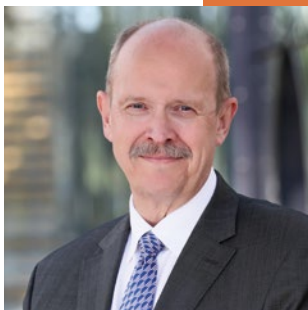


# Über Fakten und Fehleinschätzungen

Als der Gesetzgeber mit dem Pflege-Neuausrichtung-Gesetz zum 1. Januar 2013 die staatlich geförderte, ergänzende, nach ihrem Initiator auch salopp als „Pflege-Bahr“ bezeichnete, Pflegeversicherung eingeführt hatte, da leuchteten die Augen nicht weniger Krankenversicherungsvorstände. Mit der vom Gesetzgeber ausgelobten Zulage in Höhe von 5 Euro pro Monat sollten die zum damaligen Zeitpunkt überschaubaren Umsätze im Segment der privaten Pflegezusatzversicherung katalysiert werden.



**Alexander Schrehardt**  
Gesellschafter-Geschäftsführer  
AssekuranzZoom GbR

**Mail:** [team@assekuranzzoom.de](mailto:team@assekuranzzoom.de)  
**Web:** [www.assekuranzzoom.de](http://www.assekuranzzoom.de)

Innerhalb von fünf Jahren sollten 4 Millionen zulagengefördernde Pflegeversicherungen dank nicht erforderlicher Gesundheitsfragen und der Schnäppchenmentalität der deutschen Verbraucher policiert werden. Die retrospektive Betrachtung der Realität zeichnet indes ein anderes Bild. Nach der Statistik des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. bezifferte sich die Anzahl der zulagengefördernden Pflegeversicherungen zum 31. Dezember 2018, und damit im sechsten Jahr nach Einführung des „Pflege-Bahr“, auf 878.000 Verträge.

Das erklärte Klassenziel von 4 Millionen zulagengefördernden Pflegeversicherungen wurde meilenweit verfehlt. Allerdings ist auch eine weitergehende Betrachtung durchaus interessant. So wurden in der Statistik des PKV-Verbandes für das

Jahr 2018 auch 363.400 Pflegekosten- und 2.574.700 Pflege-tagegeldversicherungen ausgewiesen. Ergänzt man diese Zahlen noch um den Bestand von 238.000 Pflegerentenversicherungen, so hatten am Ende des Jahres 2018 gerade einmal 4,054 Millionen Versicherungsnehmer mit einem privaten Versicherungsvertrag das Risiko einer Pflegebedürftigkeit abgesichert. Setzt man diese Zahl ins Verhältnis zu den 83,2 Millionen Bundesbürgern des Jahres 2018, errechnet sich die Marktsättigung mit privaten Pflegevorsorgeprodukten gerade einmal mit mageren 4,9 Prozent.

Auch wenn an dieser Stelle eingeräumt werden muss, dass diese Zahl aufgrund der möglichen Kombination von ungeforderten und geförderten Pflegevorsorgeprodukten einerseits und mehreren versicherten Personen in einem Versicherungsvertrag andererseits, zu korrigieren ist, bleibt dennoch eine zentrale Kernaussage.

## 95 Prozent der Bundesbürger haben keine private Pflegeversicherung

Die private Vorsorge für den Fall einer Pflegebedürftigkeit wird von vielen Kunden und nicht wenigen Vermittlern – wenn überhaupt – nur mit der Kneifzange angefasst. Bei den Argumenten für die Abwehr eines Beratungsgesprächs entfalten viele Kunden eine unglaubliche Kreativität. Immer wieder und gerne wird darauf hingewiesen, dass Pflegebedürftigkeit ein Problem des Alters und qualifizierte Vorsorgemaßnahmen „irgendwann später einmal besprochen werden sollten“. Eine Meinung, die durchaus auch von dem einen oder anderen Vermittler geteilt wird.

Zum Stichtag 31. Dezember 2018 hatte das Bundesministerium für Gesundheit die Zahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung mit 3,67 Millionen Versicherten benannt. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem Zuwachs von 11,6 Prozent. Allerdings sollte nicht nur die Entwicklung der Gesamtzahl der Leistungsempfänger, sondern auch die Altersverteilung der pflegebedürftigen Versicherten beachtet werden. Im Jahr 2018 hatten 843.828 der pflegebedürftigen Versicherten ihr 65. Lebensjahr noch nicht vollendet. Über 139.000 Kinder unter 15 Jahren erhielten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und 617.500 pflegebedürftige Versicherte waren der Altersgruppe 25 bis unter 65 Jahre zuzurechnen, das heißt es handelte sich um Menschen, die rein altersmäßig im aktiven Erwerbsleben standen.

Die Kosten einer ambulanten und pflegerischen Versorgung werden regelmäßig unterschätzt. Bereits durch den täglichen Besuch eines ambulanten Pflegedienstes, der den Pflegebedürftigen am Morgen aus und am Abend ins Bett hilft, an- und auskleidet, morgens und abends im Rahmen einer kleinen Körperpflege und einmal in der Woche beim Duschen unterstützt, entstehen monatliche Kosten von ungefähr 2.200 Euro. Für einen Versicherten mit Pflegegrad 2 saldiert dabei ein Eigenanteil an den Pflegekosten von über 1.500 Euro im Monat und im Fall der vollstationären Pflege kann eine monatliche Eigenleistung des Versicherten von 2.500 Euro erforderlich werden.

### BU-Vorsorge beinhaltet Pflegeschutz (?)

Auch das redundant vorgetragene Argument, dass Kunden mit einer ausreichend dimensionierten Berufsunfähigkeitsversicherung umfassend abgesichert sind und auf eine ergänzende Pfl egetagegeld- oder Pflegerentenversicherung durchaus verzichten können, ist wohl eher dem Gedankengut der deutschen Märchen und Legenden zuzurechnen. Mit der Einrichtung einer Berufsunfähigkeitsversicherung wird eine (anteilige) Einkommensersatzleistung abgesichert. Die Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente wird dabei nicht vom verfügbaren Vorsorgebudget des Kunden, sondern auch von den Annahmerichtlinien des jeweiligen Anbieters begrenzt.

Während beispielsweise für Schüler, Studenten, Hausfrauen und -männer die Höchstversicherungssummen pauschal festgelegt werden, berechnen sich die Höchstversicherungsgrenzen für Erwerbstätige regelmäßig in Abhängigkeit vom durchschnittlichen Nettoeinkommen der versicherten Person. In diesem Zusammenhang ist allerdings zwingend zu beachten, dass die Bezugsgröße Nettoeinkommen von den Versicherungsgesellschaften teilweise sehr unterschiedlich berechnet wird.

Nachdem mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung das (anteilige) Nettoeinkommen versichert wird, werden die zusätzlichen Kosten einer pflegerischen Versorgung beziehungsweise der vom Versicherten selbst zu tragende Kostenanteil von den Rentenleistungen regelmäßig nicht bedeckt. Erschwerend kommt hinzu, dass eine leistungspflichtige Pflegebedürftigkeit nach den AVB der meisten Berufsunfähigkeitsversicherungen auf der Basis von ADL-Kriterien begründet werden muss und an dieser Stelle haben nicht wenige Bedingungswerke bereits Spinnweben angesetzt.



© zinkevych - stock.adobe.com

**Die Kosten einer ambulanten und pflegerischen Versorgung werden regelmäßig unterschätzt.**

### Die Legende vom ADL-Katalog

Sofern die Prüfung einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person auf ADL-Kriterien abgestellt wird, sollte der in den Versicherungsbedingungen benannte ADL-Katalog in jedem Fall geprüft werden. Auch wenn im Praxisalltag immer von „dem“ ADL-Katalog gesprochen wird, bleibt festzuhalten, dass es einen brancheneinheitlichen ADL-Katalog nicht gibt.

So finden sich in den AVB von Berufsunfähigkeitsversicherungen ADL-Kataloge mit vier, fünf, sechs oder auch neun Beurteilungskriterien. Dabei ist zu beachten, dass mit ADL-Katalogen, die ausnahmslos auf eine Prüfung motorischer Leistungsdefizite der versicherten Person abstellen, der seit 1. Januar 2017 gültige, sozialrechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit nur sehr eingeschränkt nachgezeichnet werden kann.

Eine Verbesserung bietet sich mit einem Neun-Punkte-ADL-Katalog, da dieser sechs Kriterien für die Prüfung motorischer und drei Kriterien für die Beurteilung intellektueller Defizite beinhaltet. Sofern ein Versicherer seine Leistungspflicht auf den Pflegegrad 2 der versicherten Person, der mit einem Leistungsbescheid der zuständigen Pflegekasse nachgewiesen werden kann, abstellt, kann ein leistungspflichtiger Versicherungsfall zumeist schnell und unbürokratisch begründet werden. ■