

Fünf Euro monatlich für ein gutes Vorsorgegewissen?



Seit Einführung der Pflegepflichtversicherung im Jahr 1995 sind die Pflegefallzahlen und –kosten kontinuierlich gestiegen. Nachdem mit den Leistungen der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung die Kosten eines Pflegefalls nicht zu bedecken sind, ist eine flankierende Eigenvorsorge der Versicherten erforderlich. Mit der zum 01.01.2013 eingeführten Zulagenförderung hat der Gesetzgeber einen Anreiz für eine private Pflegevorsorge gegeben; der Stein der Pflegeweisen wurde indes nicht gefunden.



Von **Alexander Schrehardt**, Geschäftsführer der Consilium Beratungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung mbH

Seit vielen Jahren treibt das Thema der privaten Pflegevorsorge gleichermaßen Versicherungskunden und –vermittler um. Die Fakten sind nur allzu gut bekannt: In Deutschland verzeichnet die Altersgruppe 65+ einen kontinuierlichen Zuwachs und bereits heute hat jeder fünfte Bundesbürger sein 65. Lebensjahr überschritten. Mit der demografischen Parallelverschiebung ist auch ein alterskorrelierter Zuwachs der Pflegefallzahlen und –kosten zu beobachten. Trägt man die Pflegefallzahlen in Abhängigkeit vom Lebensalter in einem Koordinatensystem auf, so zeigt sich ein ex-

plosionsartiger Anstieg der Pflegefälle in der Altersgruppe 67+. Auffallend ist auch die Häufigkeitsverteilung bei den über 85-jährigen Versicherten mit einer um bis zu 200% überschießenden Pflegebedürftigkeit von Frauen. Nachdem sich derart unterschiedliche Pflegefallzahlen für Frauen und Männer nicht nur mit einer höheren Lebenserwartung und bestimmten, bei Frauen häufiger auftretenden Ursachen für eine Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel eine Oberschenkelhalsfraktur) erklären lassen, müssen die Gründe für eine derartige geschlechterspezifische Divergenz kritisch hinterfragt werden. Ein Erklärungsansatz findet sich mit den im zweiten Weltkrieg gefallenen Männern dieser Altersgruppe. Projiziert man die Geschlechterverteilung der Altersgruppe 65+ in einer Hochrechnung des Statistischen Bundesamtes in die Jahre 2020 bis 2060, so weisen diese Zukunftsbetrachtungen nicht nur einen zahlenmäßigen Zuwachs in dieser Altersgruppe, sondern auch eine Verschiebung der Geschlechterverteilung aus. Welchen Einfluss diese demografischen Verschiebungen auf die Entwicklung der Pflegefallzahlen und –kosten haben werden, wird sich bereits in den nächsten Jahren zeigen.

Wie sage ich es meinem Kunden?

Während täglich in den Medien Wundermittel für eine straffe Haut, glänzendes Haar und einen jugendlichen Teint angepriesen werden und bei deren regelmäßiger Verwendung die ewige Jugend in Aussicht gestellt wird, findet sich im Gegensatz zu den regelmäßig vorgestellten Schönheitsgaranten keine Werbesendung zum Thema Pflegevorsorge. Ein prosperierender Markt und eine garantiert anwachsende Zielgruppe finden weder bei den privaten, noch bei den öffentlich rechtlichen Sendern Zugang zu den medialen Werbeblöcken. Die Gründe hierfür sind schnell gefunden: Die Themen Pflegebedürftigkeit und Pflegevorsorge sind negativ vorbelegt. Assoziative Bilder vom Verlust eines selbst bestimmten Lebens und der Abhängigkeit von Familienangehörigen oder Pflegepersonen, der Umzug aus den eigenen vier Wänden in ein Pflegeheim und der regelmäßig finale Charakter einer Schwerstpflegebedürftigkeit führen bei vielen Kunden zu einer konsequenten Vogel-Strauß-Politik. Kein Wunder also, dass viele Werbefeldzüge unter dem Kostentenor eines stationären Pflegefalls der Stufe 3 bei den Adressaten auf taube Ohren gestoßen sind und euphorisch kalkulierte Geschäftszahlen in der Ernüchterung der Alltagsrealität nach unten korrigiert werden mussten.

Erfolgsfaktor Schnäppchenmentalität

Lange ließ sie auf sich warten, die viel beschworene und regelmäßig thematisierte Pflegereform. Mit Wirkung zum 01.01.2013 sollten mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz die Weichen für eine nachhaltige Reform der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung und eine vom Gesetzgeber geförderten privaten Pflegevorsorge gestellt werden. Vor allem die Leistungen für Versicherte mit der bis Ende letzten Jahres im Gesetz nicht benannten „Pflegestufe 0“ (siehe auch: Schrehardt, AssCompact 09/12), eine Förderung der ambulanten Pflegebetreuung in Wohngruppen und finanzielle Beihilfen zur Anschubfinanzierung für die Einrichtung von Wohngruppen wurden in der Agenda der Gesetzesnovelle hoch aufgesetzt. Bei aller sportlichen Euphorie sollte dabei jedoch nicht übersehen werden, dass die für die Finanzierung der Leistungsverbesserungen erforderliche Beitragserhöhung von 0,1% in der sozialen Pflegepflichtversicherung eine ausreichende Gegenfinanzierung nur bis voraussichtlich Ende 2015 sicherstellen wird (Gesetzesentwurf vom 23.04.2012, BT-Drucksache 17/9369, Seite 3). Die Diskussion um eine langfristige und nachhaltige Neuordnung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung wurde letztlich in die nächste Legislaturperiode verschoben und selbst der Gesetzgeber unterstreicht diesen Blickwinkel der Sichtweise mit dem Hinweis, dass zum Beispiel die Leistungsregelung für die Pflegestufe 0 nur als Übergangslösung bis zu einer Neuordnung des Pflegebegriffs zu sehen ist (§ 123 SGB XI, BT-Drucksache 17/9369 Seite 99 ff.).

Respekt ist der Politik jedoch in jedem Fall zu zollen. Während die langjährigen Bemühungen der privaten Versicherungswirtschaft um eine Salonfähigkeit der privaten Pflegevorsorge über weite Strecken nur mit einem mäßigen Erfolg belohnt wurden, hatte die Einführung der zulagengeförderten Pflegevorsorge durch Gesundheitsminister Daniel Bahr das Thema Pflegevorsorge gleichermaßen in die Schlagzeilen der Medien und in das Blickfeld der Bundesbürger gerückt. Die vom Gesetzgeber ausgelobte Beitragszahlung von 5,00 Euro/Monat hat bei vielen Bürgern das Schäppchengehen katalytisch aktiviert und die Verkaufszahlen zeichnen eine erfolgreiche Markteinführung vor. Im Januar 2013 hatte der PKV-Verband bereits eigene Musterbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung vorgelegt (MB/GEPV 2013), die auf Grund gesetzlicher Regelung für diese Form der Pflegevorsorge einen halbzwingenden Charakter entfalten, das heißt für die privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Mindeststandard bei den Versicherungsleistungen verbindlich definieren.

Kontrahierungszwang – Fluch oder Segen?

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Förderung der privaten Pflegevorsorge sind erfreulicherweise relativ schlank ausgefallen. Förderberechtigt sind in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Die Eintrittskarte zur Zulagenförderung kann mit einem monatlichen Mindesteigenbeitrag von 10 Euro für eine Pflegegeldversicherung nach einem Pflegevorsorgetarif, der die gesetzlichen Auflagen erfüllt, gelöst werden. Sofern die vorgeschriebenen Tarifaufgaben erfüllt werden, beteiligt sich Vater Staat mit einem Beitragsgutschein von 5 Euro/Monat. Um allen zulagenberechtigten Bürgern einen uneingeschränkten Zugang zu der geförderten Pflegeversicherung zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber einen Kontrahierungszwang verfügt und eine Risikoselektion seitens der Versicherungsunternehmen ausgeschlossen. Im Gegenzug gilt für die geförderte private Pflegeversicherung eine tarifliche Wartezeit von fünf Jahren; einige Versicherer haben jedoch für den Fall einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit den Verzicht auf die Wartezeit erklärt.

Das Risiko explosiver Beitragskosten auf Grund des gesetzlich verordneten Kontrahierungszwangs wird in der Branche höchst unterschiedlich beurteilt. Auf Grund der verpflichtenden Wartezeit von fünf Jahren wird die phasenverschobene Leistungswelle – oder der Leistungstsunami? – erst nach Jahren bei den Versicherungsgesellschaften eintreffen. Der Zeitpunkt und vor allem der Umfang der ersten Beitragsanpassung darf indes schon heute mit Spannung erwartet werden.

Sind „Pflege-Bahr“ und die Zielsetzung des SGB XI miteinander vereinbar?

Bereits bei Einführung der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung hatte sich der Gesetzgeber eindeutig ▶

positioniert und in § 3 SGB XI erklärt: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.“ Dieser Tenor der Gesetzgebung trifft nicht nur den Nerv der Bürger, sondern spiegelt sich auch in den aktuellen Pflegefallzahlen wieder. So weist die letzte Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes für das Kalenderjahr 2011 aus, dass von 2,5 Millionen Pflegefällen mehr als 70% im häuslichen Umfeld versorgt wurden. Für mehr als 1,18 Millionen pflegebedürftige Personen hatten dabei Familienangehörige die Verantwortung übernommen. Auch wenn der Gesetzgeber die häusliche Pflege präferiert, klaffen Theorie und Praxis wie so oft in der Alltagsrealität weit auseinander, denn eben für diese von Gesetzgeber und Betroffenen gleichermaßen bevorzugte häusliche Laienpflege werden leider auch die geringsten Mittel seitens Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt.

Nachdem die Pflegestufe 1 mit 55% in der Pflegestatistik dominiert und vor allem Versicherte mit diesem Grad der Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld von Familienangehörigen versorgt werden können, soll in der weiteren Betrachtung auf diese Personengruppe fokussiert werden. Während der Gesetzgeber für die geförderte private Pflegevorsorge die tarifliche Mindestleistung für einen Pflegefall der Stufe 3 mit 600 Euro/Monat festgelegt hat, kapriziert sich die Gesetzgebung bzgl. der Pflegestufen 0 bis 2 auf eine qualitative, aber zahlenmäßig nicht umschriebene Leistungsverpflichtung. Ein Blick in die Musterbedingungen des PKV-Verbandes sorgt an dieser Stelle für Ernüchterung: In § 6 Abs. 1 MB/GEPV 2013 wird der Leistungsanspruch eines Versicherten der Pflegestufe 0 mit 10%, bei einer Pflegebedürftigkeit der Stufe 1 mit 20% und für die Pflegestufe 2 mit 30% der Tarifleistung beziffert. Die häusliche oder stationäre Betreuung eines Demenzpatienten der Pflegestufe 0 löst somit eine Leistungszahlung von 60 Euro im Monat aus. Für einen Versicherten der Pflegestufe 1 saldiert der Leistungsanspruch mit 120 Euro/Monat. Inwieweit diese Versicherungsleistungen eine in der Wahrnehmung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen gefühlte, wirtschaftliche Entlastung darstellen, sollte jeder Vermittler mit seinem Kunden diskutieren.

Auf Grund des halbzwingenden Charakters der Musterbedingungen sind bereits die ersten privaten Krankenversicherungsgesellschaften von den Leistungsempfehlungen des PKV-Verbandes abgerückt. Das Angebot eines Versicherers offeriert ein Pflegemonatsgeld für die Pflegestufe 3 von bis zu 1.200 Euro, sowie eine Absicherung der Pflegestufen 1 und 2 mit 30% bzw. 60% der für die Pflegestufe 3 versicherten Monatsleistung. Diese deutlichen Leistungsverbesserungen und ein gleichzeitiger Verzicht auf die Wartezeit für den Fall einer unfallbedingten Pflegebedürftigkeit klingen verlockend. Mit Blick auf eine fehlende Möglichkeit der Risikoselekti-

on, der demografischen Entwicklung und dem Recht des Versicherers auf Beitragsanpassungen stellt sich indes wiederum die Frage nach einem auf Dauer bezahlbaren Versicherungsschutz.

Eigenverantwortung zunehmend gefordert

Bei allen kritischen Überlegungen sollte allerdings die Tuchfühlung zur Alltagsrealität nicht verloren gehen. Die Einführung der staatlich geförderten Pflegevorsorge ist sicherlich als ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung zu werten. Nach den euphorischen Versorgungsversprechen der Politik in früheren Legislaturperioden ist der Prozess des Umdenkens in Richtung einer zunehmenden Eigenverantwortung des Bürgers ein gleichermaßen steiler und steiniger Weg. Die plakative Aussage des euphorischen Bundesarbeitsministers Norbert Blüm im Jahre 1986 mit dem Slogan „Denn eins ist sicher: Die Rente.“ prangte nicht nur medienwirksam von den Litfaßsäulen und Plakatwänden der Republik, sondern hatte sich vor allem als politisches Versorgungsversprechen in den Köpfen der Bürger festgesetzt. Fair Play, der Bundesarbeitsminister a.D. hatte nur eine qualitative Aussage getroffen und die Höhe der „sicheren Rente“ nicht in Zahlen gefasst.

Die Geschichte und die Gesetzgebung der letzten Jahrzehnte haben uns gelehrt, dass alle Langlebkeitsrisiken in einer überalternden Gesellschaft ihren Preis haben. An dieser Stelle kommt vor allem den Versicherungsmaklern eine hohe Verantwortung zu. Mit jedem neuen sozialen Gesetzgebungsverfahren wird die Benchmark für die Beratungsqualität neu definiert. Die werthaltige Kundenberatung und die Besorgung von bedarfsgerechtem Versicherungsschutz sind ohne fundierte Grundkenntnisse der Leistungen aus sozialen Sicherungssystemen nicht möglich. Auch die Bewertung von Pflegekosten-, Pfl egetagegeld- und Pfl egerentertarifen in einer vergleichenden Betrachtung ist ohne eine optimierte Beratungssoftware ein äußerst zeitintensiver Arbeitsprozess.

In M&M Office von MORGEN & MORGEN sind bereits alle Pfl egetarife der Lebens- und Krankenversicherer inklusive der Pflege-Bahr-Tarife mit ihren Ratingbewertungen enthalten. Zur DKM hat das unabhängige Analysehaus für den Pflegebereich eine noch komfortablere Lösung angekündigt, die übergreifende Analysen und Vergleiche ermöglichen wird. Nachdem die zulaufengeforderte Pflegevorsorge die offenen Finanzierungslücken im Leistungsfall vor allem für die Pflegestufen 0 und 1 nur höchst unzureichend „schließen“ wird, müssen alternative oder ergänzende Vorsorgelösungen für den Pflegefall beraten werden. Die Heterogenität der auf dem Markt angebotenen Versicherungsalternativen kann mit einem über die Grenzen der Tarifwelten hinweg recherchierenden Softwareinstrument sicherlich leichter erschlossen werden, so dass man der Innovation aus Hofheim mit größtem Interesse entgegensehen darf. ■