

# Die private Pflegevorsorge – Was muss ein qualifizierter Vorsorgetarif leisten?

Die unumstößlichen Fakten liegen seit Jahren auf dem Tisch: Die Lebenserwartung der Deutschen steigt und gleichzeitig überaltert unsere Gesellschaft. Diese seit Jahren der Politik und den Bürgern gleichermaßen bekannte Problematik führt nicht nur bei der Sicherung nachhaltiger Einkünfte im Rahmen der Altersversorgung, sondern auch bei den Kosten für die medizinische Versorgung im Krankheits- und Pflegefall zu einem Spagat zwischen dem erforderlichen Leistungsbedarf und der nachhaltigen Finanzierbarkeit der Versorgungssysteme.



*Alexander Schrehardt  
Geschäftsführer  
Consilium Beratungsgesellschaft für betriebliche  
Altersversorgung mbH*

**W**ährend bis vor wenigen Jahren die Altersversorgung im Mittelpunkt des gesellschaftlichen Interesses und der parlamentarischen Alltagspolitik stand und die Frage nach einer ausreichenden finanziellen Bedeckung des Altersruhestands nicht selten polemisch diskutiert wurde, spielt zumindest der Gesetzgeber mit Blick auf die Füllhornpolitik des Gesetzes über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung beim Altersvorsorgepoker mit neu gemischten Karten um höhere Einsätze.



In den letzten Jahren rückten die kontinuierlich steigenden Pflegefallzahlen und die noch schneller anwachsenden Pflegekosten der Pflegepflichtversicherung auf den Prüfstand der Parlamentarier. Bei dem alljährlichen Hase- und Igel-Wettstreit um den prozentualen Anstieg von Pflegefallzahlen und Pflegekosten hatten die Pflegekosten regelmäßig und souverän die Ziellinie als Erster überquert. Aber auch mit einem ab 1.1.2015 erhöhten Kosteneinsatz kommt der Pflegepflichtversicherung bei der Bedeckung der Versorgungsleistungen im Pflegefall nur der Charakter einer Teilkaskolösung zu. Eine rechtzeitige und vor allem bedarfsgerechte Eigeninitiative der Versicherten ist das Gebot der Stunde. In diesem Zusammenhang sollte nicht vergessen werden, dass der Pflegebedürftige für die Bedeckung seiner Pflegekosten im Fall der Fälle nicht nur sein laufendes Einkommen, sondern auch sein Vermögen mit Ausnahme des sogenannten Schonvermögens einsetzen muss. Sofern diese Eigenmittel für die Finanzierung der ambulanten oder stationären Pflege nicht ausreichen, stehen Ehegatten, Lebenspartner und Kinder, aber unter Umständen auch Lebensgefährten in der Unterhaltspflicht.

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat vor allem in den letzten Jahren mit einer kaleidoskopartigen Tarifvielfalt auf diesen prosperierenden Markt reagiert. Neben Pflegekosten- und vor allem Pflegeetagegeldtarifen dominieren die Pflegerenten die Charts der Vorsorgeinstrumente. Aber auch in Verbindung mit Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherungen besteht die Möglichkeit der persönlichen Vorsorge für den Fall einer potenziellen Pflegebedürftigkeit. Vor dem Hintergrund dieses farbenfrohen Tarifspektrums sieht sich der Versicherungsmakler vor die Qual der Wahl und die Frage, welcher Tarif welchem Kunden angeboten werden sollte, gestellt.

### **Das A und O der privaten Pflegevorsorge: Die individuelle Bedarfsberatung**

Wie bei der Absicherung von Berufsunfähigkeitsrisiken, so sollte auch eine private Vorsorgemaßnahme für den Fall einer möglichen Pflegebedürftigkeit des Kunden auf die individuelle Bedarfssituation zugeschnitten sein. Das persönliche Anforderungsprofil des Kunden ist dabei genauso zu hinterfragen wie seine Lebens- und

Einkommenssituation im Alter. Steht Kapital im Pflegefall zur Verfügung oder sollen vorhandene Vermögenswerte vor dem Verzehr bei Pflegebedürftigkeit geschützt werden? Ist der Kunde Single oder in ein funktionierendes Familienumfeld eingebettet? Wird für den Fall einer Pflegebedürftigkeit ein Verbleib in den eigenen vier Wänden oder der Umzug in ein Pflegeheim präferiert? Bestehen bereits private Pflegeversicherungen, die gegebenenfalls nur ergänzt werden müssen? Der Versicherungsmakler ist gut beraten, diese Themen im Detail mit seinem Kunden zu besprechen und in geeigneter Form zu dokumentieren. Gleichzeitig wird die Vorsorgeberatung mit dieser familiären und finanziellen Bestandsaufnahme von einer sehr emotionalen auf eine sachbezogene Ebene überführt. Der Holzfällerauftritt mit der Frage „Wissen Sie eigentlich, was ein stationärer Pflegefall der Stufe 3 kostet?“ verstärkt nur die bereits vorhandenen Ängste des Kunden und führt zum Austerreflex. Der Kunde verschließt sich dem Beratungsgespräch. →

# Generationenberatung

Die regelmäßig sehr unterschiedliche Bedarfssituation der Kunden kann mit modular aufgebauten Tarifen am besten nachgezeichnet werden. Eine differenzierte Absicherungsmöglichkeit der verschiedenen Pflegefallsituationen sollte mit der Bedeckung der regelmäßig höchsten finanziellen Belastung, d. h. den Kosten für eine stationäre Pflege, beginnen. Bei der Bemessung des Versicherungsschutzes sollten nicht nur die ortsüblichen Pflegekosten für einen stationären Pflegefall, sondern auch die Pflegeebenkosten berücksichtigt werden. Fortlaufende Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Kranken- und zur Pflegepflichtversicherung, und Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, tarifliche Selbstbehalte, Aufwendungen für Bekleidung, Körperpflege, Nahrungsergänzung usw. führen regelmäßig zu einer signifikanten Erhöhung der Gesamtkostensituation.

Im nächsten Schritt sollte der erforderliche Versicherungsschutz für den Fall einer ambulanten Pflege geprüft werden. Der Versorgungsbedarf ist dabei sowohl von den baulichen Voraussetzungen in der Wohnung oder dem Eigenheim des Kunden und eventuell erforderlichen Umbaumaßnahmen bei einer Pflegebedürftigkeit (Barrierefreiheit, Umbau der Sanitärbereiche etc.) als auch von der Art der pflegerischen Versorgung (Laienpfleger oder Pflegedienst) abhängig. Sofern die tarifliche Möglichkeit für die Absicherung einer Sofortleistung im Pflegefall, z. B. zur Finanzierung erforderlicher Umbaumaßnahmen, besteht, sollte dieses Tarifangebot mit dem Kunden besprochen und auch dokumentiert werden. In der vergleichenden Betrachtung der angebotenen Versicherungstarife fällt auf, dass einige Gesellschaften die Höhe der Sofortleistung an die nachgewiesene Pflegestufe knüpfen und erst mit Anerkennung einer höheren Pflegebedürftigkeit des Versicherten ein weiterer Anspruch auf eine zusätzliche Kapitalleistung besteht. Diese Form der tariflichen Konzeption entspricht jedoch nicht dem Bedarf des Versicherten. Gerade bei Anerkennung einer erheblichen Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 1) und einem Verbleib im häuslichen Umfeld ist ein

ungekürzter Anspruch auf die Auszahlung einer Sofortleistung erforderlich, da mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit die erforderlichen Umbaumaßnahmen zur Sicherung einer Barrierefreiheit, z. B. die Einrichtung behindertengerechter Sanitäranlagen oder der Einbau eines Treppenlifts, umgesetzt werden müssen.

## Die imaginäre Pflegestufe „0“

Ein äußerst sensibles Thema ist die Absicherung einer Betreuungsbedürftigkeit des Versicherten nach § 45a SGB XI (Pflegestufe „0“). Vor allem demenzielle Erkrankungen korrelieren sehr stark mit dem Lebensalter. So beträgt der Anteil demenzerkrankter Versicherter bei den über 90-jährigen Versicherten über 40 % (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2014). Die genaue Zahl der Demenzpatienten wird in den Statistiken sicherlich nur unzureichend erfasst, da einerseits in den meisten Fällen in den Anfangsjahren ein schleichender Krankheitsprozess vorliegt und andererseits viele Familien die Demenzerkrankung eines Angehörigen als ein Stigma ansehen, dessen Eingeständnis verweigert wird.

Während die Pflegestufe „0“ in der privaten Versicherungswirtschaft regelmäßig thematisiert wird, sucht man diesen Begriff im Sozialgesetzbuch XI vergeblich. Vielmehr adressiert der Gesetzgeber die Zahlung eines (zusätzlichen) „Betreuungsgeldes“ an Versicherte mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf. In § 45a Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI umschreibt der Gesetzgeber diesen Personenkreis sowohl mit Patienten mit einer demenziellen Erkrankung als auch mit Versicherten mit einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung. Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist ein krankheitsbedingter Verlust oder eine weitreichende Einschränkung der Alltagskompetenz und in der Folge eine regelmäßig erforderliche Betreuung und Beaufsichtigung des Versicherten. Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs werden vor allem das Risiko einer Selbstgefährdung, räumliche und zeitliche Orientierungslosigkeit oder auch das Vorliegen einer therapieresistenten Depression vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen

bzw. der Medicproof GmbH geprüft (§ 45a Abs. 2 SGB XI). Sofern die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch des Versicherten erfüllt werden, sieht das SGB XI ein Betreuungsgeld von € 100,-/Monat bzw. in schweren Fällen von € 200,-/Monat (§ 45b Abs. 1) vor. Das Vorliegen einer anerkannten Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 1 bis 3) ist für die Anerkennung einer leistungspflichtigen Betreuungsbedürftigkeit nicht erforderlich.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz hatte der Gesetzgeber die Leistungen für den Personenkreis der Pflegestufe „0“ wahlweise mit einem zusätzlichen Pflegegeld von € 120,-/Monat, einem Anspruch auf Pflegesachleistungen von bis zu € 225,-/Monat oder einer Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung flankiert (§ 123 Abs. 2 SGB XI). Sofern das Erfordernis einer Betreuung mit einer Pflegebedürftigkeit des Versicherten zusammenfällt, werden für Versicherte der Pflegestufe 1 und 2 ein erhöhtes Pflegegeld bzw. erhöhte Pflegesachleistungen ausbezahlt.

Gerade im Fall einer Betreuungsbedürftigkeit aufgrund demenzieller oder psychischer Erkrankung des Versicherten übersteigen die tatsächlichen Betreuungskosten die Leistungen der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung regelmäßig im erheblichen Maße. Vor allem die häusliche Betreuung eines Demenzpatienten führt viele Familienangehörige an ihre Belastungsgrenzen, da der Verlust des Tag-Nacht-Rhythmus oftmals eine 24-Stunden-Betreuung des Patienten erforderlich macht. Es verwundert in diesem Zusammenhang nicht, dass pflegende Familienangehörige mit der höchsten Burn-Out-Quote belastet sind. Im Fall einer fortgeschrittenen Demenz kann eine umfassende Betreuung des Patienten vom Ehepartner oftmals nicht mehr alleine geleistet werden und es müssen kostenpflichtige Betreuungsdienstleistungen in Anspruch genommen werden.

Bei der versicherungsförmigen Absicherung der Pflegestufe „0“ sollte darauf geachtet werden, dass sich das Versicherungsunternehmen bei den Leistungen nicht nur auf eine Betreuungsbedürftigkeit infolge demenzieller Erkrankung



*Die psychische Erkrankung bei jüngeren Versicherungsnehmern hat in den letzten Jahren stark zugenommen.*

kapriziert, sondern auch andere in § 45a SGB XI genannte Ursachen für eine Einschränkung der Alltagskompetenz und damit für seine Leistungspflicht anerkennt. Zugegebenermaßen dominiert die demenzielle Erkrankung bei höheren Altersgruppen als Ursache für eine Einschränkung der Alltagskompetenz. Mit Blick auf die Zunahme psychischer Erkrankungen bei jüngeren Versicherten in den letzten Jahren (siehe Rentenzugsbericht 2013 der Deutschen Rentenversicherung vom Juni 2014) sollten die leistungspflichtigen Ursachen einer Betreuungsbedürftigkeit in den Versicherungsbedingungen jedoch weiter gefasst und sinnvollerweise auf die Regelung des § 45a SGB XI abgestellt werden.

### **Frau Meier ist gestürzt ... fortlaufender Leistungsanspruch auch bei stationärer Behandlung?**

Pflegebedürftige Menschen bedürfen zumeist einer regelmäßigen ärztlichen Versorgung und oftmals auch einer stationären Behandlung. Vor allem in ihrer Mobilität eingeschränkte und auf einen Rollator angewiesene ältere Damen erleiden bei einem Sturz häufig einen Oberschenkelhalsbruch oder sogar multiple Frakturen. Die Folgen sind dann ein operativer Eingriff, ein oftmals langwieriger stationärer Aufenthalt und eine nachfolgende stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Aber auch ein Herzinfarkt, ein Schlaganfall oder eine Niereninsuffizienz können zu einem längeren Krankenhausaufenthalt führen. Für die Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung sehen die MB/EPV 2009 des PKV-Verbandes vor, dass für die Dauer einer stationären Heilbehandlung, aber auch für die Dauer einer stationären Re-

habilitationsmaßnahme, einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, kein Leistungsanspruch besteht (§ 5 Abs. 1 f) MB/EPV 2009). Ein Ausfall der Leistungszahlung aus der ergänzenden Pflegeversicherung kann für den Versicherten fatale Folgen haben, da selbstverständlich auch für die Dauer einer stationären Behandlungsmaßnahme die Kosten für das vertraglich angemietete Zimmer einschließlich der darauf entfallenden Nebenkosten (Investitionskostenpauschale) zu bezahlen sind. Im konkreten Fall bedeutet dies, dass während eines stationären Aufenthalts auch ohne Nutzung der Pflegeheimlichkeiten fortlaufend ca. € 750,-/Monat oder ein in Abhängigkeit von der Lage des Pflegeheims auch deutlich höherer Betrag zu bezahlen sind. In diesem Zusammenhang ist es äußerst hilfreich, wenn die Pflegezusatzversicherung auch für die Dauer einer stationären Behandlungsmaßnahme, einer stationären Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme die vertraglichen Leistungen ungekürzt erbringt.

### **Weltweiter Versicherungsschutz**

Bei der Einrichtung einer privaten Pflegezusatzversicherung sollte mit dem Kunden auch über den Geltungsbereich des Versicherungsschutzes gesprochen werden. Vor allem für Mitarbeiter von international agierenden Global Player, aber auch für freiberufliche und selbstständige Unternehmer ist oftmals die Welt das Büro. Während in den Versicherungsbedingungen von Pflegerentartarifen zumeist ein weltweiter Versicherungsschutz erklärt wird, sollten die Bedingungswerke von Pflegekosten- und Pflegetagegeldtarifen vom Vermittler unter Berücksichtigung des Anforderungs-

profils seines Kunden immer auf den Geltungsbereich des Versicherungsschutzes geprüft werden. Sofern die Bedingungswerke die Regelungen der Musterbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/EPV 2009 Stand 7.2013) übernommen haben, gilt nur ein auf Deutschland beschränkter Versicherungsschutz, der für die Pflegekostenversicherung auf die Mitgliedstaaten der Europäischen Union und die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erweitert wird (§ 1 Abs. 11 MB/EPV 2009). Nachdem die Musterbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung des PKV-Verbandes weder einen halbzwingenden noch einen zwingenden Charakter entfalten, können die Krankenversicherungsunternehmen den Kunden in ihren Versicherungsbedingungen im Vergleich zu den MB/EPV 2009 besserstellen. So haben einige Unternehmen den Geltungsbereich ihres Versicherungsschutzes auch für die Pflegetagegeldversicherung auf eine weltweite Deckung erweitert, eine Leistungsverbesserung, die mit Blick auf die Entsendung von Mitarbeitern durch weltweit operierende Unternehmen und auf die oftmals mehrjährigen, außereuropäischen Forschungsaufenthalte von wissenschaftlichen Mitarbeitern von Universitäten an Bedeutung gewinnt.

Wenn es dem Vermittler gelingt, mit den in diesem Beitrag exemplarisch dargestellten und weiteren sachlichen Fragestellungen die emotionale Barriere seines Kunden zu durchbrechen, so werden die Weichen in Richtung auf eine für beide Parteien erfolgreiche Beratung gestellt. Angstszenerien jeder Art sind auf jeden Fall zu vermeiden. Sofern der Vermittler an seinen Kunden die Botschaft adressieren kann, dass eine die gesetzliche Pflegepflichtversicherung flankierende private Vorsorge für den Pflegefall eine wichtige Maßnahme zur Sicherung eines würdevollen, selbstbestimmten Lebens für einen möglichst langen Zeitraum in den eigenen vier Wänden darstellt, werden die Erfordernisse, aber auch die Vorteilhaftigkeit einer rechtzeitigen Eigeninitiative bildhaft verdeutlicht. ■