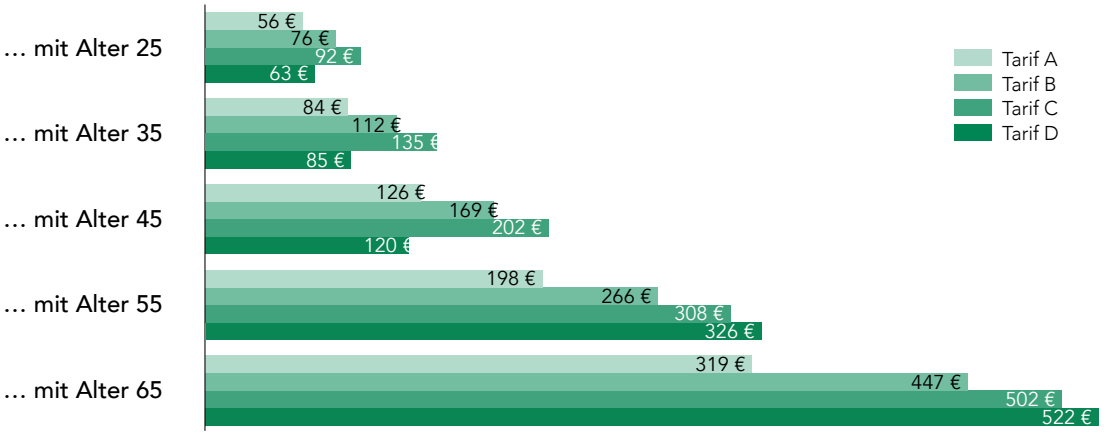
Aufgrund der Leistungsunterschiede in den Pflegegraden unterscheiden sich auch die Tarifbeiträge. Tarif A bietet über alle Eintrittsalter einen vergleichsweise günstigen Tarif. Die Tarife B und C liegen ab Eintrittsalter 55 im mittleren Preissegment, in den vorherigen Eintrittsaltern liegen sie im oberen Bereich. Der Tarif D bewegt sich bis Eintrittsalter 45 auf einem günstigen Niveau, ab Eintrittsalter 55 liegt er preislich im oberen Bereich. Bei Tarif D gilt es jedoch zu bedenken, dass der Tarif in allen Pflegegraden sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege immer 100 % des Tagegeldes leistet, was eine Maximallösung darstellt und den Tarif entsprechend verteuert. Alle Tarife bieten somit ein gutes Absicherungsniveau und entsprechen auch mindestens den Empfehlungen des Bund der Versicherten sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich. Lediglich in Pflegegrad 1 weicht Tarif C etwas hiervon ab.

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



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

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



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

In der eingangs erwähnten Allensbach-Umfrage[26] schätzen die Befragten die Kosten für eine Pflegezusatzversicherung mit einem Monatsbeitrag von durchschnittlich 236 € noch höher ein als in der Untersuchung 2019. Damals lag der Schätzwert bei 161 €. Dieses Beitragsniveau wäre bei unseren Beispieltarifen allenfalls ab einem Eintrittsalter von etwa 65 Jahren der Fall. Bei früherem Versicherungsbeginn, beispielsweise mit 25, liegen die Tarifbeiträge mit einer Spannbreite von 32 € bis 51 € bei Absicherung der pflegebedingten Kosten und 56 € bis 92 € bei voller Absicherung deutlich unter den vermuteten Kosten und noch unter den 98 €, die der Durchschnitt der Befragten bereit ist, hierfür auszugeben. Dabei gilt: Je niedriger das Eintrittsalter, desto geringer der Beitragsunterschied zwischen den Pflegetagegeldtarifen.

Grundsätzlich gilt: Je früher die Pflegezusatzversicherung abgeschlossen wird, desto günstiger ist sie insgesamt für den Kunden. Wie die folgende Grafik zeigt, muss eine 65-jährige Person bei einer angenommenen Laufzeit bis Alter 85 mit mehr als 43.000 € bei Tarif A ceteris paribus knapp 20.250 € mehr aufwenden, als wenn er/sie mit 25 Jahren eingetreten wäre. Bei Tarif D beträgt die Differenz zwischen den beiden Eintrittsaltern sogar knapp 45.000 €.[27] Sollte die vollständige Pflegelücke abgedeckt werden, erhöhen sich die Beiträge und auch die Differenz dementsprechend auf ungefähr 36.000 € bei Tarif A und sogar knapp 80.000 € bei Tarif D.[28]

Für einen Abschluss in jungen Jahren spricht auch die Tatsache, dass die Anbieter im Fall von Vorerkrankungen einen Risikozuschlag auf den monatlichen Grundbeitrag erheben können. Im schlimmsten Fall kommt es sogar zur kompletten Antragsablehnung. Gleichzeitig ist mit Vertragsabschluss auch das Risiko, in jüngeren Jahren pflegebedürftig zu werden, abgesichert.[29]

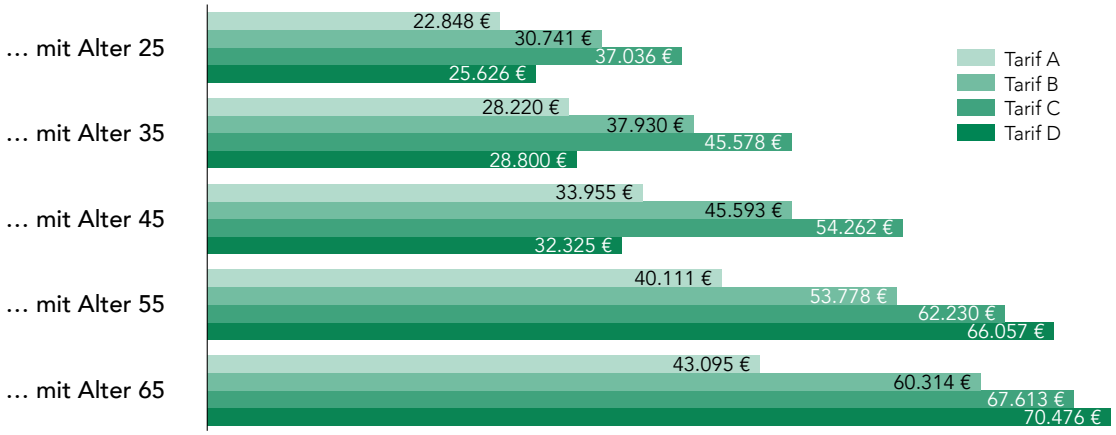
26 Vgl. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 12004, 12029

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

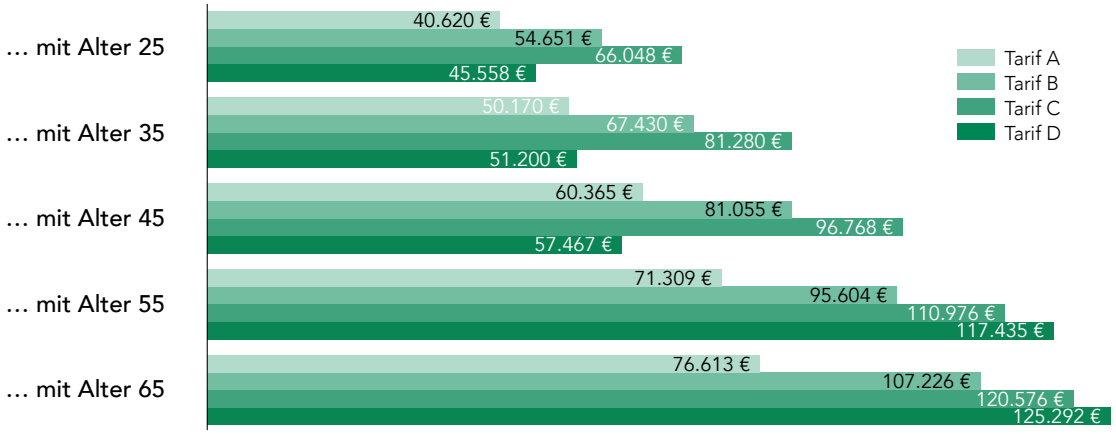
28 Aufgrund der Darstellung von gerundeten Monatsbeiträgen, können sich bei der Summe der Gesamtausgaben Rundungsdifferenzen ergeben

29 Gemäß den Daten des Bundesministeriums für Gesundheit war 2023 jeder vierte Pflegebedürftige jünger als 65 Jahre; Vgl. hierzu: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2023_Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegegraden-insgesamt.pdf

Gesamtausgaben Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.800 Euro) bis Alter 85 bei Abschluss ...



Gesamtausgaben Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.200 Euro) bis Alter 85 bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

Zwischenfazit

→ Die Kosten für eine Pflegezusatzversicherung werden gemeinhin deutlich überschätzt.

→ Je höher die Leistungen in den unteren Pflegegraden, desto teurer wird die Pflegetagegeldversicherung.

→ Grundsätzlich gilt: Je früher die Pflegezusatzversicherung abgeschlossen wird, desto geringer sind die Ausgaben über die gesamte Vertragslaufzeit hinweg. Gleichzeitig sinkt damit das Risiko für Vorerkrankungen, die einen Vertragsabschluss erschweren (Risikozuschlag) oder gar verhindern. Zudem ist somit auch das Risiko einer Pflegebedürftigkeit in jüngeren Jahren abgesichert.

„Lohnt" sich eine Pflegezusatzversicherung?

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

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

Laut dem Barmer Pflegereport aus dem Jahr 2024 beträgt die durchschnittliche Pflegedauer ca. 7,5 Jahre (Männer 7,46 und Frauen 7,53 Jahre). Beginnt die Pflege allerdings erst nach 60, verringert sich der Zeitraum auf ca. 5,0 Jahre, wobei Männer dann durchschnittlich 4,0 und Frauen 5,7 Jahre gepflegt werden.[30]

Die Größenordnung des finanziellen Risikos zeigt folgendes Rechenbeispiel: Unter der Annahme, dass eine Person zwei Jahre in einer stationären Einrichtung gepflegt wird,[31] beläuft sich der zu zahlende durchschnittliche Eigenanteil (3.230 €/Monat) auf 77.520 €. Aufgrund der inzwischen eingeführten Zuschüsse verringern sich diese Kosten auf 68.000 €. Die Kosten von vorher bereits erbrachter ambulanter Pflege kämen noch hinzu. Die meisten Personen mit einer Pflegezusatzversicherung haben jedoch insgesamt weniger Beiträge eingezahlt, als sie in obigem Beispiel selbst hätten aufbringen müssen (vgl. hierzu Gesamtausgaben gemäß S. 20).

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

30 Vgl. BARMER-Pflegereport 2024 – Band 47: Pflegerisiko und Pflegedauer, S. 150, aufgerufen am 10.03.2025 unter https://www.barmer.de/resource/blob/1290386/a0b24e6f4091295958679675fee5ca52/dl-pflegereport-2024-data.pdf

31 Laut Caritas-Verbandes beträgt die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeeinrichtungen 25 Monate; siehe auch Seite 5

Einfluss von Zinsniveau und Pflegepolitik auf den Beitrag

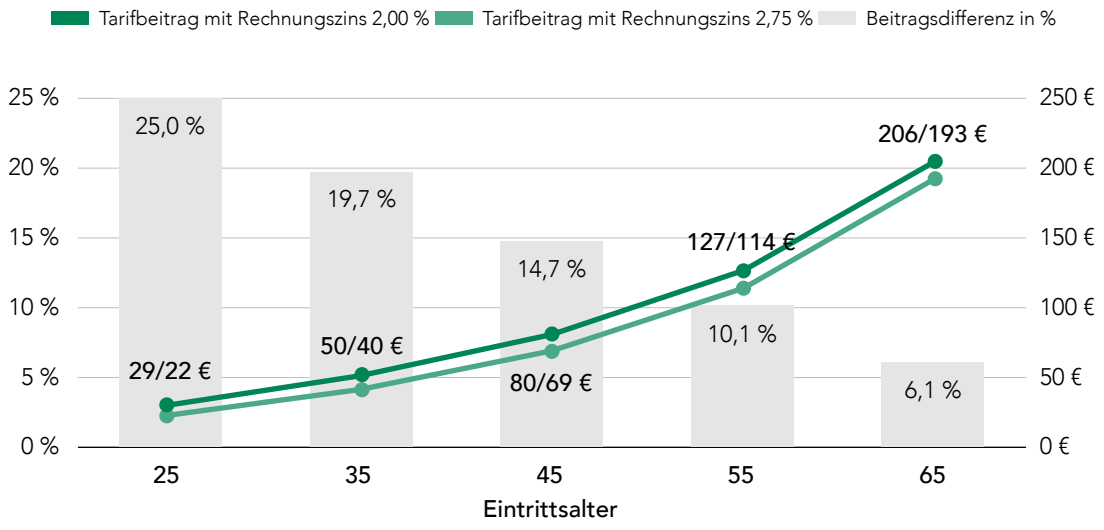
Einfluss der Zinsen auf die Beiträge

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

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

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

Einfluss des Rechnungszinses auf den Beitrag in der Pflegetagegeldversicherung



Quelle: Assekurata

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

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

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

Beitragserhöhungen auch durch gesetzliche Änderungen

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

Mit dem PSG II, wodurch nicht nur die Leistungen durchgehend angehoben wurden, sondern auch mehr Menschen als früher anspruchsberechtigt sind, erhöhten sich 2017 nicht nur die Beiträge in der Pflegepflichtversicherung, sondern auch in der Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung. Die vorliegenden Verbandsstatistiken zeigten in den Jahren nach der Reform eine deutliche Zunahme der Pflegedauer und Leistungen über alle Pflegegrade. So stieg die Zahl der Leistungsempfänger von 2018 bis 2023 um 46 % von 3,8 Millionen auf rund 5,6 Millionen und die Leistungsausgaben nahmen um rund 50 % von 39,6 Mrd. € auf 59,4 Mrd. € zu.[32]

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

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

32 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-Fakten_Pflegeversicherung.pdf, aufgerufen am 12.02.2025 in Verbindung mit Verband der Privaten Krankenversicherung e.V; Zahlenbericht 2018; S. 53 sowie Zahlenbericht 2023, S. 10

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

Fazit

Umfragen zeigen, dass Verbrauchern die Kostenrisiken von Pflegebedürftigkeit zwar sehr bewusst sind, zugleich aber prüfen nur wenige die Möglichkeiten der Pflegevorsorge über Pflegezusatzversicherungen, weil sie unterstellen, dass die dafür notwendigen Beiträge sie 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 – also mindestens die pflegebedingten Kosten – zu niedrigeren Prämien absichern lässt als gemeinhin angenommen. Dabei gilt: Je früher eine Pflegezusatzversicherung abgeschlossen wird, desto besser. Zum einen sinkt damit das Risiko von Vorerkrankungen, die einen Vertragsabschluss erschweren (Risikozuschlag) oder gar verhindern können. Zum anderen sind die Ausgaben – sowohl in Bezug auf den Monatsbeitrag als auch über die gesamte Vertragslaufzeit hinweggesehen – geringer. So kann ein 25-Jähriger bereits zu einem Monatsbeitrag ab 32 € eine Pflegetagegeldversicherung abschließen, die sein Budget bei ambulanter Pflege nahezu verdoppelt und die durchschnittlichen pflegebedingten Kosten von 1.800 € bei stationärer Pflege absichert. Selbst im Alter von 55 Jahren ist dieses Absicherungsniveau noch für 111 € pro Monat zu haben.

Die individuelle Pflegelücke – und damit der individuelle Versicherungsbedarf – hängt neben den regionalen von weiteren Faktoren ab. Wichtig ist hier insbesondere die Frage, ob im Pflegefall neben dem (Renten-)Einkommen weitere finanzielle Mittel vorhanden sind, die für eine eventuelle Pflege eingesetzt werden können oder sollen. Sind diese vorhanden und lassen sich damit die Kosten für Unterkunft und Verpflegung decken, so kann sich die Versicherung auf die rein pflegebedingten Kosten (EEE) konzentrieren. Sind diese jedoch nicht vorhanden, können risikoaverse Menschen die derzeitige durchschnittliche Pflegelücke von 3.200 € bei stationärer Pflege komplett schließen. Hierfür erhält ein 25-Jähriger bereits zu einem Monatsbeitrag ab 56 € eine Pflegetagegeldversicherung. Im Alter von 55 Jahren kostet dieses Absicherungsniveau dann 198 € pro Monat.

Die Pflegelücke schwankt allerdings von Bundesland zu Bundesland erheblich und variiert von durchschnittlich zwischen 2.665 € in Sachsen-Anhalt und 3.603 € im Saarland. Bei ambulanter Fachpflege beträgt sie nach unseren Berechnungen im Bundesdurchschnitt je nach Pflegegrad zwischen 375 € und 2.100 €. Eine Übersicht je Bundeland findet sich im Anhang.

Eine genaue Bedarfsermittlung vor Vertragsabschluss sehr wichtig, da neben den weiteren Faktoren insbesondere die bevorzugte Art und Weise der Pflege (zu Hause oder in einer stationären Einrichtung) von Bedeutung ist. Je nach Wunsch kann es bei Abschluss einer Pflegezusatzversicherung dann auch von Vorteil sein, eine bereits in den unteren Pflegegraden höhere Absicherung im häuslichen ambulanten Bereich zu wählen, auch wenn die Kosten hierfür höher sind.

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

Am vorteilhaftesten, weil am flexibelsten, erscheint dabei die Pflegetagegeldversicherung. Zudem bietet dieses Produkt die Möglichkeit der Dynamisierung, so dass auch Jahrzehnte später, wenn eventuell der Pflegefall eintritt, eine annähernde Bedarfsdeckung möglich ist. Die regelmäßige Anpassung des Pflegetagegelds über die Dynamik sollte während

des Erwerbslebens genutzt werden, um die Kaufkraft des Pflegetagegeldes zu erhalten. Da die Dynamik ihren Preis in Form steigender Prämien hat, ist im Rentenalter, wenn sich die laufenden Einkünfte reduzieren, eine Aussetzung der Dynamik zu prüfen. Auch wenn die Entwicklung der Pflegekosten nur schwer vorhergesehen werden kann, bietet aktuell kein Tarif am Markt die Möglichkeit an, die Dynamik individuell anzupassen und somit auf Änderungen in der Pflegeinflation zu reagieren.

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

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

Auswertung der Ergebnisse nach Bundesländern

Aufgrund der stark differierenden Pflegekosten nach Bundesländern entsteht für die jeweiligen Personen je nach Wohnort ein unterschiedlicher Bedarf an privater Vorsorge, um die Pflegelücke zu schließen. Aus diesem Grunde werden die obigen Berechnungen in der Folge anhand der durchschnittlichen Pflegekosten angepasst und ausgewertet.[33] Als Basis dient bei den Berechnungen dabei immer die durchschnittlich bestehende Pflegelücke des jeweiligen Bundeslandes und somit analog den vorherigen Berechnungen die Vorgabe bei den Pflegetagegeldtarifen eine Leistung in dieser Höhe bei stationärer Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5 zu leisten. Die Leistungen für den jeweiligen Tarif ergeben sich nach der untenstehenden Tabelle, abhängig von der Höhe des Pflegegrades und Art der Pflege (häusliche Pflege oder vollstationäre Pflege):

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

Somit kann die Analyse individuell nach Wohnort genauer betrachtet werden.

Grundsätzlich gilt: Je früher die Pflegezusatzversicherung abgeschlossen wird, desto geringer sind die Ausgaben über die gesamte Vertragslaufzeit hinweg.

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

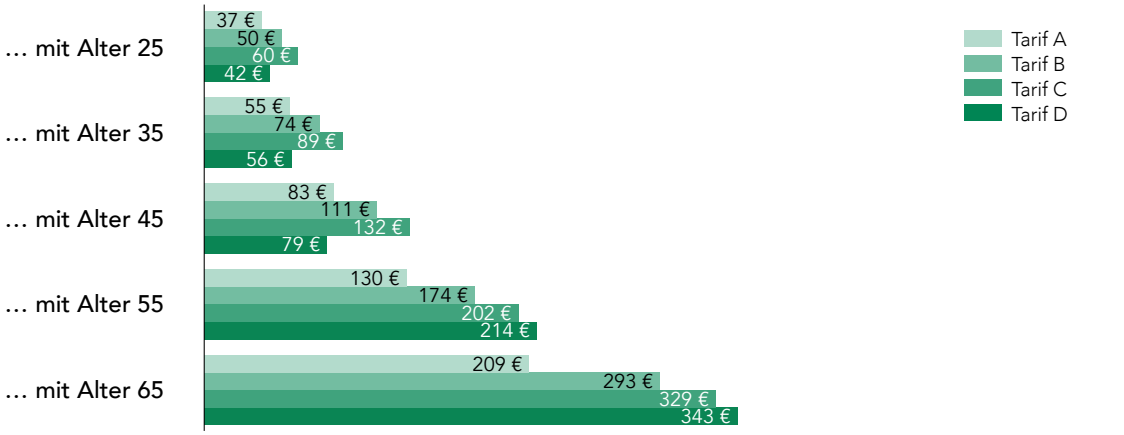
Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 2.064 €.[34] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.052 € sowie die Investitionskosten von 453 €.[35] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.570 € und liegen damit 339 € bzw. 10,5 % über dem Bundesdurchschnitt.

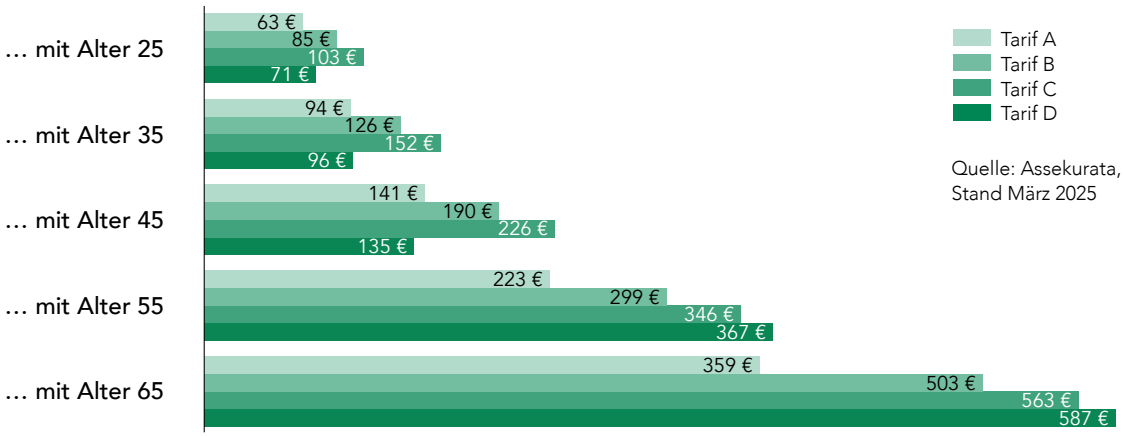
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.100 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.600 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Baden-Württemberg für eine 25-jährige Person bereits ab 37 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 63 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 55 € bzw. 94 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 130 € bzw. 223 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (2.100 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.600 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

34 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

35 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

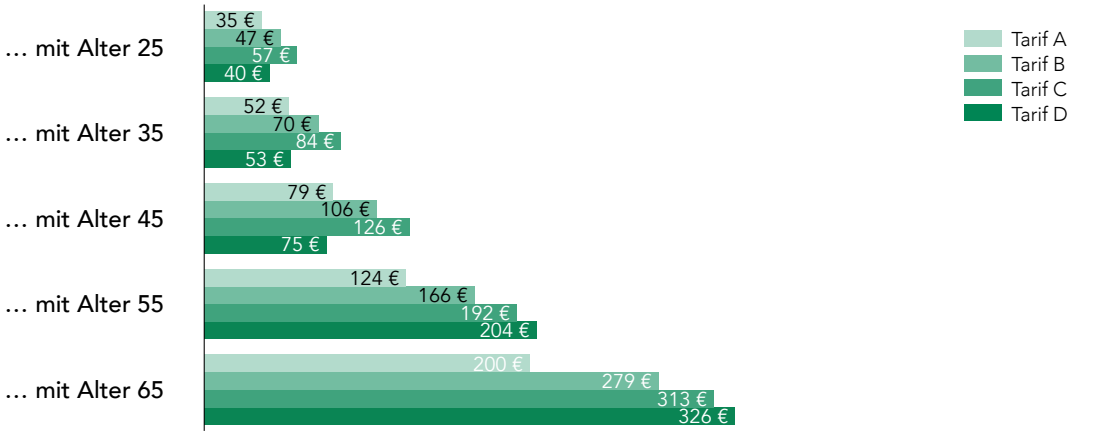
Bayern

In Bayern belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 2.004 €.[36] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 921 € sowie die Investitionskosten von 454 €.[37] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.379 € und liegen damit 149 € bzw. 4,6 % über dem Bundesdurchschnitt.

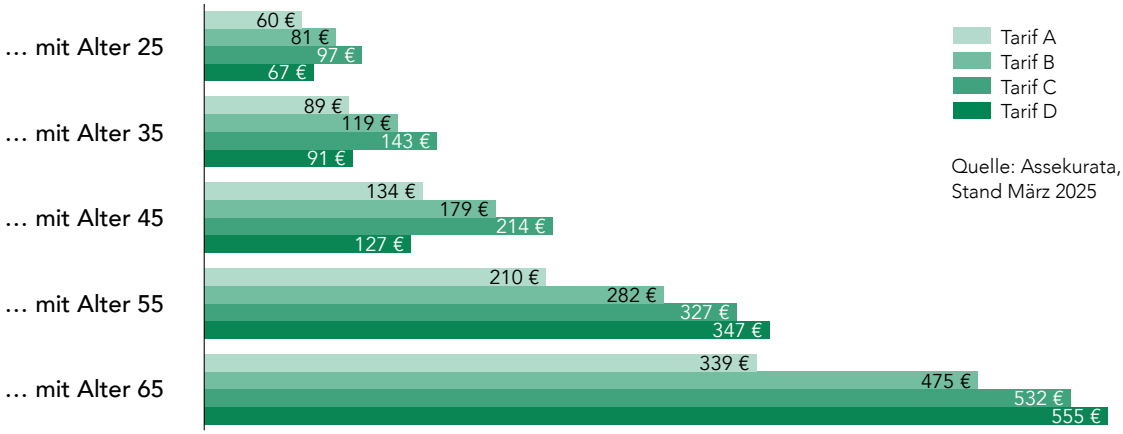
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.000 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.400 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Bayern für eine 25-jährige Person bereits ab 35 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 60 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 52 € bzw. 89 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 124 € bzw. 210 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (2.000 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.400 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

36 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

37 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

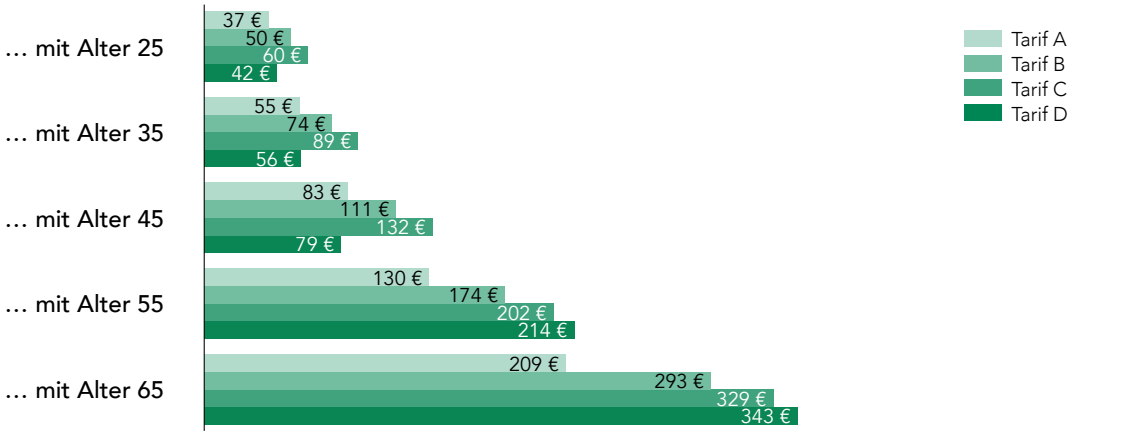
Berlin

In Berlin belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 2.080 €.[38] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 797 € sowie die Investitionskosten von 415 €.[39] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.292 € und liegen damit 62 € bzw. 1,9 % über dem Bundesdurchschnitt.

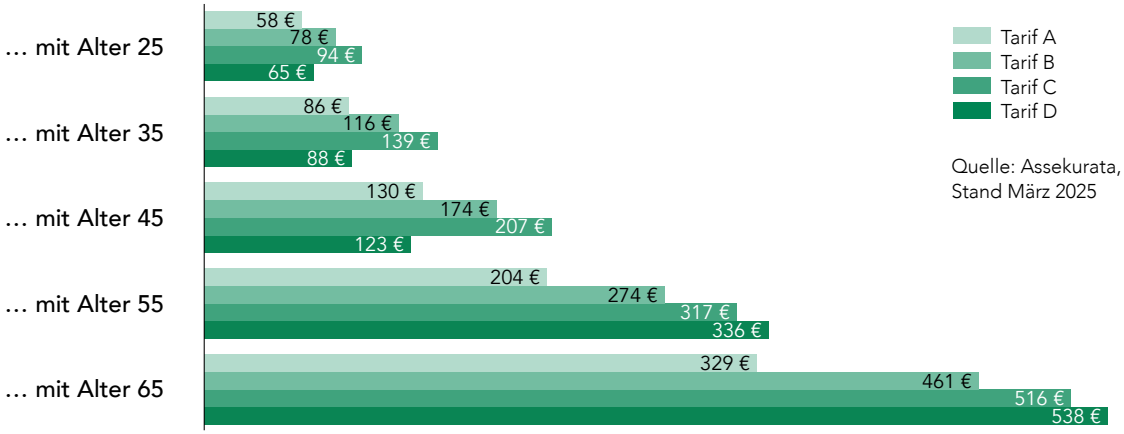
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 2.100 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.300 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Berlin für eine 25-jährige Person bereits ab 37 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 58 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 55 € bzw. 86 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 130 € bzw. 204 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (2.100 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.300 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

38 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

39 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

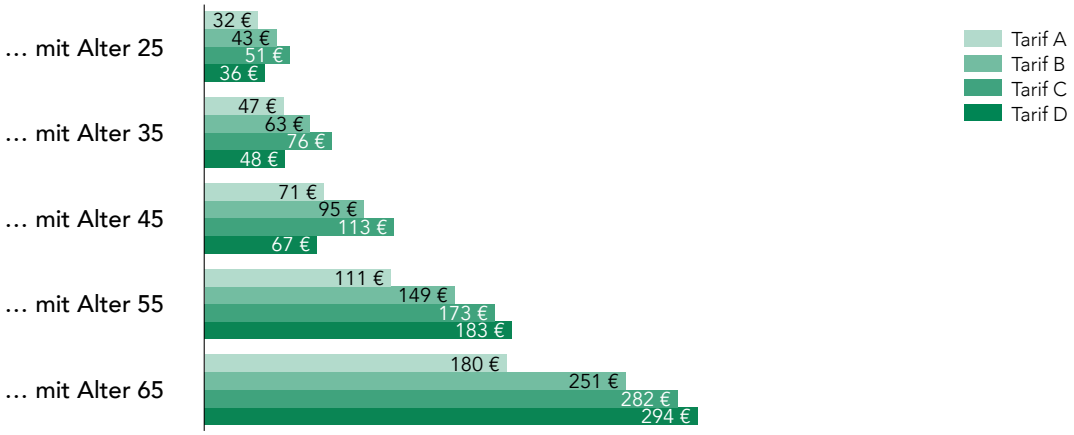
Brandenburg

In Brandenburg belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.786 €.[40] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 878 € sowie die Investitionskosten von 356 €.[41] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.020 € und liegen damit 211 € bzw. 6,5 % unter dem Bundesdurchschnitt.

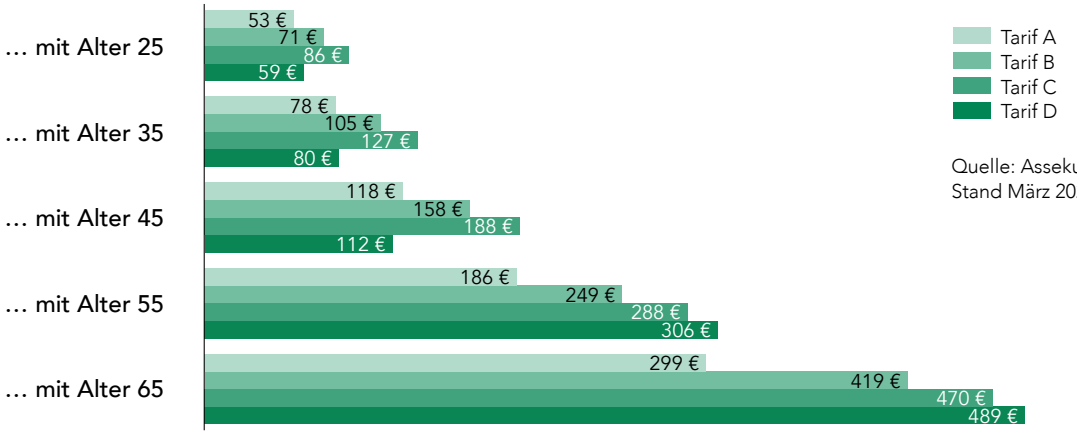
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.800 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.000 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Brandenburg für eine 25-jährige Person bereits ab 32 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 53 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 47 € bzw. 78 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 111 € bzw. 186 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.000 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

40 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

41 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

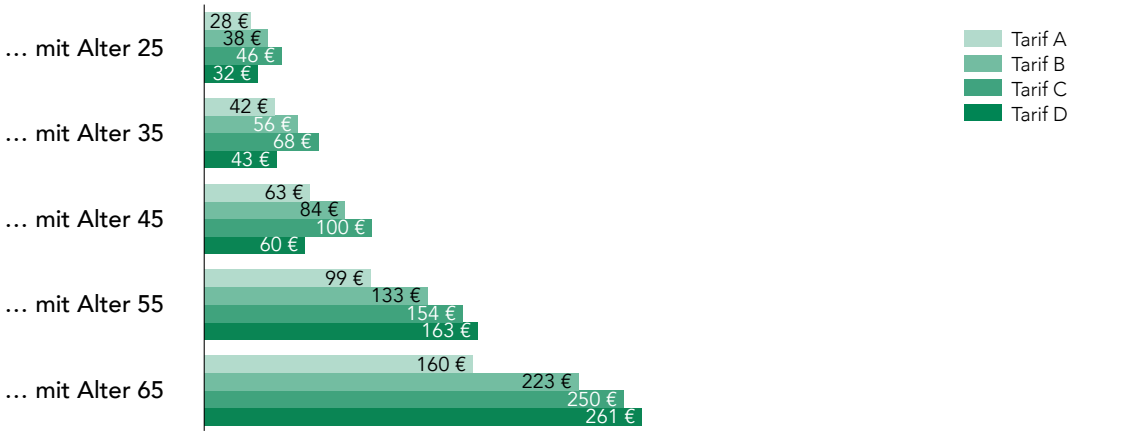
Bremen

In Bremen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.649 €.[42] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.043 € sowie die Investitionskosten von 551 €.[43] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.244 € und liegen damit ungefähr auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts.

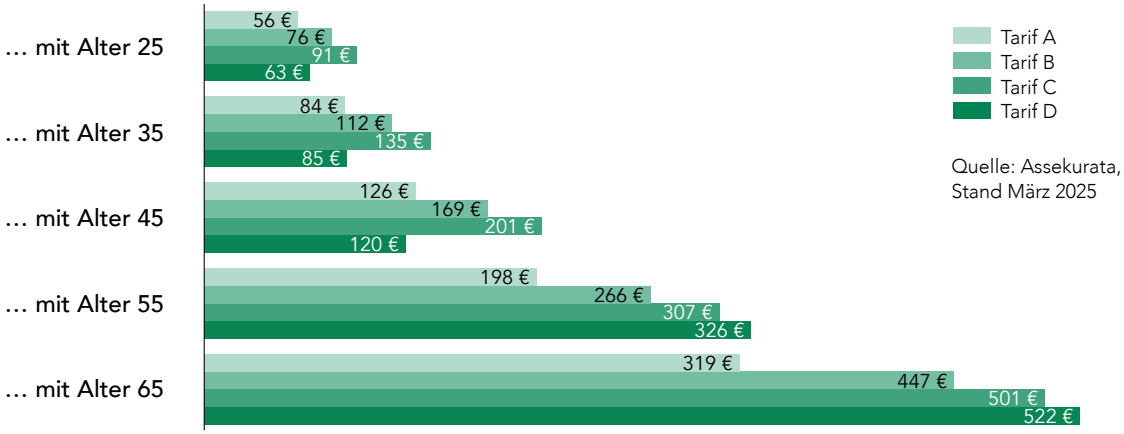
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.600 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.200 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Bremen für eine 25-jährige Person bereits ab 28 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 56 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 42 € bzw. 84 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 99 € bzw. 198 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



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



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

42 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

43 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

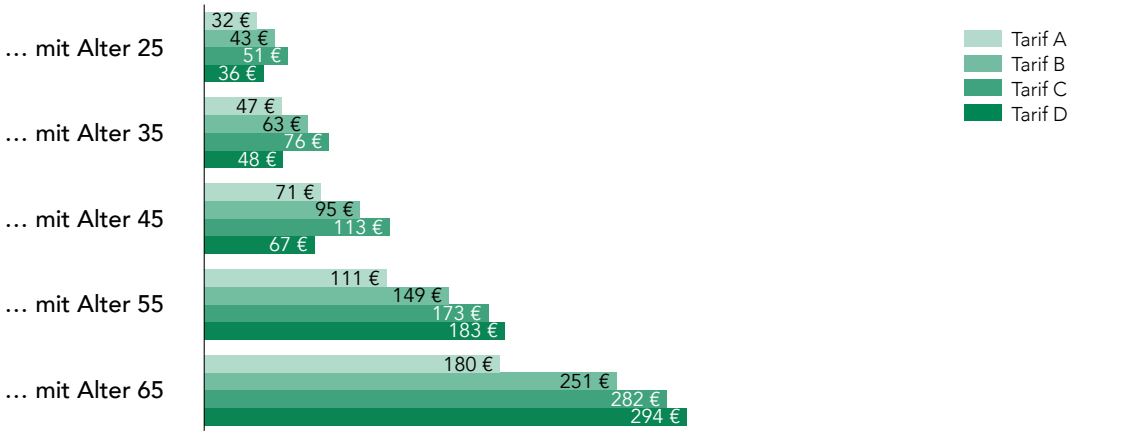
Hamburg

In Hamburg belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.780 €.[44] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 998 € sowie die Investitionskosten von 602 €.[45] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.379 € und liegen damit 149 € bzw. 4,6 % über dem Bundesdurchschnitt.

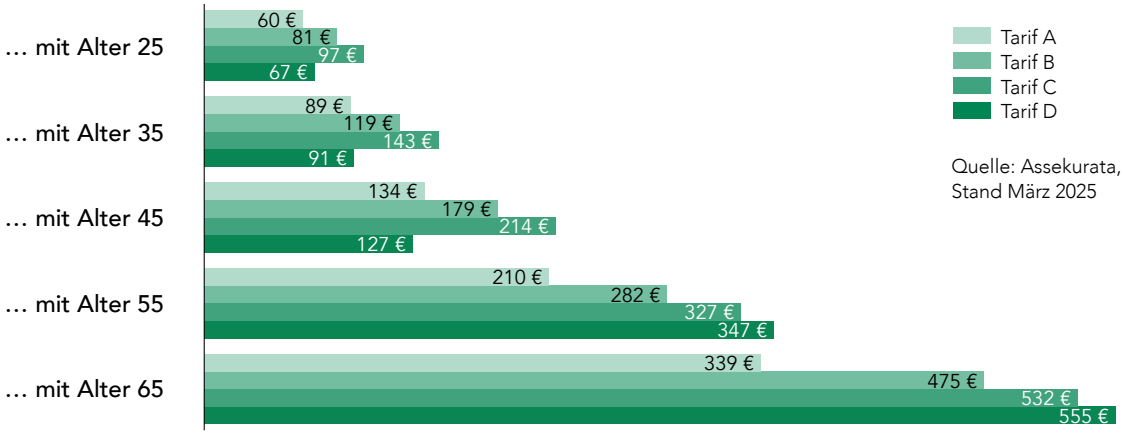
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.800 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.400 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Hamburg für eine 25-jährige Person bereits ab 32 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 60 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 47 € bzw. 89 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 111 € bzw. 210 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.400 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

44 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

45 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

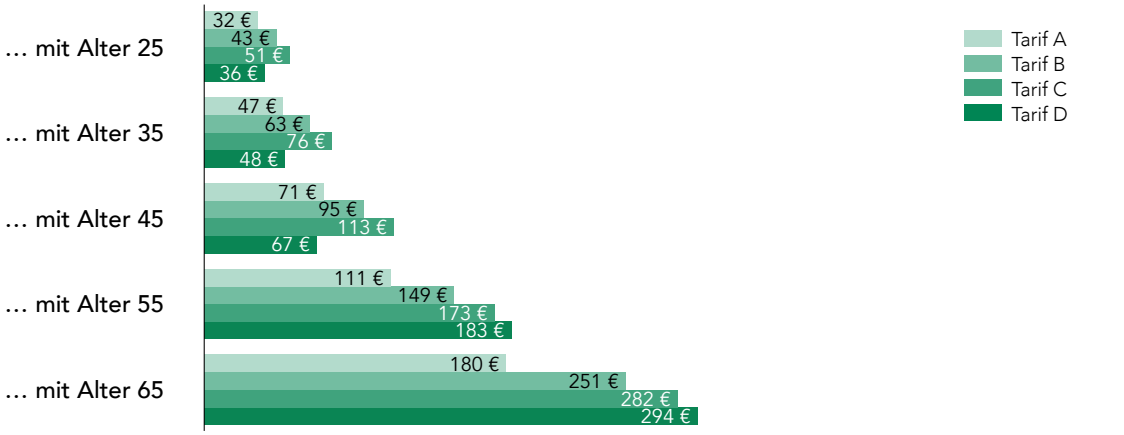
Hessen

In Hessen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.808 €.[46] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 910 € sowie die Investitionskosten von 530 €.[47] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.248 € und liegen auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts.

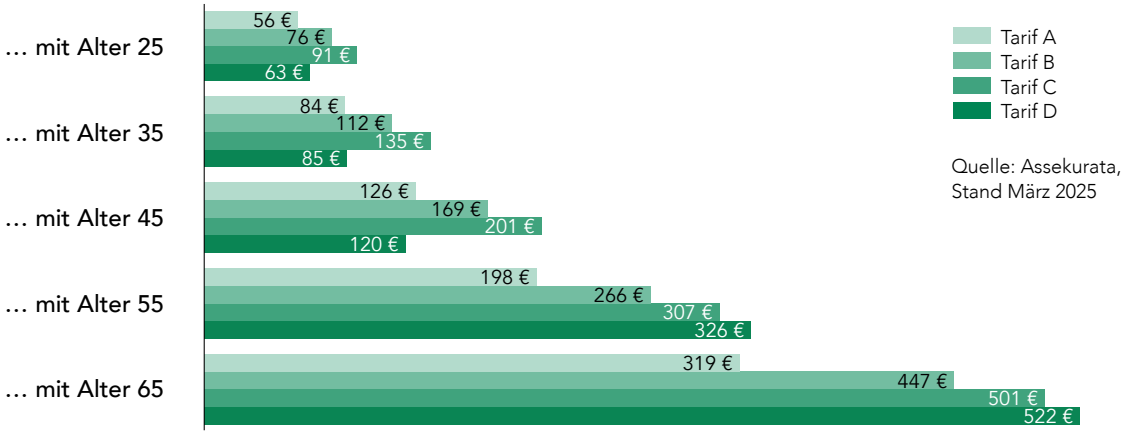
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.800 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.200 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Hessen für eine 25-jährige Person bereits ab 32 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 56 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 47 € bzw. 84 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 111 € bzw. 198 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



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



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

46 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

47 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

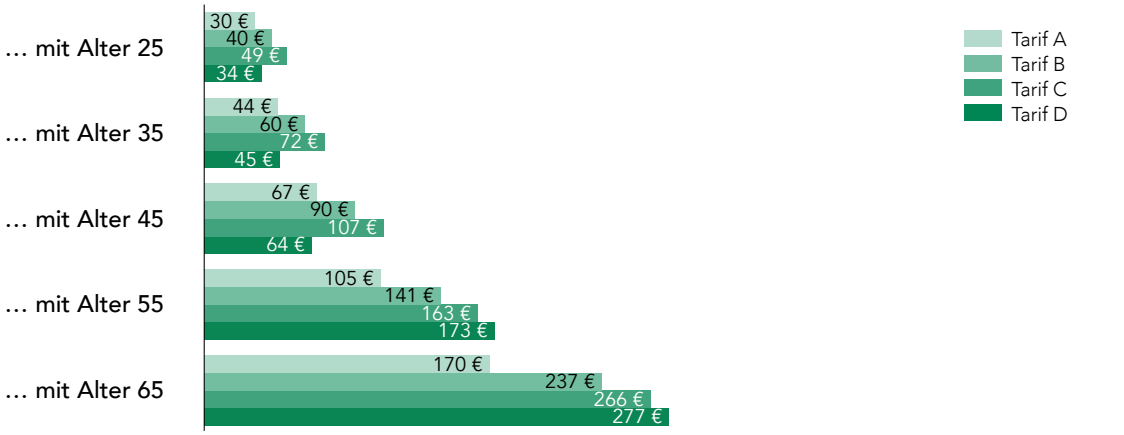
Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.695 €.[48] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 822 € sowie die Investitionskosten von 331 €.[49] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.849 € und liegen damit 381 € bzw. 11,8 % unter dem Bundesdurchschnitt.

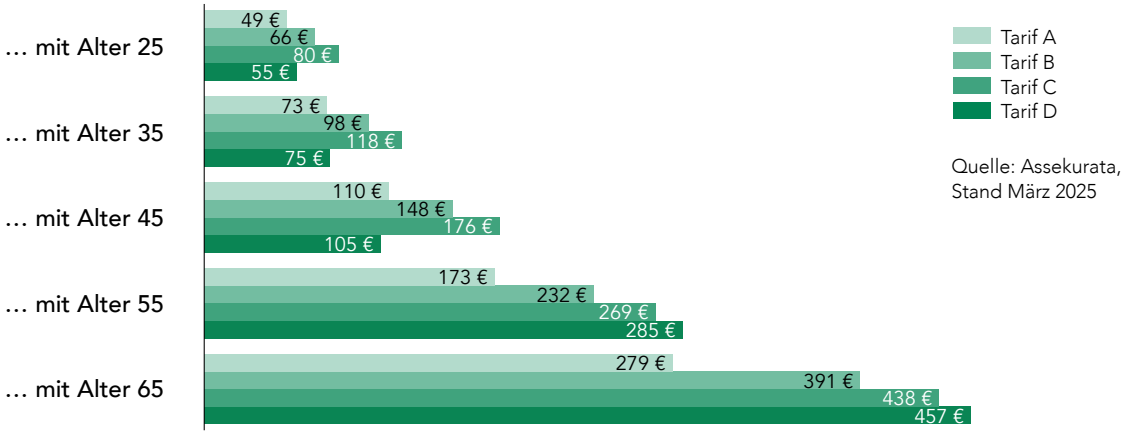
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.700 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 2.800 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Mecklenburg-Vorpommern für eine 25-jährige Person bereits ab 30 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 49 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 44 € bzw. 73 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 105 € bzw. 173 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



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



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

48 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

49 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

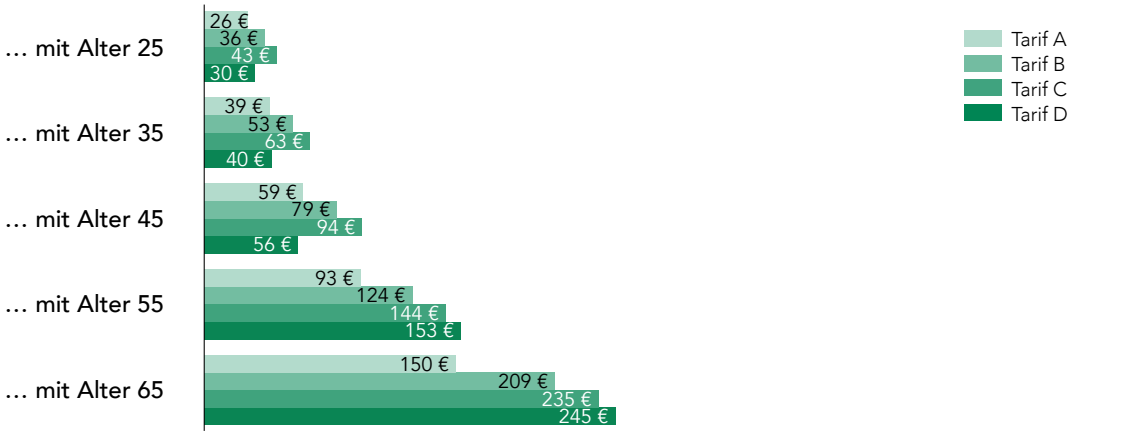
Niedersachsen

In Niedersachsen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.508 €.[50] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 805 € sowie die Investitionskosten von 505 €.[51] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.817 € und liegen damit 414 € bzw. 12,8 % unter dem Bundesdurchschnitt.

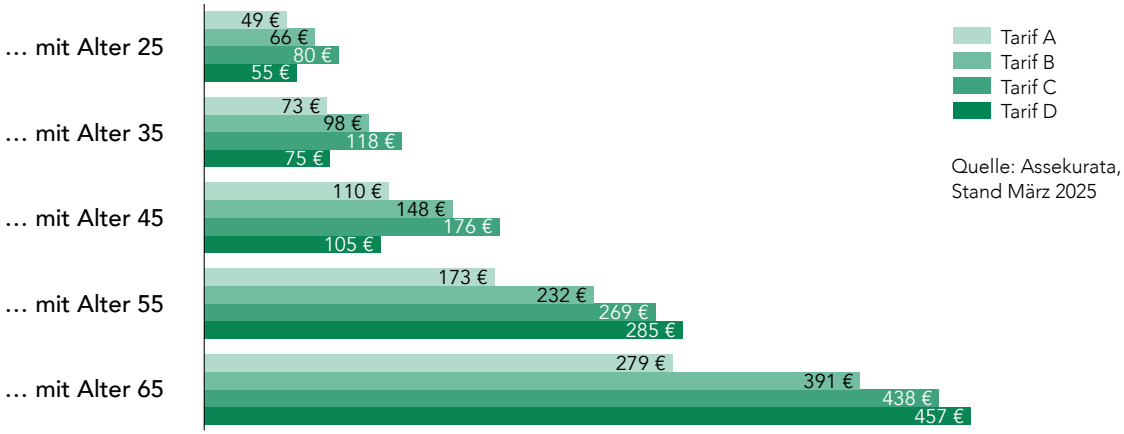
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.500 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 2.800 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Niedersachsen für eine 25-jährige Person bereits ab 26 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 49 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 39 € bzw. 73 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 93 € bzw. 173 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



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



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

50 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

51 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

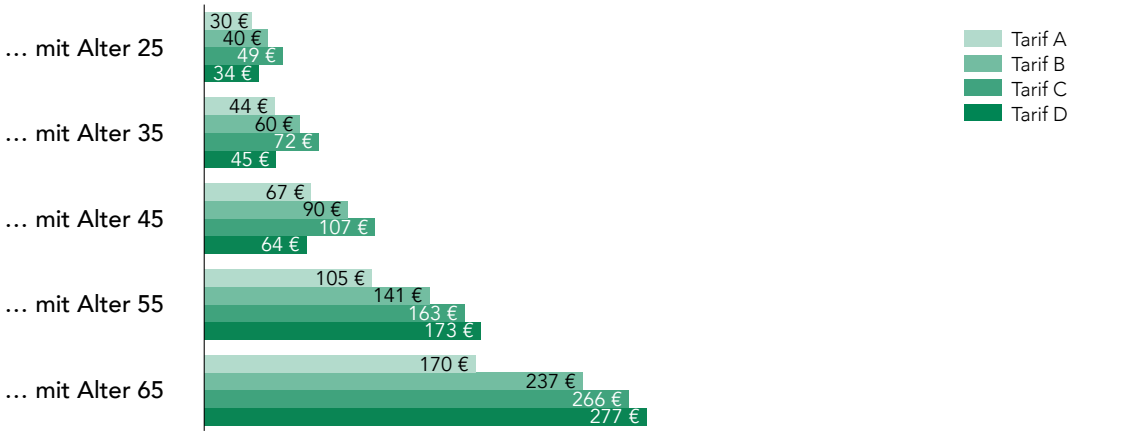
Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.685 €.[52] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.241 € sowie die Investitionskosten von 590 €.[53] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.516 € und liegen damit 286 € bzw. 8,9 % über dem Bundesdurchschnitt.

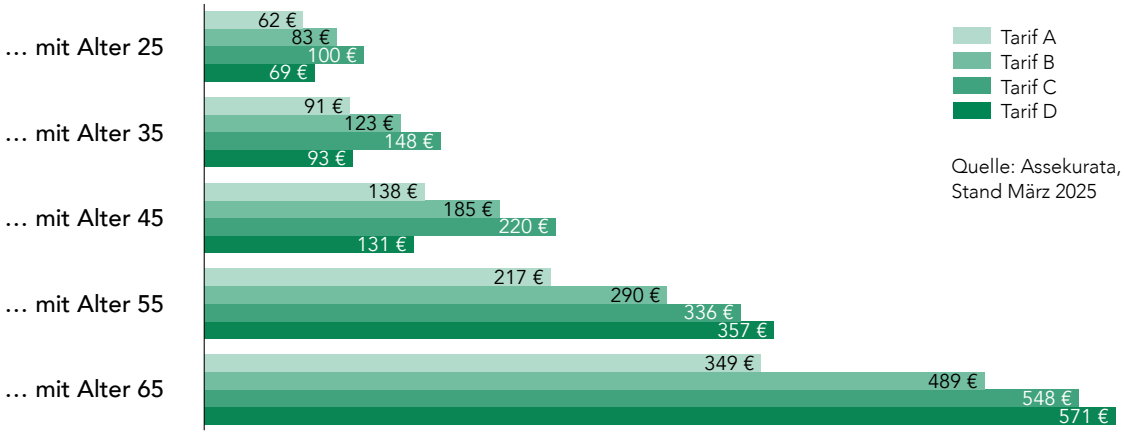
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.700 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.500 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Nordrhein-Westfalen für eine 25-jährige Person bereits ab 30 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 62 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 44 € bzw. 91 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 105 € bzw. 217 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.500 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

52 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

53 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

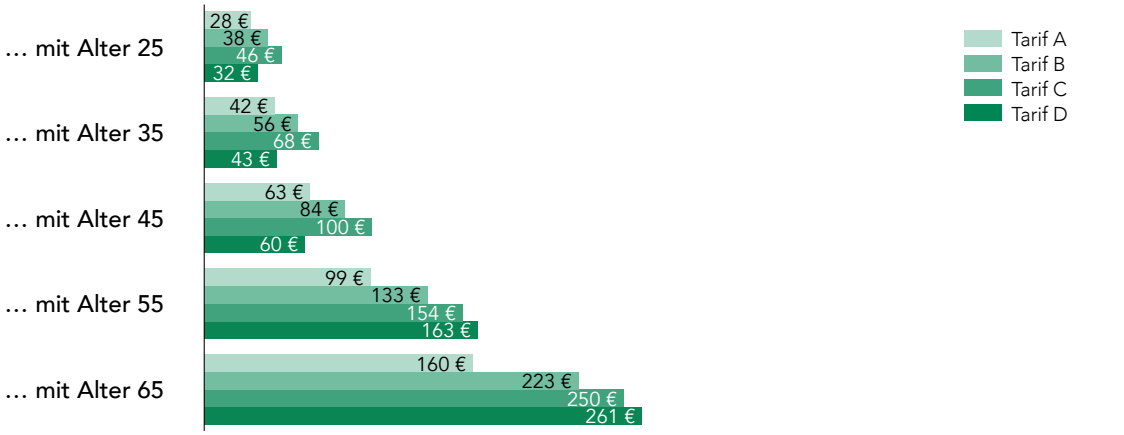
Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.564 €.[54] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.206 € sowie die Investitionskosten von 463 €.[55] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.233 € und liegen damit ungefähr auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts.

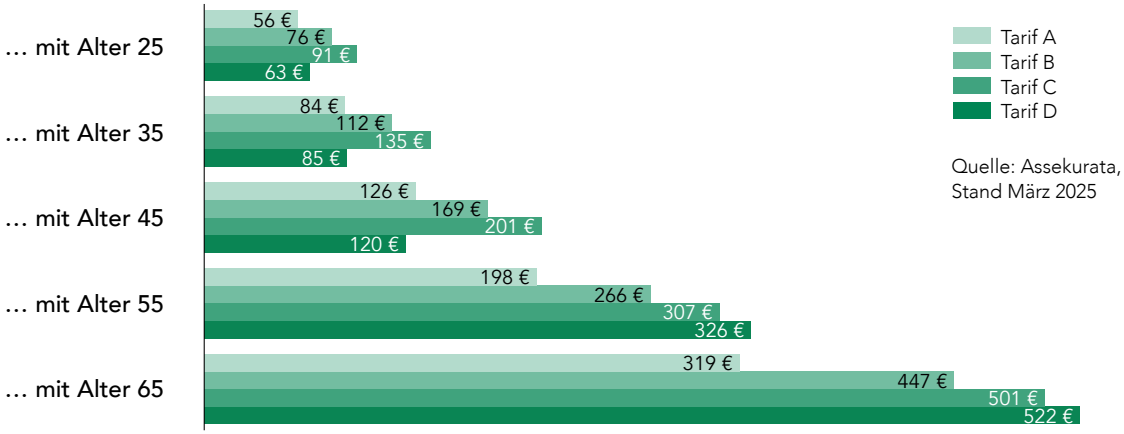
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.600 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.200 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Rheinland-Pfalz für eine 25-jährige Person bereits ab 28 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 56 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 42 € bzw. 84 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 99 € bzw. 198 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



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



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

54 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

55 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

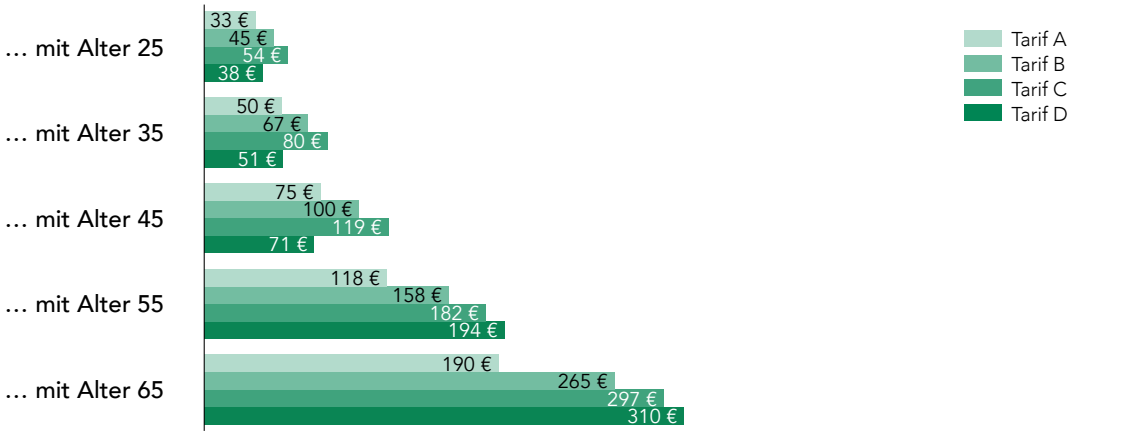
Saarland

Im Saarland belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.937 €.[56] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.185 € sowie die Investitionskosten von 481 €.[57] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 3.603 € und liegen damit 373 € bzw. 11,6 % über dem Bundesdurchschnitt.

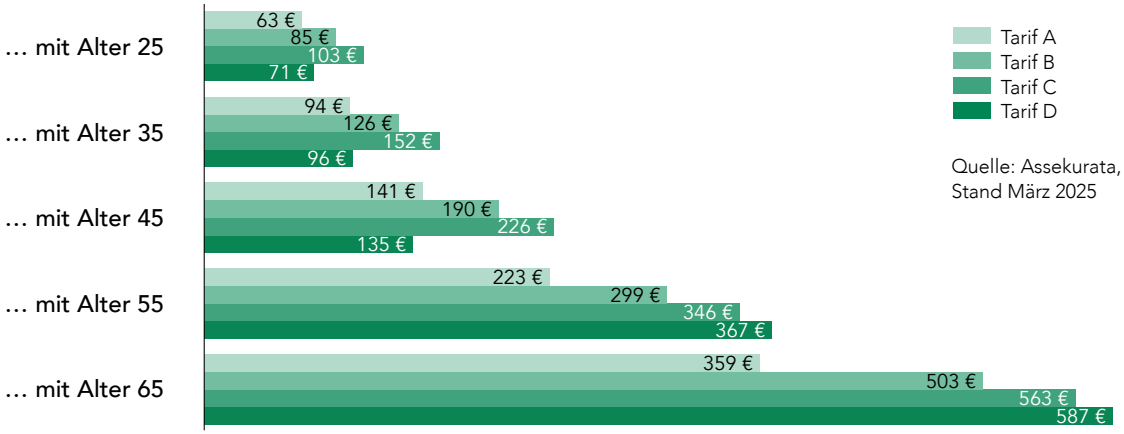
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.900 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.600 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Saarland für eine 25-jährige Person bereits ab 33 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 63 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 50 € bzw. 94 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 118 € bzw. 223 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung pflegebedingter Kosten in stationären Einrichtungen (1.900 Euro) bei Abschluss ...



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.600 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

56 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

57 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

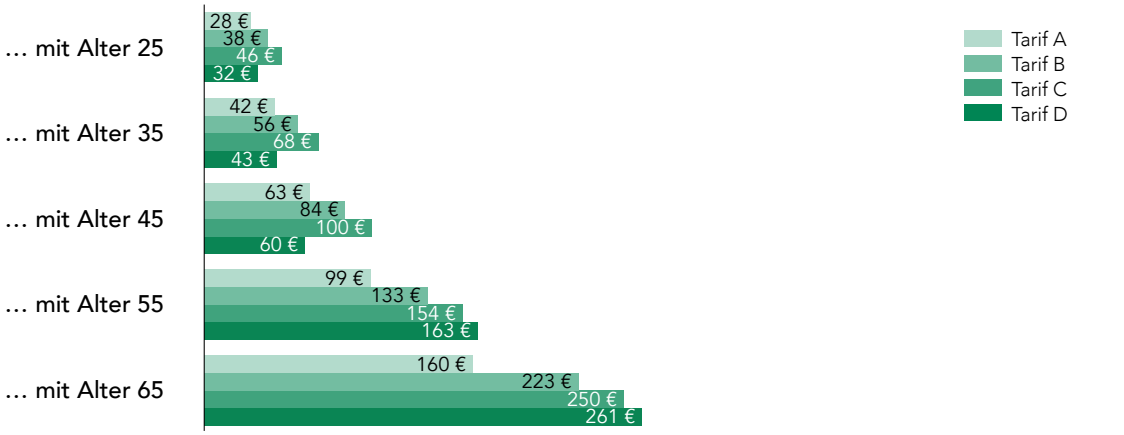
Sachsen

In Sachsen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.641 €.[58] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 794 € sowie die Investitionskosten von 363 €.[59] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.799 € und liegen damit 432 € bzw. 13,4 % unter dem Bundesdurchschnitt.

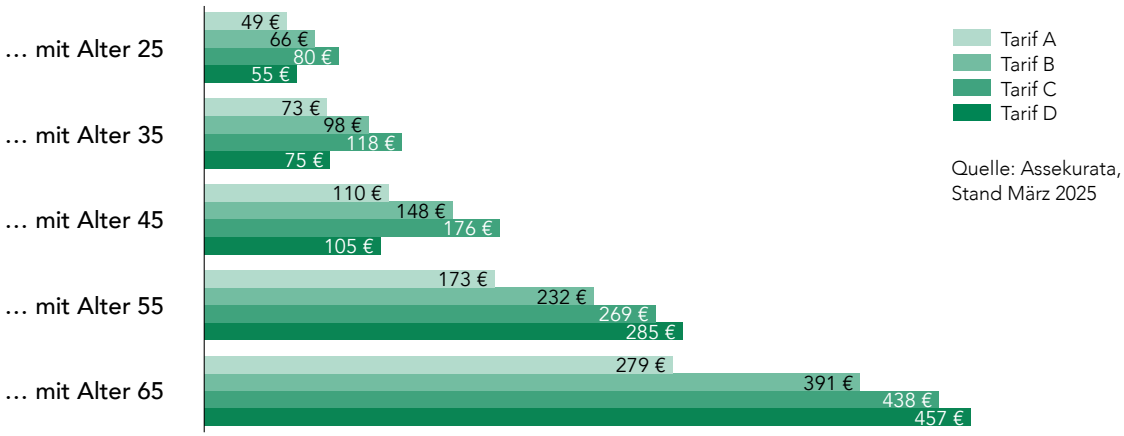
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.600 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 2.800 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Sachsen für eine 25-jährige Person bereits ab 28 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 49 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 42 € bzw. 73 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 99 € bzw. 173 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



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



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

58 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

59 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

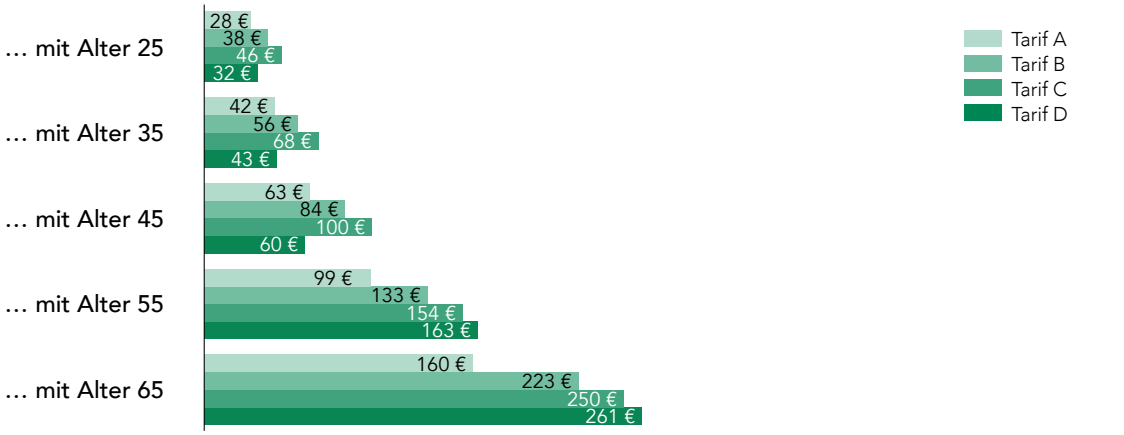
Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.560 €.[60] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 773 € sowie die Investitionskosten von 331 €.[61] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.665 € und liegen damit 566 € bzw. 17,5 % unter dem Bundesdurchschnitt.

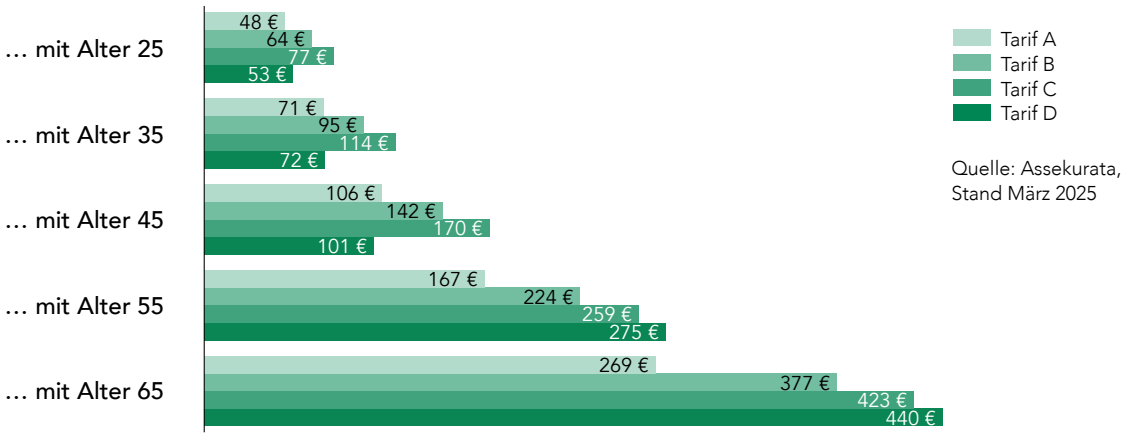
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.600 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 2.700 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Sachsen-Anhalt für eine 25-jährige Person bereits ab 28 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 48 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 42 € bzw. 71 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 99 € bzw. 167 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



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



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

60 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

61 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

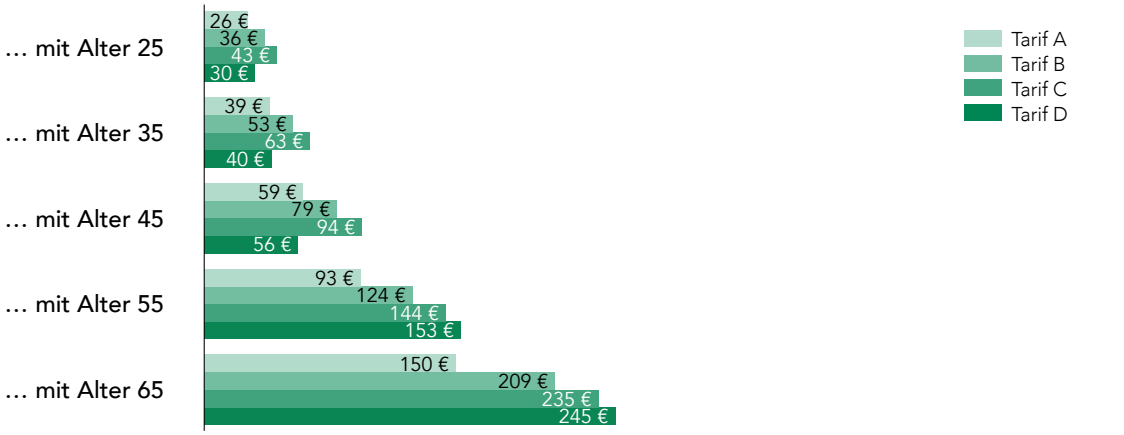
Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.490 €.[62] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 962 € sowie die Investitionskosten von 536 €.[63] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.989 € und liegen damit 241 € bzw. 7,5 % unter dem Bundesdurchschnitt.

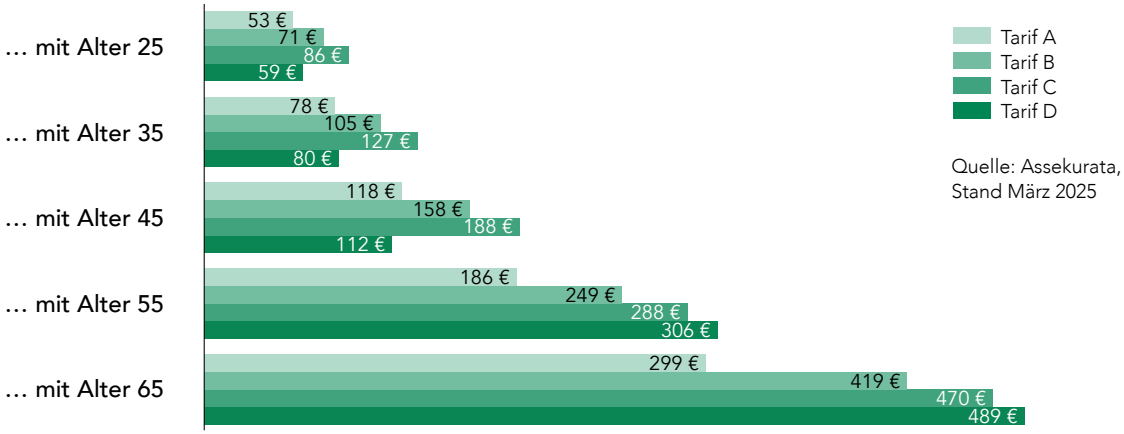
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.500 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 3.000 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Schleswig-Holstein für eine 25-jährige Person bereits ab 26 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 53 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 39 € bzw. 78 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 93 € bzw. 186 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



Monatsbeitrag Pflegezusatzversicherung für Absicherung der vollen Pflegelücke in stationären Einrichtungen (3.000 Euro) bei Abschluss ...



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

62 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

63 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

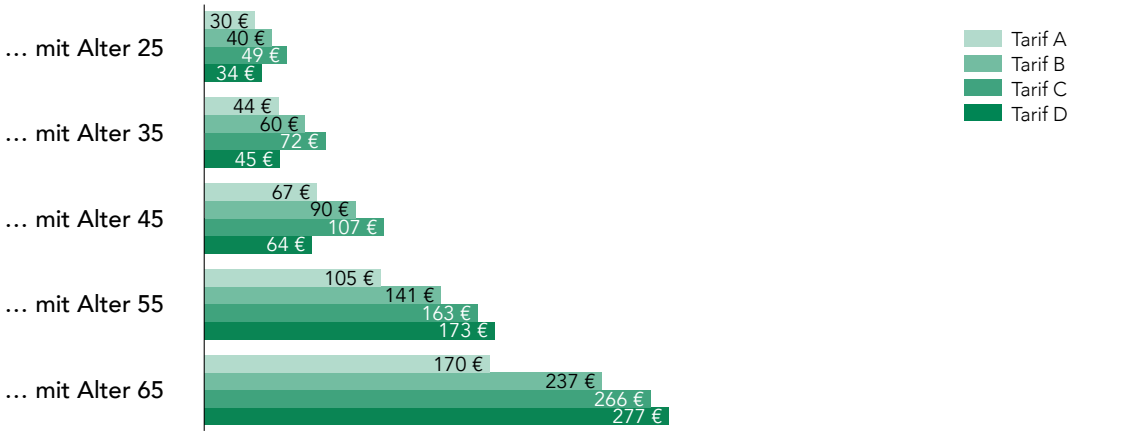
Thüringen

In Thüringen belaufen sich die selbst zu tragenden pflegebedingten Kosten, also der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), auf 1.666 €.[64] Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 877 € sowie die Investitionskosten von 336 €.[65] In Summe betragen somit die durchschnittlich selbst zu tragenden Kosten insgesamt 2.879 € und liegen damit 351 € bzw. 10,9 % unter dem Bundesdurchschnitt.

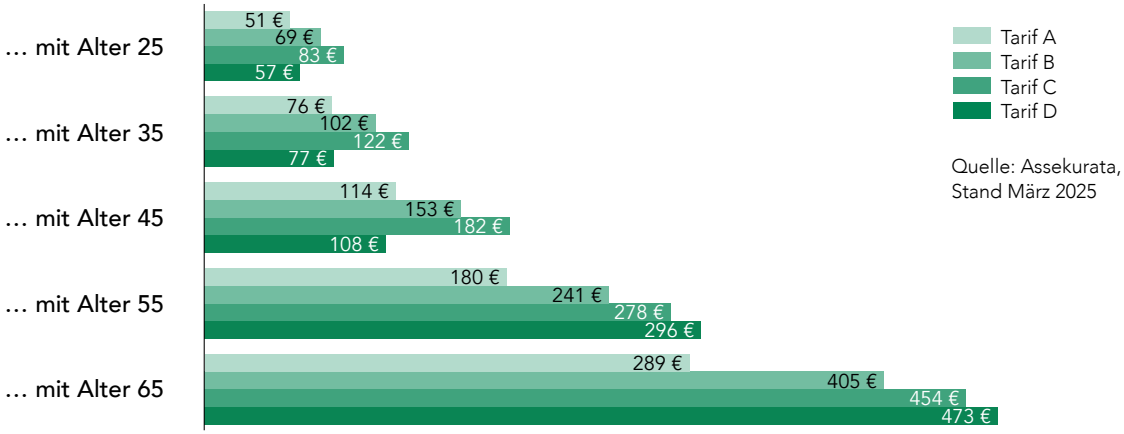
Somit ergibt sich für die bisherigen Berechnungen eine Absicherung in Höhe von 1.700 € für die Absicherung der pflegebedingten Kosten. Soll die volle Pflegelücke in stationären Einrichtungen abgesichert werden, ergibt sich eine Absicherungshöhe von 2.900 €.

Analog den Berechnungen für den Bundesdurchschnitt ist die Absicherung der rein pflegebedingten Kosten in Thüringen für eine 25-jährige Person bereits ab 30 € versicherbar. Die volle Pflegelücke kann hier für einen Monatsbeitrag von 51 € abgedeckt werden. Bei einer 35-jährigen Person erhöhen sich die Beiträge auf 44 € bzw. 76 €. Bei Eintrittsalter 55 werden 105 € bzw. 180 € fällig. Die Gesamtausgaben passen sich dementsprechend dem Niveau des Bundeslandes an.

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



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



Quelle: Assekurata, Stand März 2025

64 Inklusive Ausbildungskosten nach Pflegeberufegesetz und § 82a SGB XI in vollstation. Einrichtungen ohne Sondereinrichtungen.

65 Jeweils Durchschnittswerte für das Bundesland

Kontakt

Alexander Kraus
Fachkoordinator Krankenversicherung
Telefon 0221 27221-43
Fax 0221 27221-77
alexander.kraus@assekurata.de
www.assekurata.de

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