

PKV-Info



Die Private Pflegezusatzversicherung

Inhalt

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung	3
Die Kosten für die Pflege	5
Die passende Ergänzung: Die Pflegezusatzversicherung	6
Die Pflegetagegeldversicherung	7
Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung.....	8
Die Pflegekostenversicherung.....	10
Die Pflegerentenversicherung	11
Der Versicherungsbeitrag	11
Die staatliche Unterstützung für die Pflegezusatzversicherung	11
Weitere Informationen.....	12

Wer in Deutschland krankenversichert ist, muss auch eine Pflegepflichtversicherung haben. Nach dem Grundsatz „die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ sind privat Krankenversicherte in der Privaten Pflegepflichtversicherung, gesetzlich Krankenversicherte in der Regel in der Sozialen Pflegeversicherung versichert.

Anders als die Krankenversicherung ist die Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung konzipiert worden. Sie deckt deshalb bei Weitem nicht alle Kosten ab, die im Pflegefall entstehen. Dies gilt auch nach den letzten Pflegereformen. Ist der Pflegebedürftige nicht in der Lage, die Differenz zwischen den Leistungen der Pflegepflichtversicherung und den tatsächlichen Pflegekosten zu tragen, werden seine Angehörigen zur Zahlung herangezogen. Ob und in welchem Umfang ein Angehöriger zahlen muss, hängt von seiner individuellen Leistungsfähigkeit ab. Gibt es keine Angehörigen, die für die verbleibenden Kosten aufkommen können, zahlt das Sozialamt.

Wer die finanziellen Belastungen für sich oder seine Angehörigen infolge einer Pflegebedürftigkeit verringern möchte, sollte deshalb Vorsorge treffen. Unter den vielen Angeboten der privaten Pflegezusatzversicherung kann jeder den passenden Versicherungsschutz finden. Dass eine private Zusatzversicherung für den Pflegefall wichtig ist, hat auch der Gesetzgeber erkannt: Seit 2013 erhalten Versicherte, die eine staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung abschließen, eine Zulage zum Beitrag von bis zu 33 Prozent.

Pflegepflicht =
Teilkasko



Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung

Für die Leistungen der Pflegepflichtversicherung sind insbesondere der Grad der Pflegebedürftigkeit und der Ort der Pflege von Bedeutung. Zunächst prüft der Medizinische Dienst nach den folgenden Kriterien, ob und in welchem Maße der Antragsteller pflegebedürftig ist:

1. **Mobilität** – Wie selbstständig kann sich die betroffene Person noch bewegen?
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** – Wie gut findet sich die betroffene Person in ihrem Alltag zurecht? Kann sie Entscheidungen treffen, sich mitteilen?
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** – Verhält sich die betroffene Person auffällig und ggf. aggressiv gegenüber sich selbst oder ihrer Umwelt?
4. **Selbstversorgung** – Inwieweit kommt die betroffene Person mit der Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Vergleichbarem zurecht?

5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** – Inwieweit ist eine Unterstützung beim Umgang mit der Krankheit und bei Behandlungen, wie Verbandswechsel, notwendig?
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** – Wie gut kann die betroffene Person noch ihren Tagesablauf planen und Kontakte pflegen?

Je nach Schwere der Beeinträchtigung in den genannten sechs Bereichen erfolgt die Zuordnung zu einem Pflegegrad:

Pflegegrad 1	geringe...	
Pflegegrad 2	erhebliche...	... Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
Pflegegrad 3	schwere...	
Pflegegrad 4	schwerste...	
Pflegegrad 5	schwerste... mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	

Je höher der Pflegegrad ist, desto höher sind in der Regel auch die Leistungen der Pflegepflichtversicherung. Zudem ist die Art der Betreuung von Bedeutung: Für stationäre Pflege wird mehr gezahlt als für teilstationäre Pflege und häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Pflegedienste. Das Pflegegeld für die Betreuung durch nicht-professionelle Personen wie Angehörige ist nochmals deutlich niedriger.

Leistungen der Pflegepflichtversicherung pro Monat

ambulante Pflege	Pflegegeld für die Betreuung durch Pflegepersonen ¹	maximale Kostenerstattung bei häuslicher Pflegehilfe
Pflegegrad 2	316 Euro	689 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro	1.298 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro	1.612 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro	1.995 Euro

¹ zum Beispiel Angehörige oder Bekannte

teilstationäre und stationäre Pflege	maximale Kostenerstattung bei teilstationärer Pflege	maximale Kostenerstattung bei stationärer Pflege
Pflegegrad 1	–	125 Euro
Pflegegrad 2	689 Euro	770 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro	1.775 Euro
Pflegegrad 4	1.995 Euro	2.005 Euro

Darüber hinaus gibt es folgende zusätzliche Leistungen:

- Für Unterstützungs- und Entlastungsangebote wie Betreuungsgruppen, Vorlesen, Begleitung bei Unternehmungen zahlt die Pflegeversicherung monatlich bis zu 125 Euro.
- Ist die übliche Pflege zu Hause vorübergehend nicht möglich, können Versicherte Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege beantragen.
- Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes von bis zu 4.000 Euro sollen ermöglichen, dass Pflegebedürftige weiterhin in ihrer eigenen Wohnung leben können (beispielsweise durch eine barrierefreie Dusche).
- Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ werden Wohngruppen besonders gefördert, in denen mehrere Pflege- oder Betreuungsbedürftige zusammen wohnen und gemeinsam ihre Pflege organisieren. Bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe erhält jeder Bewohner mit Pflege- oder Betreuungsbedarf einmalig 2.500 Euro und monatlich eine Pauschale von 214 Euro.

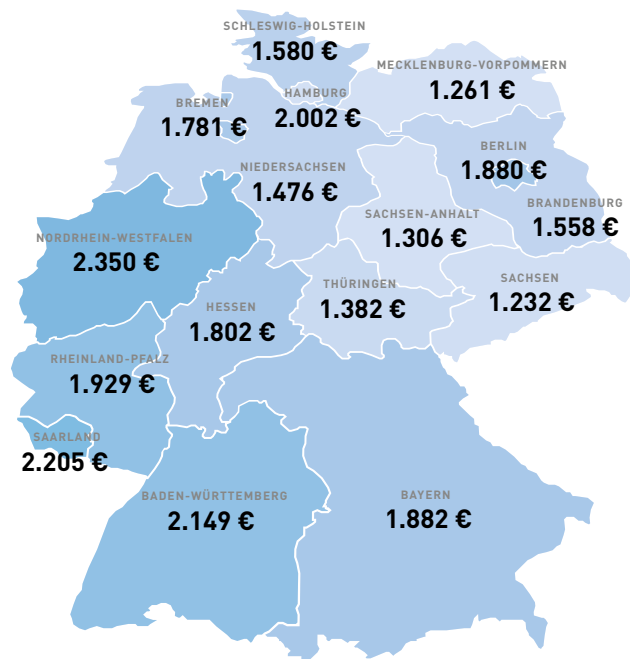
Die Kosten für die Pflege

Wie teuer die Pflege ist, hängt auch von der Art der Betreuung ab. Deshalb sind die Leistungen der Pflegepflichtversicherung daran gekoppelt. Die günstigste Alternative ist die Pflege zu Hause durch einen Angehörigen – allerdings nur, wenn der Pflegenden keine hohen Verdienstaufschläge hinnehmen muss. Am teuersten ist die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung, wobei die Kosten in der Regel umso höher sind, je höher der Komfort ist. Zurzeit muss ein Pflegebedürftiger in einer stationären Pflegeeinrichtung im Schnitt von über 1.800 Euro Eigenbeteiligung im Monat ausgehen.

Lücken der Pflegepflichtversicherung

Durchschnittlicher monatlicher Eigenanteil bei vollstationärer Pflege

Ø
BUNDES-
DURCHSCHNITT
1.843 €



Stand: Januar 2019

Wer auf stationäre Pflege angewiesen ist, muss enorme finanzielle Rücklagen gebildet haben, um derartige Kosten auf Dauer tragen zu können. Ist das Ersparte aufgebraucht, müssen alle weiteren Kosten von den Angehörigen oder der öffentlichen Hand übernommen werden.



Die passende Ergänzung: Die Pflegezusatzversicherung

Die Chancen, 80 Jahre und älter zu werden, sind so gut wie nie zuvor. Mit der stetig steigenden Lebenserwartung erhöht sich aber auch unser Risiko pflegebedürftig zu werden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes war Ende 2017 fast ein Viertel der 80- bis 84-Jährigen pflegebedürftig. Deshalb wäre es unklug, sich nur auf die Teilkaskoversicherung durch die Pflegepflichtversicherung zu verlassen. Wie kann der Einzelne aber konkret für den Pflegefall vorsorgen?

Es gibt drei Versicherungsarten, die das Pflegerisiko absichern: die Pflegetagegeldversicherung – wozu auch die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung gehört –, die Pflegekostenversicherung und die Pflegerentenversicherung. Pflegetagegeld- und Pflegerentenversicherung zahlen im Pflegefall monatlich einen vorher vereinbarten Betrag an den Versicherten aus, während die Pflegekostenversicherung die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet.

Für die von den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung angebotene Pflegetagegeld- und Pflegekostenversicherung gilt:

Um Leistungen aus der Pflegezusatzversicherung zu erhalten, muss der Versicherte pflegebedürftig sein. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt in Anlehnung an die Pflegepflichtversicherung. In der Regel genügt den Versicherungsunternehmen die medizinische Beurteilung der Pflegepflichtversicherung als Nachweis. Diese Beurteilung übernimmt für die Soziale Pflegeversicherung der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), für die Private Pflegepflichtversicherung die MEDICPROOF GmbH. Der Versicherer kann aber auch auf andere Ärzte und Verfahren zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit zurückgreifen. Ab welchem Pflegegrad und in welchem Umfang der Versicherte Leistungen erhält, hängt vom gewählten Tarif ab.

Bei Abschluss einer Pflegezusatzversicherung gilt in der Regel eine Wartezeit von drei Jahren, bevor der Versicherte Leistungen in Anspruch nehmen kann. Viele Versicherer verzichten allerdings mittlerweile auf diese Wartezeit. Bei anderen entfällt die Wartezeit, wenn der Versicherte durch einen Unfall pflegebedürftig wird, bei Vertragsabschluss ein festgelegtes Höchstalter noch nicht erreicht hat oder ein Gesundheitszeugnis vorlegt.

Wer im Alter in die Ferne zieht, muss nicht zwangsläufig auf seine Pflegezusatzversicherung verzichten. Die meisten Versicherungsunternehmen leisten im Pflegefall auch dann, wenn der Pflegebedürftige im europäischen Ausland lebt.

Wartezeit

Pflegebedürftigkeit im Ausland

Dies ist entweder schon in den Tarifbedingungen festgelegt oder aber auf Nachfrage vereinbar.

Zum Service der Unternehmen gehört in der Regel die telefonische Beratung. Informationsseiten im Internet ergänzen dieses Angebot. Der Umfang der darüber hinausgehenden Dienstleistungen, sogenannter Assistance-Leistungen, ist unterschiedlich. Die Versicherungen bieten unter anderem Hilfe bei der Suche eines Pflegedienstes, einer stationären Pflegeeinrichtung, eines Fahrdienstes oder einer Reinigungskraft an. Ebenso organisieren sie oft Schulungen für Angehörige.

Dienstleistungen

Die Pflegetagegeldversicherung

Die Pflegetagegeldversicherung ist die am häufigsten gewählte Art der Pflegezusatzversicherung und wird von vielen privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten.

Der Versicherte erhält im Pflegefall ein Tagegeld, das ihm zur freien Verfügung steht. Wofür er das Geld verwendet, entscheidet er selbst. Kostennachweise sind nicht erforderlich.

Abgesehen von dieser grundsätzlichen Gemeinsamkeit unterscheiden sich die Tarife der Versicherungsunternehmen im Detail. Hier lohnt es sich zu vergleichen, um den individuell passenden Versicherungsschutz zu finden.

Es ist möglich, alle oder auch nur die höheren Pflegegrade zu versichern. In der Regel wird für Pflegegrad 5 ein Tagegeld vereinbart, von dem der Versicherte in den übrigen Pflegegraden einen prozentualen Anteil bekommt.

Beispiel: Der Versicherte hat einen Tarif mit einer Absicherung von 10 Prozent bei Pflegegrad 1, 30 Prozent bei Pflegegrad 2, 60 Prozent bei Pflegegrad 3 und 80 Prozent bei Pflegegrad 4. Hat er für Pflegegrad 5 ein Pflegetagegeld von 80 Euro abgeschlossen, erhält er bei den Pflegegraden 1-4 8, 24, 48 bzw. 64 Euro pro Tag.

Manche Versicherer verzichten auf die Prozentregelung und zahlen zum Beispiel in allen Pflegegraden die gleiche Summe aus. In anderen Tarifen wiederum kann der Versicherte selbst festlegen, wie hoch das Tagegeld in den einzelnen Pflegegraden sein soll. Die einzige Einschränkung ist, dass das Tagegeld im jeweiligen Pflegegrad dasjenige in den höheren Pflegegraden nicht übersteigen darf. Man kann also nicht für Pflegegrad 2 40 Euro und für Pflegegrad 3 30 Euro Tagegeld abschließen.

Je nach Tarif wird für stationäre Pflege mehr oder ebenso viel gezahlt wie für ambulante Pflege.

Höhe der
Absicherung



Wird der Versicherte pflegebedürftig oder erreicht einen vorgegebenen Pflegegrad, so erhält er bei einigen Versicherern eine Einmalzahlung, beispielsweise das 100-Fache des Tagesgeldes.

Fast alle Versicherungsunternehmen bieten die Möglichkeit, die Tagesgelder nachträglich zu erhöhen und dadurch an Kostensteigerungen anzupassen. In der Regel gibt es automatisch alle drei Jahre eine Erhöhung. Je nach Tarif ist sie auf 10 Prozent festgelegt oder wird auf Grundlage statistischer Daten ermittelt. Darüber hinaus können die Versicherten in vielen Tarifen zu bestimmten Anlässen ihren Versicherungsschutz erhöhen, etwa zu Beginn eines in den Vertragsbedingungen genannten Versicherungsjahres oder bei Erreichen eines bestimmten Alters. Bei einigen Versicherern erfolgt die Erhöhung auch noch bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit. Für die oben genannten Tagesgelderhöhungen müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden, und es gibt keine Wartezeiten. Die Erhöhungen sind zudem nicht verpflichtend, die Versicherten können widersprechen.



Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung

Wer eine staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung abschließt, erhält vom Staat eine Zulage von 5 Euro pro Monat. Voraussetzung ist ein Eigenbeitrag von mindestens 10 Euro, so dass der Monatsbeitrag insgesamt mindestens 15 Euro beträgt. Um die Zulage zu erhalten, muss der Versicherte nicht selbst aktiv werden: Das Versicherungsunternehmen beantragt sie bei einer zentralen staatlichen Stelle.

Anspruch auf Förderung hat jeder, der

- in der Sozialen bzw. der Privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist,
- das 18. Lebensjahr vollendet hat **und**
- bei Vertragsabschluss noch keine Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung bezieht.

Nach oben gibt es keine Altersgrenze.

Wer die Voraussetzungen für die Förderung erfüllt, hat einen Anspruch auf Aufnahme und darf nicht abgelehnt werden. Etwaige Vorerkrankungen dürfen für den Vertragsabschluss nicht abgefragt werden und haben daher keinen Einfluss auf den Versicherungsumfang und die Beitragshöhe. Menschen, die aufgrund von Erkrankungen keine sonstige Pflegezusatzversicherung abschließen können, profitieren damit besonders von dieser Vorsorgemöglichkeit.

Die geförderte Pflegezusatzversicherung ist eine Tagesgeldversicherung, im Pflegefall zahlt die Versicherung einen festen Betrag aus. Da die Leistung auf den Monat und nicht auf den Tag bezogen ist, wird bei der geförderten Pflegezusatzversicherung allerdings von einem Monatsgeld gesprochen.

Keine Gesundheitsprüfung

Der Gesetzgeber hat Mindestleistungen vorgeschrieben, die ein Tarif bieten muss, um förderfähig zu sein. Die Versicherungsunternehmen können in ihren Tarifen auch bessere Leistungen vorsehen, dürfen dabei aber die Höhe der bei Vertragsabschluss geltenden Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht überschreiten. So zahlen viele Unternehmen höhere Prozentsätze, zum Beispiel 25, 50 und 75 Prozent in den Pflegegraden 2, 3 und 4.

Gesetzlich festgelegte Mindestleistungen der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung

Für alle fünf Pflegegrade wird ein Monatsgeld gezahlt.

Es beträgt bei

- Pflegegrad 5 mindestens **600 Euro**
 - Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent
 - Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent
 - Pflegegrad 2 mindestens 20 Prozent
 - Pflegegrad 1 mindestens 10 Prozent
- } des Monatsgeldes
bei Pflegegrad 5

Wer in jungen Jahren eine geförderte Pflegezusatzversicherung abschließt, erhält mehr als 600 Euro in Pflegegrad 5. Entsprechend höher sind die Monatsgelder für die übrigen Pflegegrade. Der Grund für die höhere Leistung ist der Mindestbeitrag von 10 Euro. Für die gesetzlich festgelegte Mindestleistung von 600 Euro müssten die Versicherungsunternehmen bei jüngeren Versicherten eigentlich einen niedrigeren Beitrag verlangen. Da dies aber nicht erlaubt ist, sind die Leistungen entsprechend höher. Dadurch lohnt sich der Abschluss einer staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung in jungen Jahren umso mehr.

Geförderte Verträge können bis zu drei Jahre beitragsfrei ruhen, wenn der Versicherte Grundsicherung oder Sozialhilfe erhält.

Darüber hinaus sehen manche Versicherer eine Dynamisierung der Versicherungsleistungen vor, um die Inflation auszugleichen. Die Wartezeit entfällt bei den meisten Tarifangeboten, wenn ein Unfall die Pflegebedürftigkeit verursacht.

Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung mildert die finanzielle Belastung im Pflegefall, aber auch sie deckt nicht zwingend alle Kosten. Wer auf stationäre Pflege angewiesen ist, müsste heute trotz Leistungen aus der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung mit Pflegegrad 4 durchschnittlich noch über 1.600 Euro aus der eigenen Tasche zahlen. Eine weitere Pflegezusatzversicherung kann hier Abhilfe schaffen. Viele Unternehmen bieten deshalb Tarife an, die genau auf die geförderte Pflegezusatzversicherung abgestimmt sind. Eine solche Kombination aus geförderter und nicht geförderter Pflegezusatzversicherung bedeutet häufig nicht nur höhere Leistungen. Der Versicherte kann auch davon profitieren, dass es für ihn keine Wartezeit mehr gibt. Oder er kann ein Tagegeld nur für die Pflegegrade abschließen, die aus seiner Sicht bei der geförderten Pflegezusatzversicherung nicht ausreichend berücksichtigt werden.

*Kombination von
Zusatztarifen
möglich*

Die Pflegekostenversicherung

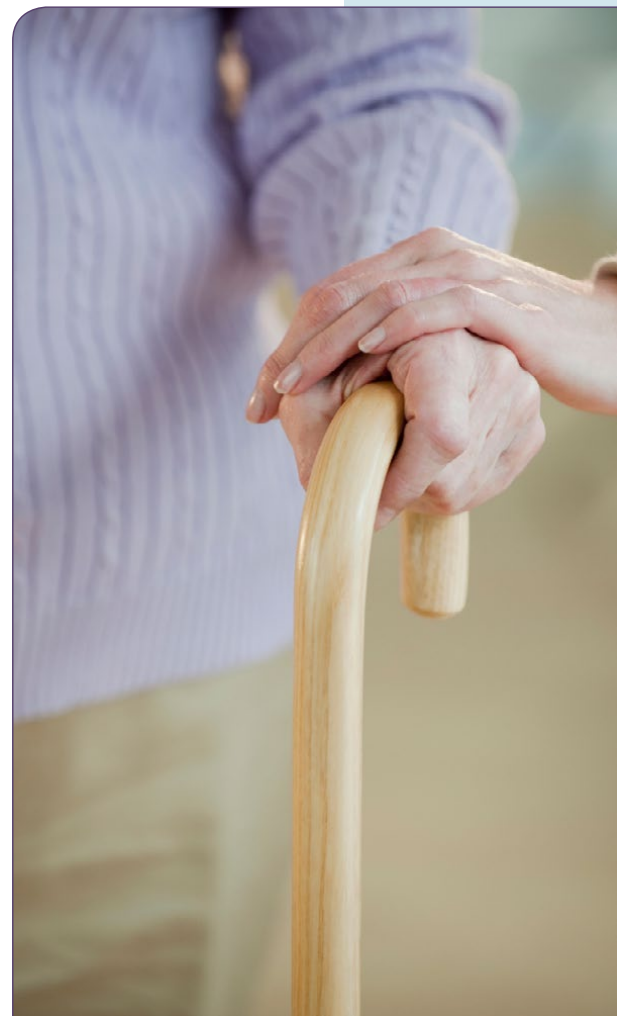
Bei der Pflegekostenversicherung erstattet der Versicherer die nachgewiesenen Kosten im vereinbarten Umfang. Voraussetzung ist, dass die Pflegepflichtversicherung bereits geleistet hat und Beihilfe- und Heilfürsorgeansprüche angerechnet wurden. Es gibt zwei Varianten der Kostenerstattung:

1. Ausgangspunkt ist die Leistung der Pflegepflichtversicherung: Die Pflegezusatzversicherung stockt die Leistungen der Pflichtversicherung je nach Tarifstufe um 10 bis 200 Prozent auf. Wer eine Tarifstufe mit 40 Prozent Erstattung wählt, erhält also in Pflegegrad 3 bei ambulanter Pflege zusätzlich zur Leistung aus der Pflichtversicherung von 1.298 Euro noch 519,20 Euro erstattet. Sind die tatsächlichen Kosten niedriger, wird der Erstattungsbetrag entsprechend gekürzt.
2. Ausgangspunkt sind die tatsächlichen Kosten: Entweder erstattet die Zusatzversicherung einen Betrag, der zusammen mit der Leistung der Pflichtversicherung einen bestimmten Prozentsatz der tatsächlichen Kosten abdeckt, oder aber die Restkosten (unter Berücksichtigung der Pflegepflichtversicherung). In beiden Fällen ist die Erstattung auf einen vertraglich festgelegten Höchstbetrag begrenzt.

Wie umfassend der Versicherungsschutz ist, hängt vom Tarif ab. In der Regel umfasst er folgende Leistungen:

- stationäre Pflege
- teilstationäre Pflege und notwendige Beförderungen von der Wohnung zur Pflegeeinrichtung
- häusliche Pflege durch einen Pflegedienst
- häusliche Pflege durch Laien, zum Beispiel Angehörige; in diesem Fall erhält der Versicherte ein Pflegegeld, da keine Kosten entstehen, die erstattet werden könnten
- ärztlich verordnete Pflegehilfsmittel wie Pflegerollstühle
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, beispielsweise der Einbau eines Treppen- oder Badewannenliftes, die Verbreiterung von Wohnungstüren oder das Anlegen einer Rampe für Rollstuhlfahrer
- Kurzzeitpflege; hierunter versteht man die Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung für maximal acht Wochen im Jahr, zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt
- Verhinderungspflege; eine Ersatzpflegekraft übernimmt für bis zu sechs Wochen im Jahr die Aufgaben einer ehrenamtlichen Pflegeperson, etwa während deren Urlaubs.

Darüber hinaus zahlen einzelne Versicherer für Unterkunft und Verpflegung in einer stationären Pflegeeinrichtung.



Die Pflegerentenversicherung

Die Pflegerentenversicherung wird häufig als Zusatzversicherung angeboten, die an eine Hauptversicherung gekoppelt ist. Das ist in der Regel eine Risikolebens-, Kapitallebens- oder Rentenversicherung. Im Pflegefall erhält der Versicherte monatlich einen fest vereinbarten Betrag, der unabhängig von den tatsächlichen Pflegekosten ist. Mit Beginn der Rentenzahlung endet die Beitragspflicht für die Versicherung. Ob der Versicherte zu Hause durch Angehörige, durch einen Pflegedienst oder stationär betreut wird, ist nicht von Belang.

Weitere Informationen zur Pflegerentenversicherung bietet der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV), ↗ www.dieversicherer.de.

Der Versicherungsbeitrag

Der Beitrag für die Pflegezusatzversicherung wird unter Berücksichtigung des individuellen Risikos kalkuliert. Entscheidend für die Beitragshöhe sind deshalb das Alter bei Versicherungsbeginn, der Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss (Ausnahme: die geförderte Pflegezusatzversicherung) sowie der gewählte Leistungsumfang. Die rechtlichen Grundlagen für die Beitragsberechnung sind insbesondere das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV).

Der Beitrag ist über die gesamte Laufzeit der Versicherung zu leisten. Damit der Versicherte auch im Falle einer Pflegebedürftigkeit dazu in der Lage ist, sollte er möglichst den Beitrag bei der Festlegung der Versicherungshöhe berücksichtigen. Wer vermeiden will, sich als Pflegebedürftiger noch um seinen Versicherungsbeitrag kümmern zu müssen, hat allerdings eine Alternative: Einige Versicherungsunternehmen bieten Tarife mit Beitragsfreiheit bei Pflegebedürftigkeit an.

Die staatliche Unterstützung für die Pflegezusatzversicherung

Neben der 5-Euro-Zulage für eine geförderte Pflegezusatzversicherung gibt es noch eine weitere Form der staatlichen Unterstützung: Die Beiträge für eine Pflegezusatzversicherung werden bei der Steuer berücksichtigt. Sie sind als Vorsorgeaufwendungen im Rahmen der steuerlichen Höchstbeträge abzugsfähig und mindern so die Steuerlast des Versicherten. Diese Regelung gilt seit 2005. Zuvor konnten die Versicherten ihre Beiträge in der Steuererklärung bis zu einer Höhe von 184 Euro gesondert geltend machen. Das zu versteuernde Einkommen wurde dann entsprechend gemindert. Diese alte Regelung wird vom Finanzamt bei den Steuererklärungen für die Veranlagungszeiträume bis einschließlich 2019 automatisch angewendet, wenn sie für den Steuerpflichtigen günstiger ist. Ab der Steuererklärung für den Veranlagungszeitraum 2020 gilt ausschließlich die neue Regelung.

§ 10 Abs. 1 Nr. 3 a und Abs. 4 Einkommensteuergesetz (EStG)

Weitere Informationen

zur privaten Pflegezusatzversicherung und zur Pflegepflichtversicherung finden Sie auf www.pkv.de in folgenden Broschüren:

- Musterbedingungen 2017 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV)
- Musterbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV)
- Die Private Pflegepflichtversicherung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Private Pflegepflichtversicherung (AVB/PPV)

Darüber hinaus informieren folgende Internetseiten rund um das Thema Pflege:



Stand: Januar 2019
Bestell-Nr. 11-010119-02

Bildnachweis: Ute Grabowsky/photothek;gettyimages: Simon Potter, Tetra Images



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Glinkastraße 40 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · kontakt@pkv.de

