

## Nachweis und Einstufung

# Die Pflegebedürftigkeit



In den Versicherungsbedingungen der meisten Pflegekosten- und Pflegetagegeldtarife wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit auf die sozialrechtliche Definition nach § 14 SGB XI abgestellt. Diese sozialrechtliche Auslegung hatte der Verband der Privaten Krankenversicherung auch in seine Musterbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (§ 1 Abs. 2 bis 6 MB/EPV 2009 in der Fassung 7.2013) übernommen. Demnach beginnt der Versicherungsfall mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die dem privaten Krankenversicherer unverzüglich anzuzeigen ist. Es sollte aber nicht vergessen werden, dass die MB/EPV 2009 des PKV Verbandes nur eine verbandsseitige Empfehlung darstellen und somit für die privaten Krankenversicherungsgesellschaften nicht bindend sind.

Während die Mehrheit der privaten Krankenversicherer einen Leistungsbescheid der zuständigen Pflegekasse als Nachweis für eine bedingungsgemäße Pflegebedürftigkeit der versicherten Person und damit für ihre Leistungspflicht anerkennt, finden sich in einigen Bedingungswerken auch abweichende Regelungen. In den AVB zur Pflegetagegeldversicherung hatte zum Beispiel ein Krankenversicherer die nachfolgend in Auszügen abgedruckte Regelung aufgenommen:

Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. ...

Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen ...

Ein Schelm, wer Böses dabei denkt ... Ungeachtet einer möglichen negativen Betrachtung der unterschiedlichen Interessenslagen ist in jedem Fall festzuhalten, dass eine derartige Vorgehensweise für den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person neben dem Antrag auf Leistungen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung aufgrund Pflegebedürftigkeit bei der zuständigen Pflegekasse (oder dem privaten Krankenversicherer) eine weitere Baustelle eröffnet wird.

Fairplay, das Versicherungsunternehmen hat seine Versicherungsbedingungen zwischenzeitlich nachgebessert und räumt für nach dem 21.12.2012 abgeschlossene Versicherungsverträge auch den Nachweis einer leistungspflichtigen Pflegebedürftigkeit durch Vorlage der Anerkennungsunterlagen der zuständigen Pflegekasse bzw. des privaten Krankenversicherers des Versicherten ein. Ungeachtet des nunmehr verbesserten Bedingungswerkes gilt es zu prüfen, inwieweit die alten Versicherungsbedingungen für vor dem 22.12.2012 geschlossene Versicherungsverträge noch Gültigkeit haben oder kundenfreundlich angepasst wurden.

Eine für alle private Krankenversicherungsunternehmen verpflichtende Auslegung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit sowie der Leistungsvoraussetzungen im Pflegefall finden sich in den Musterbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEV 2013, Stand 5.2013). Nachdem der Gesetzgeber den versicherbaren Personenkreis, die Voraussetzungen für den Bezug und den Umfang der Versicherungsleistungen qualitativ bzw. für die Pflegestufe 3 auch summenmäßig im Sozialgesetzbuch XI (§§ 126 – 130) geregelt hat, entfalten die Musterbedingungen für den „Pflege-Bahr“ eine halbzwingende Wirkung. Nur die Höhe der Tarifleistungen für die Pflegestufen „0“, 1 und 2 unterstehen der vertraglichen Vereinbarung.

## ADL-Katalog oder SGB XI oder „Best of Both“ oder ???

Während in der Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung eine den Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers begründende Pflegebedürftigkeit in den Versicherungsbedingungen qualifizierter Vorsorgetarife i.S. von § 14 SGB XI definiert wird, erfolgt die Bemessung des pflegerischen Hilfebedarfs in der Pflegerentenversicherung vorrangig auf der Grundlage eines ADL-Katalogs mit sechs Beurteilungskriterien. In der vergleichenden Betrachtung der Bedingungswerke zeigt sich, dass regelmäßig ein einheitlicher ADL-Katalog Anwendung findet. Bei der Zuordnung der Pflegestufen zu den ermittelten ADL-Punkten fallen die Versicherungsbedingungen der verschiedenen Anbieter auseinander.

So erkennen beispielsweise die meisten Versicherungsunternehmen eine Schwerstpflegebedürftigkeit der versicherten Person (= Pflegestufe 3) an, wenn bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfestellungen einer dritten Person erforderlich sind (6 ADL-Punkte). Abweichend von dieser mehrheitlich anzutreffenden Regelung findet sich in einigen Bedingungswerken eine Zuordnung der Pflegestufe 3 bereits ab 5 ADL-Punkten. Auch bei der Zuordnung der Pflegestufen 1 und 2 zu den ADL-Punkten finden sich in den Versicherungsbedingungen der Lebensversicherer teilweise unterschiedliche Regelungen.

Neben dem Nachweis und der Einstufung der Pflegebedürftigkeit auf der Grundlage von ADL-Kriterien kann der Nachweis einer leistungspflichtigen Pflegebedürftigkeit zumeist auch mit einem Leistungsbescheid der zuständigen Pflegekasse bzw. des privaten Krankenversicherers geführt werden, d.h. sowohl eine Pflegebedürftigkeit im sozial-, als auch im zivilrechtlichen Sinn begründet den Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Personen. ■■■



**Alexander Schrehardt**

Geschäftsführer  
Consilium Beratungsgesellschaft für  
betriebliche Altersversorgung mbH  
Fachbereichsleiter Biometrische Risiken  
BVS Bundesverband der Sachverständigen

## Produkte PKV Pflege

Nach den Versicherungsbedingungen von Premiumtarifen kann der Versicherungsnehmer nicht nur eine leistungspflichtige Pflegebedürftigkeit wahlweise mit einem Leistungsbescheid der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung oder alternativ mit einem ärztlichen Attest unter Anwendung der ADL-Kriterien nachweisen, sondern erhält auch eine Leistungszahlung unter Berücksichtigung der höheren Pflegestufe. Sollte somit eine Bemessung des Grades der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen einerseits und durch den zuständigen Haus- oder Facharzt andererseits auseinanderfallen, so würde im Fall einer „Best-of-Both“-Regelung die höhere Pflegestufe für die Leistungszahlung berücksichtigt werden. Leider finden sich auch im Fall der Pflegerentartarife kundenunfreundliche Regelungen in dem einen oder anderen Bedingungsmerk:



„ Pflegebedürftigkeit und die Pflegegrade I bis III gemäß diesen Bedingungen werden zum einen definiert über die Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen die versicherte Person der Hilfe bedarf, zum anderen in inhaltlicher Anlehnung an die Definitionen der Pflegepflichtversicherung in §§ 14 und 15 des SGB XI (Pflegegesetz, Stand 01.01.2008). ...

Die Leistungsdefinition in diesen Bedingungen stellt eine eigenständige Regelung dar. Insbesondere finden weder die §§ 14 und 15 des SGB XI Anwendung auf diesen Vertrag, ...

Wie der Auszug aus den Versicherungsbedingungen zeigt, begründet ein Leistungsbescheid der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung keinen Anspruch auf Auszahlung der versicherten Pflegerente.

### „Pflegestufe 0“ – Ein synthetischer Kunstbegriff

Spannend wird es bei der Definition der imaginären „Pflegestufe 0“. Bei der Umschreibung dieser Pflegestufe grenzen viele Kranken- und Lebensversicherungsunternehmen den leistungsberechtigten Personenkreis auf Versicherte mit einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge demenzieller Fähigkeitsstörungen ein. Auch bekräftigende Zusätze wie „eine besondere Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz“ oder „Einschränkung der Alltagskompetenz in erhöhtem Maße“ sind in diesem Zusammenhang nicht besonders erhellend.

Es ist unstrittig, dass in unserer überalternden Gesellschaft die demografische Parallelverschiebung mit einem kontinuierlichen Anstieg der Demenzfallzahlen nachgezeichnet wird. Die Diagnose Demenz stellt dabei gleichermaßen für die Betroffenen, als auch für die Familienmitglieder des Demenzpatienten ein schwerwiegendes und zumeist emotional hoch belastendes Problem dar. Dies sollte allerdings nicht die Legitimation für eine Ausgrenzung der vom Gesetzgeber in § 45a Abs. 1 SGB XI neben Demenzpatienten auch erfassten Versicherten, die aufgrund psychischer Erkrankung oder einer Behinderung betreuungsbedürftig sind, sein.

In § 2 Abs. 2 MB/EPV 2009 und korrespondierend in den AVB haben der PKV-Verband und die privaten Krankenversicherungsgesellschaften die Mitversicherung von Neugeborenen ab Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten in der Pflegekosten- oder Pflegetagegeldversicherung eines mindestens drei Monate versicherten Elternteils geregelt. Eine Einschränkung des leistungsberechtigten Personenkreises der „Pflegestufe 0“ auf infolge demenzieller Erkrankung betreuungsbedürftige Versicherte würde beispielsweise ein autistisches oder mit einem genetischen Defekt belastetes Kind (z.B. Trisomie 21) von einem Leistungsbezug ausschließen und den Vermittler bestenfalls in Erklärungsnot bringen. Natürlich könnte an dieser Stelle argumentiert werden, dass ein genetischer Defekt bereits vor der Geburt des Kindes vorlag und somit aufgrund des erst ab Geburt bestehenden Versicherungsschutzes für eine Betreuungsbedürftigkeit des mitversicherten Kindes kein Leistungsanspruch besteht.

Für die Krankheitskostenversicherung (§ 198 Abs. 1 VVG) wurde die Frage der Rückwärtsversicherung explizit geklärt. So bedeckt der Versicherungsschutz für neugeborene Kinder auch angeborene und vererbte Krankheiten und Anomalien sowie Schädigungen, die das Kind während des Geburtsvorgangs erlitten hat (Schwintowski & Brömmelmeyer, Praxiskommentar zum Versicherungsvertragsrecht, 2. Aufl. 2011, § 198 Rn. 7). Im Fall eines adoptierten Kindes hatte der Bundesgerichtshof bereits im Jahr 2000 entschieden, dass der Versicherungsschutz einer Pflegetagegeldversicherung auch vor der Adoption eingetretene Erkrankungen und Schädigungen des Kindes bedeckt (BGH vom 27.09.2000, IV ZR 115/99). Die ergänzende Ausführung eines Krankenversicherers in den AVB zur Pflegetagegeldversicherung stellt somit eine vorteilhafte, aber nicht zwingend erforderliche Erläuterung dar.

„ Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/EPV 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtschäden sowie angeborenen Krankheiten und Anomalien.

## Nach der Reform ist vor der Reform: Änderungen im SGB XI

Sofern in den Versicherungsbedingungen der Begriff der Pflegebedürftigkeit auf eine sozialrechtliche Definition abgestellt wird, findet sich häufig folgender Hinweis:

„ ... Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuches XI in der Fassung vom 19.12.2007 ...

Eine Änderung dieser gesetzlichen Regelungen ist für diesen Vertrag nicht maßgebend und bewirkt keine Veränderung des diesem Vertrag zugrunde liegenden Begriffs der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI ...

Nachdem die deutschen Parlamentarier, wie ein Blick in das Bundesgesetzblatt verdeutlicht, bei den Gesetzgebungsverfahren schon beinahe hyperaktiv agieren, muss die Frage nach den Folgen einer Änderung der sozialrechtlichen Grundlagen zugelassen sein. Vor allem mit Blick auf die geplante Neuauslegung des Pflegebegriffs und die Ablösung der bisherigen Pflegestufen durch Pflegegrade im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes zum 01.01.2017 scheint eine dunkle Wolke in Form einer Regelungslücke am Horizont aufzuziehen. Wie soll ein Versicherungsnehmer seinen in den Versicherungsbedingungen auf die sozialrechtliche Definition der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI ausgelegten Leistungsanspruch dem Grunde und bezogen auf die Pflegestufen nach § 15 SGB XI der Höhe nach begründen, wenn der Gesetzgeber zum 01.01.2017 den Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI neu definiert und den Umfang der erforderlichen pflegerischen Versorgung mit Pflegegraden bemisst? Erfreulicherweise haben nicht wenige Kranken- und Lebensversicherungsunternehmen auch für den Fall einer Änderung des Sozialgesetzbuches XI und damit für eine geänderte Beurteilung und Einstufung einer Pflegebedürftigkeit vorgesorgt. Sofern ein Versicherungsunternehmen aufgrund einer Änderung der sozialrechtlichen Grundlagen einen Neutarif auflegt, wird auch den in den Altтарifen versicherten Bestandskunden die Möglichkeit eines Übertritts in den neuen Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten eingeräumt:

„ Verändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit, hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein Angebot auf Umstellung in einen neuen Pflegegeldtarif zu verlangen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Versicherer einen entsprechenden neuen Tarif anbietet und das Pflegegeld im neuen Tarif die Höhe des bisher versicherten Pflegegeldes nicht übersteigt. Entsprechendes gilt für die Veränderung der Definition der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz. Der Wechsel in einen neuen Tarif wird keine erneute Gesundheitsprüfung voraussetzen.

Soweit die schöne, heile Welt. Leider findet sich eine derartige Öffnungsklausel bei weitem nicht in allen Versicherungsbedingungen oder es wird eine Zwei-Klassen-Gesellschaft definiert:

„ Der Versicherer garantiert jeder versicherten Person im Tarif XYZ die Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der SPV bzw. PPV, die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen der SPV bzw. PPV vom Versicherer eingeführt werden.

Diese Regelung des Versicherers begrenzt die Möglichkeit auf einen Wechsel in die Tarife einer neuen Generation auf Versicherte in den Premientarifen. Den Versicherten, die nach den beiden anderen, vom gleichen Versicherungsunternehmen angebotenen Pflegegeldtarifen versichert sind, wird dieses Recht nicht eingeräumt. Wie immer dann ab 2017 mit einer sehr wahrscheinlichen Regelungslücke im Leistungsfall umzugehen ist, bleibt somit abzuwarten.

Die private Vorsorge für den Pflegefall wird gleichermaßen von vielen Verbrauchern wie auch von einer Vielzahl von Vermittlern entweder gar nicht oder nur mit Widerwillen thematisiert. Natürlich ist eine Vogel-Strauß-Politik eine sehr einfache aber gleichzeitig auch keine lösungsorientierte Vorgehensweise. Niemand wünscht sich, und hier macht auch der Autor dieses Beitrages keine Ausnahme, irgendwann einmal in der Pflegefallzahlen des Bundesamtes für Statistik erfasst zu werden. Ungeachtet dieser zugebenermaßen beklemmenden Vorstellung sollten jedoch die Vorteile einer frühzeitigen Lebensplanung, und hierzu gehört in einer überalternden Gesellschaft auch und insbesondere die persönliche Vorsorge für den Pflegefall, erkennen und positiv bewerten. Die wirtschaftliche Unabhängigkeit im Pflegefall, die Enthftung der eigenen Familienangehörigen, der Erhalt vorhandener Vermögenswerte und damit die Sicherung eines würdevollen und selbst bestimmten Lebens auch bei Eintritt eines Störfalles sollten emotionale Befindlichkeiten überstimmen. Halten wir es mit der Beratung zur privaten Pflegefallvorsorge wie mit dem routinemäßigen Zahnarzttermin ... wir nehmen ihn nicht gerne, aber aus Überzeugung wahr. ■