

Familien-/Pflegezeit- und Pflege-Neuaufrichtungs-Gesetz

## Nachhaltige Weichenstellung für die Zukunft?

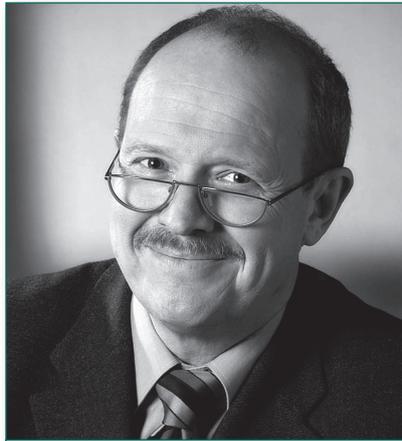
Alexander Schrehardt

**Bereits bei der Einführung der sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung zum 1. Januar 1995 hatte sich der Gesetzgeber eindeutig positioniert. Die Pflegepflichtversicherung setzt vorrangig auf die häusliche Laienpflege durch Familienangehörige, Freunde und Nachbarn des Pflegebedürftigen (§ 3 SGB XI). Der Autor hinterfragt, ob dieses Konzept eine Nachhaltigkeitsgarantie bietet. (Red.)**

Mit der auf die häusliche Laienpflege fokussierten Ausrichtung der Pflegepflichtversicherung hat der Gesetzgeber unstrittig dem vorrangigen Wunsch der Bürger Rechnung getragen. Der Erhalt von Würde und maximaler Lebensqualität, der Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung und ein selbstbestimmtes Leben auch für den Fall einer Pflegebedürftigkeit, werden regelmäßig als vorrangige Wünsche seitens der Betroffenen benannt. Von den 2,34 Millionen pflegebedürftigen Personen im Jahr 2009 (Pflegetatistik 2009, Bundesamt für Statistik) wurden 1,063 Millionen im häuslichen Umfeld von Familienangehörigen und anderen Laienpflegern versorgt. Mit Blick auf die Kosten einer stationären Pflege ist die häusliche Laienpflege in nicht wenigen Fällen auch wirtschaftlichen Zwängen geschuldet.

### Vorrang der häuslichen Laienpflege

Die Tatsache, dass der Gesetzgeber die häusliche Laienpflege favorisiert, sollte



Alexander Schrehardt, Betriebswirt  
bAV (FH), Geschäftsführer, Consilium  
Beratungsgesellschaft für betriebliche  
Altersversorgung mbH, Höchststadt/Aisch  
[www.consilium-gmbh.de](http://www.consilium-gmbh.de)

indes nicht darüber hinwegtäuschen, dass das für diese Form der pflegerischen Versorgung seitens der sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung gewährte Pflegegeld (§ 37 Abs. 1 SGB XI) im Vergleich zu den Pflegesachleistungen (§ 36 Abs. 3 SGB XI) bei Übernahme der pflegerischen Verantwortung durch einen Pflegedienst oder von stationären Pflegeleistungen im Fall einer stationären Pflege (§ 43 Abs. 2 SGB XI) eher gering bis bescheiden ausfallen.

Mit einer Förderung ambulanter Pflege-Wohngruppen und der Einführung eines gesetzlichen Anspruchs auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen für betreuungsbedürftige Versicherte der Pflegestufe „0“ im Rahmen der Pflege-reform 2013 (siehe Kapitel Pflege-Neuaufrichtungs-Gesetz, Seite 40),

aber auch mit flankierender Gesetzgebung (Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz) hat der Gesetzgeber die Bedeutung der ambulanten Pflege und hier wiederum der ambulanten häuslichen Laienpflege nachhaltig unterstrichen.

### Freistellung für die Familienangehörigen-Pflege ...

Das Pflegezeitgesetz sichert einem Arbeitnehmer eine kurzfristige Freistellung von bis zu zehn Arbeitstagen für den Fall, dass ein akut pflegebedürftiger Angehöriger versorgt werden muss. Windpocken, Masern, Röteln oder ein Fahrradunfall des dynamischen Sprösslings: Vor allem alleinerziehende Mütter und Väter haben bei einer Erkrankung oder einem Unfall ihres Kindes oftmals keine Alternative zur beruflichen Freistellung.

Sofern eine Großmutter, eine Tante oder ein anderer Familienangehöriger nicht hilfreich einspringen kann, hat der Gesetzgeber auch für den Fall einer akuten Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen die arbeitsrechtlichen Grundlagen im Pflegezeitgesetz definiert.

### ... bei kurzfristiger Pflegebedürftigkeit

Das Erfordernis einer Freistellung und deren voraussichtliche Dauer sind dem Arbeitgeber unverzüglich anzuzeigen. Der Arbeitgeber kann einen ärztlichen Nachweis der akuten Pflegebedürftigkeit des Familienangehörigen verlangen (§ 2 Abs. 2 PflegeZG).

Sofern ein erkranktes Kind, das sein 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gepflegt werden muss, haben Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen einen Anspruch auf Kinderkrankengeld, so dass eine durch die Freistellung begründete Entgelteinbuße zumindest teilweise ausgleichend werden kann.

Leistungsvoraussetzung ist, dass auch für das erkrankte Kind Versicherungsschutz im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Der Gesetzgeber hat jedem Elternteil einen Anspruch auf Kinderkrankengeld für die Dauer von maximal zehn Tagen/Jahr und alleinerziehenden Eltern von maximal 20 Tagen/Jahr eingeräumt.

Die Zahlen sprechen für sich: Eine steigende Lebenserwartung und die zunehmende Überalterung der deutschen Bevölkerung stellen die umlagefinanzierten und einem Generationenvertrag geschuldeten sozialen Sicherungssysteme auf eine harte Bewährungsprobe. Nach den Regelsicherungssystemen der Altersversorgung, der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sind in der laufenden Legislaturperiode die Themen Pflegebedürftigkeit und Leistungssicherung im Pflegefall in den Mittelpunkt des politischen Interesses gerückt.

Sofern mehrere erkrankte Kinder versorgt werden müssen, verlängert sich der Anspruch auf Kinderkrankengeld auf maximal 25 Tage/Jahr für jeden Elternteil beziehungsweise auf maximal 50 Tage/Jahr für Alleinerziehende (§ 45 Abs. 1 und 2 SGB V).

Für den Fall der Pflegebedürftigkeit eines behinderten Kindes oder dem fortgeschrittenen und progredienten Krankheitsverlauf eines schwersterkrankten Kindes, palliativer Behandlungsmaßnahmen oder einer begrenzten Lebenserwartung entfällt die Altersbegrenzung für das erkrankte Kind (§ 45 Abs. 4 SGB V).

### Rechtsanspruch auf Pflegezeit

Sofern sich ein Arbeitnehmer für die häusliche Pflege eines nahen Angehörigen entscheidet, besteht für die Dauer der Pflegezeit ein Rechtsanspruch auf eine teilweise oder vollständige Freistellung.

Für Arbeitnehmer kleiner Unternehmen, das heißt Unternehmen mit weniger als regelmäßig 16 oder mehr Beschäftigten, entfällt der Anspruch auf Pflegezeit (§ 3 Abs. 1 PflegeZG). Voraussetzung für einen Anspruch auf Pflegezeit ist zum einen ein Nachweis einer bereits vorliegenden Pflegebedürftigkeit des Angehörigen (im Sinne von §§ 14 und 15 SGB XI).

Zum anderen ist eine pflegerische Betreuung des Angehörigen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen, der pflegenden Person oder eines anderen Familienangehörigen (Kossens, Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz Basiskommentar § 3 PflegeZG Rz. 23–24, 2012) und eine schriftliche Anzeige von Beginn, Dauer und Umfang der geplanten Pflegezeit (teilweise oder vollständige Freistellung) zu tätigen. Diese muss beim Arbeitgeber spätestens zehn Tage vor Beginn der Pflegezeit (§ 3 Abs. 1–3 PflegeZG) erfolgen.

In begründeten, dringenden Fällen kann der Arbeitgeber im Fall einer teilweisen Freistellung des Arbeitnehmers dem gewünschten Umfang der Arbeitszeitverringerung und auch der gewünschten Verteilung der verbleibenden Arbeitszeit widersprechen (§ 3 Abs. 4 PflegeZG).

Die Messlatte für einen Widerspruch des Arbeitgebers, vor allem gegen die beantragte Pflegezeit, ist indes hoch aufgelegt. Schwierigkeiten im Arbeitsablauf, zusätzliche Kosten für die Einrichtung eines Teilzeitarbeitsplatzes oder ein genereller Verzicht des Arbeitgebers auf Teilzeitkräfte dürften als Begründung für einen Widerspruch regelmäßig nicht anerkannt werden (Kossens, Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz Basiskommentar § 3 PflegeZG Rz. 64, 2012).

### Förderung der Laienpflege durch das Familienpflegezeitgesetz

Mit Wirkung zum 1. Januar 2012 hat der Gesetzgeber das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) um das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) ergänzt. Während das Pflegezeitgesetz dem Arbeitnehmer eine vollständige oder in Abstimmung mit dem Arbeitgeber eine teilweise Freistellung gegen (teilweisen) Gehaltsverzicht einräumt, sieht das Familienpflegezeitgesetz eine Reduzierung der Arbeitszeit auf bis zu 15 Wochenstunden bei teilweisem Ausgleich des geminderten Arbeitslohns vor.

Im Gegensatz zur Pflegezeit besteht kein Rechtsanspruch des Arbeitnehmers auf Familienpflegezeit; vielmehr bedarf es einer freiwilligen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Abweichende Regelungen mit kollektiver Rechtsbegründung können allerdings im Rahmen von Betriebsvereinbarungen und Tarifverträgen vereinbart werden (Kossens, Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz Basiskommentar § 2 FPfZG Rz. 2, 2012).

Sofern eine Vereinbarung zwischen den Parteien über eine Familienpflegezeit getroffen wird, kann ein Arbeitnehmer für die Dauer von maximal 24 Monaten seine Arbeitszeit auf bis zu 15 Wochenstunden reduzieren. Voraussetzung hierfür ist die nachgewiesene Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen und die Übernahme der Pflegeverantwortung im häuslichen Bereich durch den Arbeitnehmer (§ 2 Abs. 1 FPfZG); eine tägliche oder wöchentliche Mindestpflagedauer wird vom Gesetzgeber nicht vorgegeben. Der Personenkreis der nahen Angehörigen entspricht den

### Das Pflegezeitgesetz, ein Beitrag zur Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Laienpflege

Mit der Zielsetzung berufliche Verpflichtungen und eine häusliche Laienpflege im familiären Umfeld besser zu vereinbaren, hatte der Deutsche Bundestag am 28. Mai 2008 das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) verabschiedet und mit Wirkung zum 1. Juli 2008 in Kraft gesetzt. Die Flankierung des Sozialgesetzbuches XI durch das Pflegezeitgesetz sollte basierend auf geeigneten arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen vermehrt Arbeitnehmer zur Übernahme von Pflegeverantwortung im Familienkreis motivieren. Das Gesetz regelt die Einführung einer zeitlich befristeten Pflegezeit und den Rechtsanspruch von Beschäftigten auf eine Freistellung für kurze Zeit bei akuter beziehungsweise für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten bei längerer oder dauerhafter Pflegebedürftigkeit eines nahen Familienangehörigen. Unter dem Begriff der „Beschäftigten“ werden im Gesetz Arbeitnehmer, Beschäftigte in Berufsausbildung und Personen in arbeitnehmerähnlicher Position (zum Beispiel Handelsvertreter nach § 84 HGB) subsummiert (§ 7 Abs. 1 PflegeZG). Nachdem der Rechtsanspruch des Beschäftigten auf eine Freistellung nur für den Fall der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen abgestellt ist, hat der Gesetzgeber den Personenkreis der nahen Angehörigen im Gesetz konkret benannt. So sind den nahen Angehörigen neben den Eltern, Groß- und Schwiegereltern auch Ehe- und Lebenspartner (im Sinne von § 1 Abs. 1 LPartG), Lebensgefährten in eheähnlicher Gemeinschaft, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder sowie Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder des Ehe- oder Lebenspartners, Schwieger- und Enkelkinder zuzurechnen (§ 7 Abs. 3 PflegeZG). Die verwandtschaftliche Beziehung muss zwischen dem pflegenden und pflegebedürftigen Familienangehörigen bei Ankündigung der kurzfristigen Verhinderung beziehungsweise der Pflegezeit beim Arbeitgeber noch bestehen (Kossens, Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz Basiskommentar, 2012).

### Steuerrechtliche Behandlung der Familienpflegezeit

Nachdem der Gesetzgeber im Familienpflegezeitgesetz die steuerrechtliche Behandlung der Einkünfte des Arbeitnehmers in der Pflege- und in der Nachpflegezeit beziehungsweise eines eventuellen Darlehens des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben nicht ausgeführt hat, wurde die Umsetzung der Familienpflegezeit im Alltag durch ein Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen flankiert (BMF-Schreiben vom 23. Mai 2012). Nach den Ausführungen des BMF sind während der Pflegezeit des Arbeitnehmers die Gesamtbezüge als Summe des Arbeitslohns und des Aufstockungsbetrages des Arbeitgebers als Einkünfte zu versteuern. Für die steuerliche Betrachtung ist es dabei unerheblich, ob der Aufstockungsbetrag aus einem vom Arbeitnehmer vor Beginn der Pflegezeit aufgebauten oder aus einem vom Arbeitgeber vorfinanzierten „negativen“ Wertguthaben finanziert wird.

Während der Nachpflegezeit führt nur das reduzierte Entgelt zu einem Zufluss von steuerpflichtigem Arbeitslohn. Der Ausgleich eines vom Arbeitgeber vorfinanzierten „negativen“ Wertguthabens stellt keinen Zufluss von steuerbarem Arbeitslohn dar. Sofern der Arbeitgeber für die Finanzierung des „negativen“ Wertguthabens ein zinsloses Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben erhält, lösen weder der Zufluss des Darlehensbetrages noch die Rückzahlung des Darlehensbetrages durch den Arbeitgeber oder auch ein eventueller Erlass der Rückzahlungsforderung gegenüber dem Arbeitgeber einen steuerrelevanten Lohnzufluss beim Arbeitnehmer aus.

im Pflegezeitgesetz umschriebenen Familienangehörigen (§ 2 Abs. 2 FPfZG in Verbindung mit § 7 Abs. 3 PflegeZG).

#### Lohnfortzahlung plus Förderung ...

Für die Dauer der Familienpflegezeit erhält der Arbeitnehmer, bezogen auf seine Wochenarbeitszeit, einen anteiligen Arbeitslohn. Zusätzlich zum erdienten Entgelt kann ein Aufstockungsbetrag in Höhe von 50 Prozent des aufgrund der Verringerung der Arbeitszeit gekürzten Arbeitslohns vereinbart werden. Dieser Aufstockungsbetrag kann aus einem vom Arbeitnehmer im Vorfeld aufgebauten Wert- oder Arbeitszeitguthaben oder aus einem vom Arbeitgeber vorfinanzierten negativen Wertguthaben gespeist werden. Sofern der Arbeitgeber den Aufstockungsbetrag für die Dauer der Familienpflegezeit vorfinanziert, kann ein zinsloses Darlehen des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben in Anspruch genommen werden.

Nach Ablauf der Familienpflegezeit erhält der Arbeitnehmer für die Dauer der Nachpflegephase bei voller Wochenarbeitszeit einen fortlaufenden Arbeitslohn in Höhe des bisherigen Entgelts plus Aufstockungsbetrag und

führt auf diesem Weg die vom Arbeitgeber vorfinanzierten Leistungen zurück. Die Dauer der Nachpflegezeit darf dabei die Dauer der Pflegezeit nicht überschreiten (§ 3 FPfZG).

Das Pflegeengagement eines Arbeitnehmers kann mehrfach gefördert werden. Eine wiederholte Förderung ist jedoch erst nach Ablauf der Nachpflegephase möglich (§ 3 Abs. 6 FPfZG). Sofern der Arbeitgeber für die Finanzierung des Aufstockungsbetrages ein Darlehen beantragt, muss diese Verbindlichkeit mit einer Familienpflegezeitversicherung besichert werden (§ 3 Abs. 1 Nr. 3 FPfZG). Die zertifizierungspflichtigen Tarife einer Familienpflegezeitversicherung bedecken im Fall des Todes oder der Berufsunfähigkeit des Arbeitnehmers das verbleibende negative Wertguthaben beziehungsweise die Darlehensverbindlichkeit des Arbeitgebers.

#### ... gegebenenfalls auf Basis eines Darlehens

Die Versicherungsprämien werden unabhängig vom Alter, Geschlecht und des Gesundheitszustandes des zu versichernden Arbeitnehmers kalkuliert. Es besteht Kontrahierungszwang, dass heißt eine Risikoprüfung wird bei Antragstellung nicht vorgenommen (§ 4

Abs. 1 FPfZG). Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben kann, zum Beispiel im Fall des Todes oder der Berufsunfähigkeit des Arbeitnehmers, das Bezugsrecht in Höhe der gewährten Darlehensleistungen auf sich überleiten (§ 4 Satz 1 FPfZG).

In den letzten Jahren und Jahrzehnten ist der Globus gefühlt kleiner geworden. Eine – zeitlich befristete – berufliche Tätigkeit im Ausland ist für viele Arbeitnehmer zu einer oftmals, gleichermaßen von Arbeitgeber und Mitarbeiter, sehr erwünschten Selbstverständlichkeit geworden. Vor allem die international agierenden Global Players der deutschen Wirtschaftsunternehmen entsenden regelmäßig Arbeitnehmer in das europäische und außereuropäische Ausland.

In der Forschung tätige Mitarbeiter deutscher Universitäten nutzen sehr gerne die Möglichkeit eines oftmals mehrjährigen Forschungsaufenthaltes an einer Hochschule im Ausland.

In beiden Fällen ist der Versicherungsschutz im Rahmen der Pflegepflichtversicherung wie auch der anderen sozialen Sicherungssysteme, vor allem auch mit Blick auf eine mögliche Erwerbsminderung beziehungsweise Berufsunfähigkeit, kritisch zu hinterfragen.

#### Versicherungsschutz im Ausland

Sofern das Arbeitsverhältnis in Deutschland fortbesteht und nur der Arbeitsplatz, zum Beispiel im Rahmen einer Entsendung durch den Arbeitgeber, ins Ausland verlegt wird, bleibt der sozialversicherungsrechtliche Status des Arbeitnehmers im Regelfall erhalten.

Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses in Deutschland und einer arbeitsvertraglichen Vereinbarung mit einem Arbeitgeber im Ausland sind vor allem bei einer beruflichen Tätigkeit im außereuropäischen Ausland mögliche Versorgungslücken mit Blick auf die Leistungsvoraussetzungen der sozialen Sicherungssysteme zu prüfen und gegebenenfalls eine Weiterversicherung (§ 26 Abs. 2 SGB XI) zu beantragen.

Für die soziale Pflegepflichtversicherung hat der Gesetzgeber als Leistungs-

voraussetzung eine mindestens zwei-jährige Mitgliedschaft innerhalb der letzten zehn Jahre vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit (nach dem 1. Juli 2008) festgelegt (§ 33 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB XI).

### Leistungsvoraussetzungen beachten

Der Mindestversicherungsdauer kommt somit eine ähnliche Funktion wie der Wartezeit in der gesetzlichen Rentenversicherung zu.

Diese Leistungsvoraussetzung der sozialen Pflegepflichtversicherung findet auch für die private Pflegepflichtversicherung, dass heißt für die Versicherten privater Krankenversicherungsgesellschaften, Anwendung, da in der privaten Pflegepflichtversicherung keine längeren, als in der sozialen Pflegepflichtversicherung gültigen Wartezeiten vereinbart werden dürfen (§ 110 Abs. 1 Nr. 2c SGB XI, siehe auch § 3 Abs. 2f MB/PPV 2012).

Im Fall eines längeren (außereuropäischen) Auslandsaufenthaltes und einer damit verbundenen Unterbrechung des Versicherungsverhältnisses in Deutschland sind also Versorgungslücken bei der Rückkehr in das Heimatland möglich. Bei längerem Auslandsaufenthalt sollte daher das Erfordernis einer Weiterversicherung (§ 26 Abs. 2 SGB XI) geprüft werden.

Auch in der gesetzlichen Rentenversicherung kann ein längerer Auslandsaufenthalt bei der Rückkehr nach Deutschland zu Versorgungslücken führen (Leistungsvoraussetzung für den Bezug einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beziehungsweise Berufsunfähigkeit ist neben der Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von fünf Jahren auch die Zahlung von 36 Pflichtbeiträgen in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung beziehungsweise Berufsunfähigkeit – § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und § 240 in Verbindung mit § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI).

### Keine Pflegesachkosten

Nach der bisherigen Leistungspraxis wurden die Leistungen der deutschen Pflegekassen an pflegebedürftige Ver-

sicherte bei einem Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat, einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz auf die Auszahlungen von Pflegegeld beschränkt, das heißt auch bei nachgewiesenen Kosten für die ambulante Pflege durch einen Pflegedienst oder im Fall einer (teil-)stationären Pflege werden keine Pflegesachleistungen (im Sinne von § 36 SGB XI) erbracht beziehungsweise keine Kostenübernahme für (teil-)stationäre Pflegeleistungen (im Sinne von §§ 41 und 43 SGB XI) gewährt.

Diese Leistungspraxis hat der Europäische Gerichtshof mit seinem Urteil vom 12. Juli 2012 (Rs.: C-562/10) bestätigt

und eine diskriminierende Beschränkung der Leistungserbringung auf Pflegegeldzahlungen verneint. Für pflegebedürftige Versicherte der deutschen Pflegepflichtversicherung hat der Europäische Gerichtshof somit den Anspruch auf Pflegegeldleistungen auch für den Fall eines längeren Auslandsaufenthaltes in einem EU-Mitgliedstaat, einem EWR-Vertragsstaat und der Schweiz nochmals bestätigt.

Bei einem mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU beziehungsweise des EWR oder der Schweiz besteht kein Leistungsanspruch des Versicherten (gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände

### Auszahlung von Versicherungsleistungen im Ausland

Nach einem arbeitsreichen Berufsleben wollen viele Ruheständler ihren Lebensabend ganz oder teilweise im Ausland verbringen. Vor allem das 17. Bundesland der Deutschen zieht viele deutsche Rentner magisch an und nicht wenige Orte auf Mallorca haben bereits seit Jahrzehnten eine deutsche Gemeinde. Auch im Fall einer Pflegebedürftigkeit ist auf der Baleareninsel eine qualifizierte pflegerische und oftmals kostengünstigere Versorgung sichergestellt, sodass eine Rückkehr nach Deutschland nicht zwingend erforderlich scheint.

Nach dem Sozialgesetzbuch XI hat der pflegebedürftige Versicherte für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr einen (anteiligen) Anspruch auf Pflegegeld (im Sinne von § 37 SGB XI). Ein Anspruch auf Auszahlung von Pflegesachleistungen ist für den vorgenannten Zeitraum nur dann gegeben, wenn die den Pflegebedürftigen betreuende Pflegefachkraft den Versicherten auf seiner Auslandsreise begleitet und pflegerisch versorgt. Sofern die pflegebedürftige Person sich länger als sechs Wochen im Ausland aufhält, ruht nach dem Gesetz der Leistungsanspruch für die Dauer des Auslandsaufenthalts (§ 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI).

Abweichend von der sehr engen Auslegung des Leistungsanspruchs von pflegebedürftigen Versicherten bei einem Auslandsaufenthalt, können Pflegegeldleistungen auch bei einem längeren Aufenthalt der pflegebedürftigen Personen über einen Zeitraum von sechs Wochen hinaus gewährt werden. In seinem Urteil vom 5. März 1998 (Rs.: C-160/96) hatte der Europäische Gerichtshof entschieden, dass Pflegegeld aus der sozialen Pflegepflichtversicherung auch bei einem Aufenthalt des Versicherten in einem anderen Staat des europäischen Wirtschaftsraums zu leisten ist. Nach Auffassung des Europäischen Gerichtshofs handelt es sich bei den Pflegegeldleistungen nach § 37 SGB XI um eine Geldleistung im Sinne der Verordnungen über soziale Sicherheit (EWGV 1408/71) und somit um eine exportierbare Versorgungsleistung. Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs wurde im Nachgang durch das Sektorabkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und der Schweizerischen Eidgenossenschaft flankiert, sodass pflegebedürftige Versicherte auch bei einem Aufenthalt in der Schweiz, in einem EU-Mitglied- oder einem EWR-Vertragsstaat eine Pflegegeldleistung erhalten können (§ 34 Abs. 1a SGB XI). Sofern die Pflegebedürftigkeit des Versicherten einen Leistungsanspruch aus einem Sozialversicherungssystem des Auslandes begründet, ist das Pflegegeld der deutschen Pflegepflichtversicherung zu mindern oder entfällt ganz (gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zum Auslandsaufenthalt, 10. Oktober 2002).

der Pflegekassen zum Auslandsaufenthalt, 10. Oktober 2002).

Die in den Medien wiederholt vorgestellte Alternative einer kostengünstigeren ambulanten oder stationären Pflege von Angehörigen im außereuropäischen Ausland, zum Beispiel in Thailand, wird somit mit Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung finanziell nicht flankiert.

### Private Zusatzversicherungen im Ausland

Mit Blick auf mögliche Entsendungen oder anderweitig begründete längere Auslandsaufenthalte sollte vor Abschluss

einer privaten Pflegezusatzversicherung der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes und die Leistungspraxis des Versicherers geprüft werden.

Nach den Musterbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung beschränkt sich der Versicherungsschutz in der Pflageetagegeldversicherung auf Deutschland und in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Leistungsverbesserungen, das heißt eine Erweiterung des Geltungsbereichs des Versicherungsschutzes, können von den Versicherungsgesellschaften abwei-

chend erklärt werden. Eine Auszahlung von Versicherungsleistungen für den Fall einer pflegerischen Versorgung des Versicherten im Ausland sehen viele Pflegekosten- und Pflageetagegeldtarife nicht vor.

Sofern Leistungen bei einer Pflege im Ausland gewährt werden, sind die für eine Leistungszahlung erforderlichen Voraussetzungen im Detail zu prüfen. So können im Tarifvergleich nicht nur unterschiedliche Staaten für einen Leistungsbezug im Ausland benannt, sondern auch die Versicherungsleistungen für eine Pflege im Ausland gedeckelt und die Auszahlung der Versicherungsleistungen auf eine bereits vor dem Wegzug ins Ausland eingetretene Pflegebedürftigkeit begrenzt werden.

Im Gegensatz zur Pflegekosten- und Pflageetagegeldversicherung haben die meisten Anbieter von Pflegerentartarifen einen weltweit gültigen Versicherungsschutz erklärt.

Bei der vergleichenden Bewertung von Pflegerentartarifen sollte aber darauf geachtet werden, dass für den Versicherungsschutz und den Bezug von Versicherungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit regelmäßig ein unterschiedlicher Geltungsbereich erklärt wird. Neue Pflegerentartarife können auch eine Auszahlung der tariflichen Leistungen bei einer Pflege des Versicherten im Ausland vorsehen. Die Leistungsprüfung bei Antragstellung, wie auch das Nachprüfungsverfahren, erfolgt jedoch in Deutschland.

### Alternativlösung „Ambulante Wohngruppen“

Mit Blick auf eine zunehmende „Single-Gesellschaft“ markiert die Förderung der pflegerischen Versorgung in ambulanten Wohngruppen eine wichtige Weichenstellung des Gesetzgebers. Versicherte, die Pflegegeld-, Pflegesach- oder Kombinationsleistungen von der sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung erhalten, haben ab 1. Januar 2013 als Mitglied einer ambulanten Wohngruppe Anspruch auf einen zusätzlichen Pauschalbetrag von 200 Euro/Monat.

Die Einrichtung ambulanter Wohngruppen sowie ein alters- und pflegerecht-

### Pflegereform 2013

Mit Wirkung zum 1. Januar 2013 tritt die bereits seit längerer Zeit vom Bundesminister für Gesundheit Daniel Bahr beziehungsweise von seinem Vorgänger Philipp Rösler angekündigte Reform der Pflegepflichtversicherung in Kraft. Vorrangige Zielgruppen der mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz umgesetzten Pflegereform sind betreuungsbedürftige Versicherte der Pflegestufe „0“ sowie pflegebedürftige Versicherte in ambulanter Betreuung.

Bereits bei Einführung der Pflegepflichtversicherung zum 1. Januar 1995 hatte der Gesetzgeber den Vorrang der ambulanten häuslichen Pflege erklärt (§ 3 Satz 1 SGB XI). Zielsetzung der vom Gesetzgeber präferierten ambulanten Pflege durch Familienangehörige und andere Laienpfleger im häuslichen Umfeld war einerseits der Erhalt des gewohnten Wohnumfelds, andererseits die Vermeidung der hohen Kosten einer stationären Pflege und der damit verbundenen, von dem pflegebedürftigen Versicherten oftmals aus laufenden Einkünften und/oder Vermögenswerten nicht zu bedeckenden Eigenleistungen (siehe auch Schrehardt, Generationenrisiko Pflegefall – Vermögenssicherung vor dem Hintergrund eklatanter familiärer Haftungsfolgen, *Vermögen & Steuern* 1/2012).

Mit der Verabschiedung des Gesetzesentwurfs in der parlamentarischen Sitzung am 29. Juni 2012 haben die Abgeordneten des Bundestages im Rahmen einer Übergangsregelung wichtige Leistungsverbesserungen für betreuungsbedürftige Versicherte der „Pflegestufe 0“ auf den Weg gebracht. So sieht das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz zusätzlich zu den bisherigen Leistungen von 100 Euro beziehungsweise 200 Euro/Monat (Grundbetrag und erhöhter Betrag im Sinne von § 45b SGB XI) wahlweise die Auszahlung eines Pflegegeldes von 120 Euro/Monat oder von Pflegesachleistungen bis zu 225 Euro/Monat vor; die Möglichkeit der Kombinationsleistung von Pflegegeld und Pflegesachleistung (§ 38 SGB XI), einen Leistungsanspruch auf Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie auf Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) hat der Gesetzgeber ebenfalls in das Reformgesetz aufgenommen (§ 123 Abs. 2 SGB XI neue Fassung).

Wichtig: Die vorgenannten Leistungsverbesserungen hat der Gesetzgeber als Übergangslösung beschlossen. Eine Neudefinition des Pflegebegriffs und in diesem Zusammenhang sicherlich auch eine Neuordnung der Leistungen der sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung wurden bereits in die parlamentarische Agenda aufgenommen. Es bleibt mit Spannung abzuwarten, wann und wie der Gesetzgeber den Begriff der Pflegebedürftigkeit neu umschreiben wird und auf welcher Basis die Leistungsansprüche der pflegebedürftigen Versicherten dann zu bemessen sein werden.

ter Umbau von gemeinsamen Wohnungen fördert der Gesetzgeber ab dem nächsten Jahr mit einer Anschubfinanzierung von bis zu 2 500 Euro/Person beziehungsweise maximal von 10 000 Euro/Wohngruppe (§ 45e SGB XI neue Fassung).

Die von der Bundesregierung im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes zum 1. Januar 2013 angestrebten Leistungsverbesserungen sollen in der sozialen Pflegepflichtversicherung mit einer Beitragserhöhung um 0,1 Prozent finanziert werden. Auf Seite 3 des Gesetzentwurfes findet sich der Hinweis, dass mit der vorgenannten Beitragserhöhung die Mehrausgaben der sozialen Pflegepflichtversicherung bis Ende 2015 finanziert werden können, das heißt die Glocken der nächsten Pflegereform werden bereits angeschlagen.

### Beschlussfassung im Eilverfahren: „Die Zulagen-Pflegeversicherung“

Nachdem im Gesetzentwurf vom 23. April 2012 (BT-Drucksache Nr. 17/9369) die Frage nach der Ausgestaltung einer vom Gesetzgeber geförderten privaten Eigenvorsorge mit dem Hinweis „Dies bedarf noch einer gesetzlichen Regelung“ abgehandelt wurde, überraschte der Bundesminister für Gesundheit die Öffentlichkeit nur zwei Monate später mit der Zusage, eine private Pflegezusatzversicherung ab 1. Januar 2013 mit einem monatlichen Förderbeitrag von fünf Euro auszuloben (BT-Drucksache 17/10157 vom 27. Juni 2012).

Der mit heißer Nadel gestrickte Entwurf des neu in das Sozialgesetzbuch XI einzufügenden § 126 sieht für Versicherte der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung nach Vollendung des 18. Lebensjahres einen Förderanspruch vor, wenn sie einen privaten Pflegeversicherungsvertrag mit einem monatlichen Beitrag von mindestens zehn Euro abschließen (§ 127 Abs. 1 SGB XI neue Fassung).

Dieser Versicherungsvertrag muss nach dem aktuellen Wortlaut des Gesetzes eine Geldleistung für betreuungs- und pflegebedürftige Versicherte der Pflegestufen „0“ (im Sinne von § 45a SGB XI) und 1 bis 3 (im Sinne von § 15 Abs. 1

und 3 SGB XI) vorsehen; die vorgeschriebene Mindestleistung für die Pflegestufe 3 hat der Gesetzgeber mit 600 Euro/Monat beziffert (§ 128 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI neue Fassung).

Weitere Voraussetzungen für die Förderung einer privaten Pflegezusatzversicherung sind zum Beispiel eine Tariffkalkulation nach Art der Lebensversicherung, ein Verzicht des Versicherers auf das ordentliche Kündigungsrecht, Kontrahierungszwang ohne Risikoprüfung, eine maximale tarifliche Wartezeit von fünf Jahren, eine Deckelung des Versicherungsschutzes auf Barleistungen in Höhe des Pflegegeldes der sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung (§ 37 Abs. 1 SGB XI) zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (eine dynamische Anpassung der Versicherungsleistungen ist zulässig) und eine Begrenzung der Abschluss- und Verwaltungskosten (§ 127 Abs. 2 Nr. 1 bis 3, Nr. 6 und 8 SGB XI neue Fassung).

Mit Blick auf die Vorgaben und die verbleibende Zeit bis zur Markteinführung der neuen Tarife zum 1. Januar 2013 hat der Gesetzgeber der deutschen Versicherungswirtschaft anspruchsvolle Hausaufgaben vorgelegt.

Die Kalkulationsgrundlagen für die neuen zulagengeförderten Pflegeversicherungstarife dürfen daher mit Spannung erwartet werden.

Die steigende Lebenserwartung und die demografische Parallelverschiebung fordern in Deutschland nicht nur in der Pflegepflichtversicherung ihren Tribut. Nach der zulagen- und steuergeförderten „Riester-Rente“ und der

steuerlichen Förderung der privaten Basis-Rentenversicherung als flankierende Altersvorsorgeinstrumente markiert nunmehr die zulagengeförderte private Pflegeversicherung einen weiteren Meilenstein bei der gesetzlich flankierten Übertragung von Vorsorgeverantwortung auf den Bürger.

### Quo vadis Sozialversicherung?

Das deutliche Anwachsen der Altersgruppe 65+ in den nächsten Jahren und Jahrzehnten, nach statistischen Hochrechnungen von 20,2 Prozent im Jahr 2009 auf zirca 34 Prozent der Gesamtbevölkerung im Jahr 2060, wird die Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme auf eine schwere Belastungsprobe stellen.

Der regelmäßige Griff der Politik in die Reformkiste verdeutlicht sehr schnell, dass sich das verfügbare Instrumentarium im Wesentlichen auf die beiden Stellschrauben „Beitragsanpassung“ und „Leistungskürzung“ beschränkt.

Die schrittweise Entlastung der sozialen Sicherungssysteme bei gleichzeitiger Einbindung des Bürgers in die Vorsorgeverantwortung, basierend auf vom Gesetzgeber mit Zulagen und/oder steuerlichen Vergünstigungen geförderten Vorsorgemodellen, ist sicherlich als eine weitsichtige politische Weichenstellung zu werten.

In diesem Zusammenhang wäre es jedoch sehr wünschenswert, dass die Inhalte und Leistungsvoraussetzungen für den Bürger in verständlicher und transparenter Form dargestellt werden. **V&S**

[www.consilium-gmbh.de](http://www.consilium-gmbh.de)

**CONSILIUM**

Beratungsgesellschaft für  
betriebliche Altersversorgung

Hochwertige Vorsorgeprodukte, fachliche Kompetenz und qualifizierte Beratung entscheiden im Versicherungsmarkt über Erfolg oder Misserfolg.

Sichern Sie Ihren Mitarbeitern mit unseren Seminaren eine **zielorientierte Fortbildung** und Ihrem Unternehmen wertvolle **Wettbewerbsvorteile!**

**Praxisseminare – Vorsprung durch Wissen**