PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG
EIN THEMA DAS DIE GANZE FAMILIE BETRIFFT

abraxas ges. für innovative finanzkonzepte mbH
Gotenstr. 6 86343 Königsbrunn

Tel.: 08231-60584-00 Fax: 08231-60584-09
info@abraxas-makler.de http://www.abraxas-makler.de

Stand: 01/2026

GRUNDLAGEN

Am Jahresende 2024 gab es in der sozialen Pflegepflichtversicherung rund 5,64 Millionen Leistungsempfänger, Tendenz steigend. Häufigste Ursachen für einen Pflegefall sind Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebserkrankungen und Unfälle. Reichen im Pflegefall die privaten finanziellen Mittel (auch z. B. Immobilien) für die Deckung der Pflegekosten nicht aus, werden die nächsten Angehörigen vom Sozialamt in die Pflicht genommen, sofern ihr Einkommen die Freigrenze übersteigt. Eine Belastung für den Nachlass ist der Pflegefall immer!

FÜR WEN IST DIE VERSICHERUNG?

Eine Pflegezusatzversicherung eignet sich für jeden, der sich selbst und seine nächsten Angehörigen vor den finanziellen Folgen im Falle einer Pflegebedürftigkeit schützen möchte.

WAS IST VERSICHERBAR?

Grundsätzlich sind folgende Varianten der Pflegezusatzversicherung möglich:

PFLEGETAGEGELD

Beim Pflegetagegeld wird eine feste Summe vereinbart, die der Patient zur freien Verfügung hat. Der Versicherte kann selbst entscheiden, wofür das Geld genutzt wird. Die Höhe des ausgezahlten Tagesgeldes richtet sich nach der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade).

PFLEGEKOSTENVERSICHERUNG

Eine Pflegekostenversicherung stockt die gesetzlichen Leistungen um einen bestimmten Prozentsatz auf, der bei Vertragsabschluss festgelegt wird. Diese feste Bindung an den Kassensatz kann sich nachteilig auswirken: sind die Leistungen der gesetzlichen Kasse gering, zahlt auch die private Versicherung wenig. Andere Tarife übernehmen die Restkosten bis zu einer Höchstgrenze. Bleibt dann immer noch eine Lücke, muss der Versicherte die Restkosten aus eigener Tasche zahlen. Generell kommen Kostentarife nur für nachgewiesene Kosten auf, zum Beispiel durch Rechnung eines Heimes oder eines Pflegedienstes. Dazu zählen nur die Leistungen, die im Katalog der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgeführt sind. Unterkunft und Verpflegung werden in der Regel nicht erstattet. Lässt sich der Versicherte von seinen Angehörigen oder Freunden pflegen, fällt die Erstattung geringer aus als bei häuslicher Pflege durch einen Pflegedienst.

PFLEGERENTEN

Der Versicherer zahlt eine vereinbarte Monatsrente, unabhängig von den tatsächlichen Aufwendungen und egal, von wem man gepflegt wird und wo die Pflege stattfindet. Das Pflegefallrisiko wird hierbei mit

einer Kapitallebens- oder Rentenversicherung abgesichert. Die Höhe des Pflegerentenanspruchs richtet sich ausschließlich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) des Versicherten.

Anders als der Krankenversicherungsträger sagt der Lebensversicherer eine Leistung zu und kann sie nicht mehr durch Beitragsanpassungsklauseln nachträglich verändern. Diese Regelungen sehen Krankenversicherungsunternehmen grundsätzlich vor. Aus diesem Grund ist der Beitrag zu einer derartigen Versorgung auch tendenziell etwas höher. Die Pflegerentenversicherung bietet darüber hinaus eine Überschussbeteiligung an, die zur Erhöhung der Versicherungsleistung oder auch zur Beitragsreduktion eingesetzt werden kann.

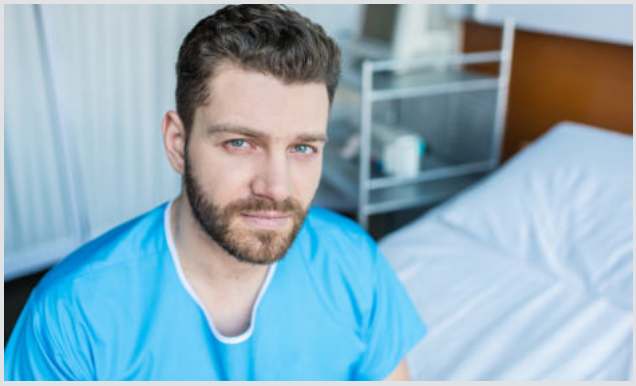
Gegenüberstellung der einzelnen Varianten der Pflegezusatzversicherung:

	Pflegetagegeld	Pflegekosten	Pflegerente
Versicherer	Kranken-versicherer	Kranken-versicherer	Lebens-versicherer
Leistungs-umfang	Zahlung eines festen Tages-satzes.	Erstattung der Restkosten, welche durch die gesetzliche Pflege-versicherung nicht abgedeckt sind (meistens sind Höchstgrenzen festgelegt).	Rentenzahlung
Verwendung der Leistung	Der Versicher-te kann frei über das Geld verfügen.	Leistungen sind zweckgebunden - Nachweis muss er-folgen (z. B. durch Rechnungen)	Der Versicher-te kann frei über das Geld verfügen.

BEISPIELE

PFLEGEHEIM

Die Rentnerin Frau K. stürzte zu Hause und konnte nicht mehr alleine aufstehen. Nach einem längeren Krankenhausaufenthalt wird klar, dass sie zukünftig auf Hilfe angewiesen sein wird. Da die Kinder von Frau K. alle berufstätig sind, ist eine Unterbringung im Pflegeheim nicht zu vermeiden. Die Rente von Frau K. und die Ersparnisse reichen bei Weitem nicht aus, um die Kosten für das Pflegeheim zu decken. Da sie keine Pflegezusatzversicherung abgeschlossen hat, müssen die Kinder jeden Monat mehrere hundert Euro für die Unterbringung im Pflegeheim zuzahlen.



SCHLAGANFALL

Herr M. ist 40 Jahre alt und hat vor Kurzem einen Schlaganfall erlitten. Trotz schneller medizinischer Versorgung wird der Familienvater ein Pflegefall bleiben. Um die Familie zu versorgen, muss seine Frau wieder Vollzeit arbeiten gehen. Glücklicherweise hat Herr M. eine Pflegezusatzversicherung abgeschlossen. So ist die häusliche Pflege durch einen Pflegedienst finanzierbar.

LEISTUNGSBEISPIELE

BEISPIEL: DIE KOSTEN BEI HÄUSLICHER PFLEGE DURCH EINEN PFLEGEDIENST

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung	0 €	796 €	1.497 €	1.859 €	2.299 €

+ Entlastungsbetrag: zweckgebunden bis zu 131 € (§ 45b SGB XI) - gilt für Pflegegrad 1-5

Die Kosten für die häusliche Pflege durch einen Pflegedienst müssen individuell berechnet werden, da es hierfür keine einheitlichen Preise bei den Pflegediensten gibt. Hierbei sind zum einen die unterschiedlichen Preise der Pflegedienste, zum anderen die gewünschten Leistungspunkte (z. B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Rasieren, Kämmen, Mund- und Zahnpflege, Teil- oder Ganzkörperwäsche, Transfer etc.) zu berücksichtigen. Pro Leistungswunsch wird ein individueller Wert in Euro zwischen Pflegekasse und Pflegedienst ausgehandelt. Zusammen mit den Zusatzkosten (Anfahrtskosten) und abzüglich der gesetzlichen Leistungen ergibt sich der Eigenanteil für Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige.

Leistungsbeispiel

Frau Meier ist pflegebedürftig und hat Pflegegrad 3. Ihr häuslicher Pflegedienst kostet insgesamt 2.488 €. Von ihrer gesetzlichen Pflegeversicherung erhält Sie einen Beitrag in Höhe von 1.497 €. In diesem Fall beträgt die Eigenleistung von Frau Meier 991 €, die sie monatlich für ihren ambulanten Pflegedienst bezahlen muss.

BEISPIEL: DIE KOSTEN BEI VOLLSTATIONÄRER PFLEGE IM PFLEGEHEIM

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Bundesdurchschnittliche Kosten pro Monat	3.000,00 €	4.169,00 €	4.683,00 €	5.219,00 €	5.460,00 €
Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung	131 €	805 €	1.319 €	1.855 €	2.096 €
Bundesdurchschnittlicher Leistungszuschlag*	0,00 €	256,00 €	256,00 €	256,00€	256,00 €
Eigenleistung durch den Versicherten	2.869,00 €	3.108,00 €	3.108,00 €	3.108,00 €	3.108,00 €

* Berechnung für eine vollstationäre Pflege im ersten Jahr (15 % des bundesdurchschnittlichen Eigenanteils)

Ab dem 01.01.2022 zahlt die Pflegekasse – für eine stationäre Pflege – zusätzlich einen prozentualen Leistungszuschlag (für die Pflegegrade 2 bis 5), bezogen auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil. Die Höhe des Leistungszuschlags ist von der bisherigen Dauer der vollstationären Pflege abhängig:

- bis 12 Monate: **15 %**, mehr als 12 Monate: **30 %**, mehr als 24 Monate: **50 %** und mehr als 36 Monate: **75 %** des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

WISSENSWERTES

WIE BERECHNET SICH DIE PRÄMIE?

Folgendes wird bei der Prämienberechnung berücksichtigt:

- Höhe der Absicherung
- Eintrittsalter
- Gesundheitszustand bei Abschluss des Vertrages

WIE ERFOLGT IN DER GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG DIE EINSTUFUNG IN EINEN PFLEGEGRAD?

Der bundesweit tätige medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellt die Pflegebedürftigkeit fest.

Folgende Stufen der Pflegerade werden dabei unterschieden:

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Bei der privaten Pflegezusatzversicherung richtet sich der Versicherer bei der Einstufung in einen Pflegegrad entweder nach dem MDK oder er legt seine eigenen Kriterien zugrunde.

WAS LEISTET DIE GESETZLICHE PFLEGEVERSICHERUNG?

Bei der gesetzlichen Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege und vollstationärer Pflege. Bei der häuslichen Pflege kann ein Pflegegeld beantragt werden, wenn ein Familienangehöriger die Person selbst pflegt.

	häusliche Pflege	häusliche Pflege	stationäre Pflege	
	Sachleistungen (mtl.)	Geldleistungen (mtl.)	Leistungsbetrag (mtl.)	Leistungszuschlag (mtl.)
Pflegegrad 1	0 €	0 €	Zuschuss in Höhe von 131 €	0, 00 €
Pflegegrad 2	796 €	347 €	805 €	individuell
Pflegegrad 3	1.497 €	599 €	1.319 €	individuell
Pflegegrad 4	1.859 €	800 €	1.855 €	individuell
Pflegegrad 5	2.299 €	990 €	2.096 €	individuell

+ Entlastungsbetrag: zweckgebunden bis zu 131 € (§ 45b SGB XI) - gilt für ambulante Pflege (Pflegegrad 1-5)

Dieses Druckstück dient nur der vorläufigen Information und ist eine unverbindliche Orientierungshilfe. Weder die VEMA eG noch der genannte Versicherungsmakler übernehmen eine Gewähr für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der Informationen. Diese Sparteninformation dient ausschließlich der allgemeinen Information über eine Versicherung und mögliche Leistungs- und Schadensfälle. Bildquellen in Reihenfolge: Urheber: HayDmitriy, ClipDealer #B:270649906 | Urheber: IgorVetushko, ClipDealer #B301586136 | Urheber: IgorVetushko, ClipDealer #B:167630908 | Urheber: AlexLipa, ClipDealer #B:151978740 | Urheber: Feverpitch, ClipDealer #12790584

Stand: 01/2026