

Generationenrisiko Pflegefall

Vermögenssicherung vor dem Hintergrund eklatanter familiärer Haftungsfolgen

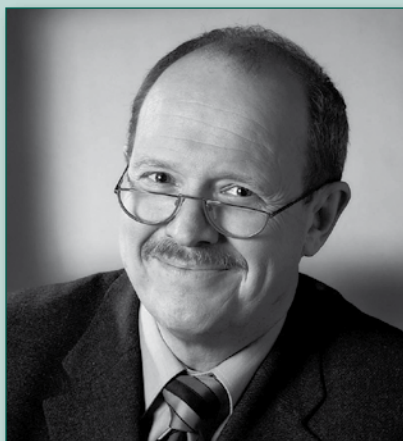
Alexander Schrehardt

Während die gesetzliche Rentenversicherung als Instrument der Alterssicherung regelmäßig auf dem Prüfstand und im Fokus kritischer Betrachtungen steht, wird dem alterskorrelierten Risiko eines Pflegefalls und einer qualifizierten Vorsorge ungleich weniger Aufmerksamkeit gewidmet. Der Autor analysiert die Konsequenzen dieser Nachlässigkeit und die oftmals weitreichenden Folgen. (Red.)

Die seit 1999 in 2-Jahres-Intervallen geführte Pflegefallstatistik dokumentiert einen kontinuierlichen Anstieg der Pflegefallzahlen. Wurden 1999 noch 2,016 Millionen Pflegefälle statistisch erfasst, so weist die aktuelle Pflegefallstatistik 2009 (Bundesamt für Statistik, 21. Februar 2011) 2,338 Millionen leistungspflichtige Pflegefälle aus. Während bei den Pflegefallzahlen im Zeitraum 1999 bis 2009 ein Anstieg um zirka 16 Prozent zu verzeichnen ist, weist die Leistungsstatistik der sozialen Pflegeversicherung im Zeitraum 1998 bis 2009 bei den Leistungsausgaben eine Steigerung von zirka 28,3 Prozent aus.

Eine zunehmende Belastung der öffentlichen Haushalte und gleichermaßen

Altersarmut, unzureichende Rentenleistungen und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit auf das 67. Lebensjahr unterstreichen als unübersehbare Meilensteine die sozialen Veränderungen in unserer Gesellschaft. Eine kontinuierlich ansteigende Lebenserwartung gepaart mit einer Parallelverschiebung der Altersstrukturen haben die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland in den letzten Jahrzehnten in hohem Maße belastet.



„Für die Sicherung vorhandener Vermögenswerte und eines würdevollen Lebensabends sollte das Kostenrisiko eines potenziellen Pflegefalls rechtzeitig geprüft und abgesichert werden.“

Alexander Schrehardt, Betriebswirt
Betriebliche Altersversorgung (FH),
Geschäftsführer Consilium Beratungsgesellschaft für BAV mbH, Höchststadt/
Aisch

E-Mail: info@consilium-gmbh.de

der Pflegebedürftigen mit steigenden Pflegekosten erscheint in den nächsten Jahren unausweichlich. Die von Gesundheitsminister Daniel Bahr zum 1. Januar 2013 angekündigte Reform der Pflegepflichtversicherung beinhaltet aktuell eine vorsichtige Justierung mit der Beitragsstellschraube.

Trotz Reform eine dauernde Last ...

Die geplante Erhöhung des Beitragssatzes der sozialen Pflegepflichtversicherung um 0,1 Prozent für eine vorrangig zu verbessernde Versorgung von Demenzpatienten wird nach heutiger Hochrechnung zirka 1,1 Milliarden Euro in die Kassen des Gesundheitsministeriums beziehungsweise der Pflegekas-

sen spülen. Eine nachhaltige Entlastung der Betroffenen und ihrer Familien muss mit Blick auf diese Zahlen ernsthaft in Frage gestellt werden.

... und obendrein ein Tabuthema

Das Risiko eines potenziellen Pflegefalls wird regelmäßig tabuisiert. Während die ergänzende finanzielle Absicherung des Lebensabends mittels privater und betrieblicher Altersversorgung emotional positiv belegt ist, wird das Erfordernis der finanziellen Absicherung einer möglichen Pflegebedürftigkeit oftmals verdrängt. Eine kritische Betrachtung des Kostenrisikos und eine Bewertung der Leistungen der sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung unterstreichen indes den persönlichen Handlungsbedarf.

Bereits im Entwurf des Gesetzes zur Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung (BT-Drucksache 12/ 1156) hatte die damalige Bundesregierung die häusliche Pflege favorisiert. Die Förderung der Laienpflege im häuslichen Umfeld, und damit verbunden die Unterstützung der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn des Pflegebedürftigen, wurden nachfolgend als vorrangige Ziele in das Gesetz aufgenommen (§ 3 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Von einem Leistungsumfang im Sinne einer Vollkaskodeckung ist die Pflegepflichtversicherung dabei weit entfernt; Eigenleistungen des Pflegebedürftigen, und gegebenenfalls seiner Familienangehörigen im Rahmen des Pflegeunterhalts, sind bei Eintritt des Leistungsfalls und bei der Bedeckung der Pflegekosten regelmäßig erforderlich. Für die Sicherung vorhandener Vermögenswerte und eines würdevollen Lebensabends sollte daher das Kostenrisiko eines po-

tenziellen Pflegefalls rechtzeitig geprüft und abgesichert werden.

Wichtig – eine realistische Kalkulation

Das von vielen Versicherungsgesellschaften regelmäßig vorgestellte worst-case-scenario eines stationären Pflegefalls der Stufe 3 spiegelt weder das vorrangige Problem noch ist die Kostenbelastung in vielen Fällen korrekt dargestellt. So bezifferte sich der Anteil der vollstationär versorgten Schwerstpflegebedürftigen zum Jahresende 2009 gerade einmal mit 6,3 Prozent aller statistisch erfassten Pflegefälle (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, 21. Februar 2011). Auch die regelmäßig mit 3 200 bis 3 500 Euro bezifferten Gesamtkosten eines vollstationär versorgten Pflegefalls der Stufe 3 umschreiben in vielen Fällen die Alltagsrealität nur unzureichend. So sollten bei der Bemessung der Gesamtkosten auch die Aufwendungen für Nahrungsergänzung, Kleidung, Mani- und Pediküre, als auch Beitragszahlungen zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung, Praxisgebühren, Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln oder tarifliche Selbstbehalte nicht unberücksichtigt bleiben; die Gesamtkosten für einen Pflegefall der Stufe 3 liegen somit deutlich höher. Ungeachtet der tatsächlichen Kosten leistet die soziale beziehungsweise private Pflegepflichtversicherung für einen vollstationären Schwerstpflegefall 1 550 Euro/Monat (§ 15 Abs. 2 Satz Nr. 3. c SGB XI). – Anmerkung: bei begründeten Härtefällen, zum Beispiel bei Apallikern oder im Endstadium einer Krebserkrankung, kann eine Leistung von 1 918 Euro/Monat gewährt werden.

Pflege im häuslichen Umfeld

Die vom Gesetzgeber favorisierte häusliche Pflege und Versorgung von pflegebedürftigen Menschen durch Ehe- und Lebenspartner, Familienangehörige und im Rahmen der Nachbarschaftshilfe (§ 3 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) geht regelmäßig konform mit den Wünschen und Bedürfnissen der Mehrheit der Pflegebedürftigen. Vor allem ältere Menschen verlassen die vertraute Umgebung des eigenen Hauses oder ihrer langjährig bewohnten Wohnung nur äußerst ungern. Mit der im Gesetz verfügbaren vorrangigen Förderung der Laien-

pflege im häuslichen Umfeld folgt der Gesetzgeber somit den Bedürfnissen und Wünschen der Bürger. Ein mit Hilfestellungen durch Angehörige und Nachbarn selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden und die Einbindung in ein soziales Netzwerk gibt vielen pflegebedürftigen Menschen Sicherheit und hilft bei der Bewältigung der neuen Lebenssituation. Die gesicherte finanzielle Abbildung dieses hohen Ziels ist jedoch oftmals weit von der Alltagsrealität entfernt.

Die Leistungsstatistiken unterstreichen die Bedeutung der häuslichen Laienpflege eindrucksvoll. Vor allem pflegebedürftige Personen mit einer erheblichen

(Pflegestufe 1) oder einer schweren Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 2) werden überwiegend im häuslichen Umfeld betreut. Von den im Jahr 2009 erfassten 2,34 Millionen Pflegefällen in Deutschland wurden 1,07 Millionen pflegebedürftige Menschen durch Familienangehörige, Freunde und im Rahmen der Nachbarschaftshilfe im häuslichen Umfeld versorgt. Sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen durch Laienpfleger erfolgt, erbringt die soziale beziehungsweise private Pflegeversicherung nur eine Pflegegeldleistung. Für einen Pflegefall der Stufe 1 beziffert sich der Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen im Fall der häuslichen Pflege durch Familienangehörige, Freunde und

Nur das Schonvermögen ist tatsächlich sicher

Nachdem die Leistungen der sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung für eine Bedeckung der Kosten einer häuslichen, teilstationären oder auch stationären Pflege regelmäßig nicht ausreichen, muss der Pflegebedürftige mit seinen laufenden Einnahmen und Vermögenswerten für den Differenzbeitrag eintreten. Sofern die Differenzkosten mit dem laufenden Einkommen und den Vermögenswerten des Pflegebedürftigen nicht bedeckt werden können, kann der Pflegebedürftige einen Antrag auf Sozialhilfeleistung stellen (§ 19 Abs. 3 SGB XII).

Vor einer möglichen Leistungszahlung des Sozialhilfeträgers muss der Antragsteller jedoch sein gesamtes verwertbares Vermögen einsetzen (§ 90 Abs. 1 SGB XII). Von dem einzusetzenden Vermögen ist nur das sogenannte Schonvermögen auszunehmen. Zum Schonvermögen zählen neben einer angemessenen, selbstgenutzten Immobilie auch der persönliche Hausrat, Familien- und Erbstücke, deren Veräußerung für den Betroffenen eine besondere Härte bedeuten würde, sowie Bücher und Musikinstrumente (§ 90 Abs. 2 SGB XI). Neben Sterbegeldversicherungen und -vorsorgeverträgen sowie staatlich geförderten Zulagenverträgen nach § 10a EStG (= „Riester“-Versicherungen) darf der Antragsteller auch kleinere Barbeträge von bis zu 2 600 Euro ab dem vollendeten 60. Lebensjahr (1 600 Euro bis zum vollendeten 60. Lebensjahr) behalten (Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII). Bei der Verwertung von zum Beispiel Aktien, Fondsanteilen oder Edelmetallen müssen auch Wertverluste in einem vertretbaren Umfang hingenommen werden (Grube & Wahrendorf, SGB XII Kommentar 3. Aufl., § 90 Rz. 23). Sofern die sofortige Veräußerung von Vermögenswerten, zum Beispiel aufgrund vertraglicher Bindungen, nicht möglich ist, kann die Sozialhilfe als Darlehen geleistet werden (§ 91 SGB XII).

Für den Fall, dass der eigene Unterhalt und im Pflegefall die Pflegekosten aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht bestritten werden können, müssen auch eventuelle Schenkungen innerhalb eines Zeitraums von zehn Jahren zurückgefordert werden (§ 528 Abs. 1 und § 529 Abs. 1 Satz 2 BGB). Sofern der Beschenkte das Geschenk nicht zurückgeben kann, zum Beispiel ein zwischenzeitlich bebautes Grundstück, besteht die Möglichkeit, die Rückgabe des Geschenkes durch Zahlung einer Barleistung abzuwenden. Die in Anlehnung an den Pflichtteilergänzungsanspruch vermutete Hemmung des zehnjährigen Fristenlaufs durch ein eingetragenes Nießbrauchrecht des Schenkers, zum Beispiel dem Anspruch auf die Miet- und Pachterträge aus einer verschenkten Immobilie, hat der Bundesgerichtshof nicht bestätigt (BGH, Urteil X ZR 140/10 vom 19. Juli 2011).

Nachbarn mit 235 Euro/Monat. Bei Vorlage der Pflegestufe 2 beziehungsweise 3 erhöht sich das monatliche Pflegegeld auf 440 Euro beziehungsweise 700 Euro (§ 37 Abs. 1 SGB XI). Sofern die Pflege teilweise oder in vollem Umfang durch einen anerkannten Pflegedienst übernommen wird, werden höhere Leistungen bewilligt.

Verpflichtung der Angehörigen zum Pflegeunterhalt ...

Für den Fall, dass der Pflegebedürftige den Differenzbetrag der Pflegekosten mit seinen laufenden Einnahmen und

Vermögenswerten nicht bestreiten kann, hat der Gesetzgeber eine vorrangige Unterhaltspflicht von Ehe- und eingetragenen Lebenspartnern (§ 1608 Abs. 1 BGB) und nachfolgend von Angehörigen in gerader Linie erklärt (§ 1601 BGB); auch eine Unterhaltspflicht von Lebensgefährten in häuslicher Gemeinschaft kann abgeleitet werden (§§ 20 und 36 SGB XII). Die Verpflichtung zum Pflegeunterhalt setzt die Leistungsfähigkeit des Unterhaltspflichtigen, das heißt die Möglichkeit zur Unterhaltszahlung ohne Gefährdung des eigenen Unterhalts, voraus (§ 1603 Abs. 1 BGB). Sofern Familienangehörige in

gerader Linie zum Pflegeunterhalt verpflichtet werden haften Abkömmlinge des Pflegebedürftigen, das heißt Kinder, Enkelkinder und so weiter vor Verwandten der aufsteigenden Linie, Eltern, Großeltern und so weiter (§ 1606 Abs. 1 BGB). Werden mehrere Familienangehörige zum Unterhalt herangezogen, so haften die Unterhaltspflichtigen anteilig in Abhängigkeit ihrer Leistungsfähigkeit (§ 1606 Abs. 3 BGB).

... durch Vermögenskontrollen

Für die Ermittlung der Leistungsfähigkeit muss nicht nur der Unterhaltspflichtige (§ 1605 Abs. 1 BGB), sondern auch sein Ehe- oder Lebenspartner Auskunft über seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse erteilen (§ 117 Abs. 1 und 2 SGB XII, LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil L 20 SO 36/07 vom 9. Juni 2008). Die Bemessung von Unterhaltsleistungen wird unter Berücksichtigung des bereinigten Familieneinkommens, einem Abzug von Freibeträgen (nach den unterhaltsrechtlichen Leitlinien der Oberlandesgerichte: 1 500 Euro/Monat für den Unterhaltspflichtigen, 1 050 Euro/Monat für den Ehe-/Lebenspartner) und des Anteils des Unterhaltspflichtigen am Familieneinkommen ermittelt (BGH, Urteil XII ZR 140/07 vom 28. Juli 2010). Sofern mit den ratierten Zahlungen die Unterhaltspflicht nicht erfüllt werden kann, muss der Unterhaltspflichtige auch einen Teil seiner Vermögenswerte für die Erfüllung seiner Unterhaltsverpflichtung einsetzen.

Private Absicherung des Pflegefallrisikos

In den letzten Jahren haben die deutschen Versicherungsunternehmen eine Vielzahl von Tariflösungen für die Absicherung des persönlichen Pflegefallrisikos vorgestellt. Neben den Pflegekosten- und Pflegegeldtarifen der privaten Krankenversicherer und den Pflegerententartifen der Lebensversicherungsgesellschaften werden eine Fülle alternativer Versicherungslösungen, wie zum Beispiel Unfallversicherungen mit Leistungen im Pflegefall, Demenz- und Assistanceversicherungen, angeboten. Für den Laien ist ein objektiver Vergleich dieser inhaltlich oftmals sehr unterschiedlichen Tarife äußerst schwierig bis nahezu unmöglich. Eine detaillierte Be-

SGB oder ADL? – Feststellung des Leistungsanspruchs richtungsweisend

Ein wichtiges Kriterium ist die Definition des Pflegebegriffs im Sinne der Versicherungsbedingungen. In den Musterbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegegeldversicherung) hat der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. einen eigenen Bewertungsmaßstab für die Bemessung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit eines Versicherten beziehungsweise die Zuordnung einer Pflegestufe vorgelegt (§ 1 Abs. 5 und 6 MB/EPV 2009). Die meisten privaten Krankenversicherungsgesellschaften anerkennen eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinn (§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beziehungsweise die Medicproof GmbH als Grundlage für einen Leistungsanspruch des Versicherten im Pflegefall. Einige wenige Versicherer bestehen indes auf einer Befundung und Feststellung der Pflegebedürftigkeit des Versicherten durch eigene, das heißt von dem Versicherungsunternehmen angestellte oder beauftragte Ärzte. Sofern der Versicherte sich einer derartigen Untersuchung verweigert, kann das Versicherungsunternehmen frei von seiner Leistungsverpflichtung sein.

Im Gegensatz zur ergänzenden Pflegekrankenversicherung bewerten die meisten Lebensversicherer den Umfang der Pflegebedürftigkeit des Versicherten auf der Grundlage des ADL-Punktesystems (ADL = activities of daily living). Mithilfe des ADL-Punktecatalogs können dabei verlustige (Grund-)Fähigkeiten des pflegebedürftigen Versicherten erfasst, in der Zusammenschau der Umfang der Pflegebedürftigkeit bemessen und die Einstufung in eine von drei Pflegestufen vorgenommen werden. Während die Begründer des ADL-Modells, Virginia Henderson (USA) und Nancy Roper (UK), für die Bewertung der Pflegebedürftigkeit eines Menschen 15 und später 14 Kriterien (Modell der 14 Grundbedürfnisse) definierten, wurde die Zahl der ADL-Kriterien von anderen Autoren reduziert. In der Pflegerentenversicherung werden regelmäßig die verbliebene Eigenständigkeit beziehungsweise der Verlust der Fähigkeit des Versicherten zur Mobilität, dem An- und Auskleiden, der Einnahme von Mahlzeiten und Getränken, der Körperpflege, dem Baden und Duschen sowie dem Verrichten der Notdurft untersucht. Der Verlust einer dieser Grundfähigkeiten wird mit einem ADL-Punkt bewertet und der Umfang der Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit von der Anzahl der ADL-Punkte festgelegt. Während die meisten Lebensversicherungsunternehmen einen einheitlichen ADL-Katalog für die Bewertung der Pflegebedürftigkeit anwenden, fallen die Zuordnungen der Pflegestufen basierend auf der Anzahl der ADL-Punkte auseinander. Die Einstufung eines Versicherten in die Pflegestufe 3 kann somit bei einem Versicherungsunternehmen bereits mit fünf ADL-Punkten erfolgen, während ein anderer Versicherer für die Anerkennung der Schwerstpflegebedürftigkeit sechs ADL-Punkte voraussetzt.

trachtung der versicherten Leistungen und der Vertragsgrundlagen im Vorfeld ist jedoch anzuraten, da einige Tariflösungen im Leistungsfall für den Versicherungsnehmer die eine oder andere Überraschung bereithalten. Aussagekräftige Leistungsparameter wie zum Beispiel der Pflegebegriff im Sinne der Versicherungsbedingungen, eine zeitliche Befristung der Versicherungsdauer, ein versichererseitiges Kündigungsrecht, Leistungen bei häuslicher Laienpflege oder einer demenziellen Erkrankung des Versicherten, die Befreiung von der Beitragspflicht im Pflegefall oder eine Sofortleistung des Versicherers bei Eintritt nachgewiesener Pflegebedürftigkeit, sollten daher immer geprüft werden.

Vorteile durch das best-of-both-Prinzip

Bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist es für den Versicherten von Vorteil, wenn das Versicherungsunternehmen neben einer Einstufung der Pflegebedürftigkeit auf der Grundlage des ADL-Punktecatalogs auch die auf den sozialrechtlichen Bestimmungen basierende Zuordnung einer Pflegestufe durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) beziehungsweise die Medicproof GmbH als gleichwertige Voraussetzung für die Begründung eines Leistungsanspruchs des Versicherten zulässt. Nach diesem best-of-both-Prinzip kann der Versicherte somit die Grundlagen für den Nachweis und den Umfang seiner Pflegebedürftigkeit frei wählen. Sofern eine Pflegeeinstufung durch den MDK oder die Medicproof GmbH bereits vorliegt, kann der Leistungsanspruch gegenüber dem privaten Versicherer mit der dokumentierten Pflegestufe begründet werden. Alternativ kann ungeachtet eines schwebenden Verfahrens oder einer negativen Bescheidung der gesetzlichen Pflegekasse beziehungsweise der privaten Pflegepflichtversicherung ein Leistungsantrag beim privaten Pflegeversicherer gestellt werden.

Kaum absehbar – die Entwicklung des Versicherungsbeitrags

Nachdem die Möglichkeit einer die gesetzliche Pflegepflichtversicherung flankierenden Absicherung des persönlichen Pflegefallrisikos in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung ge-

wonnen hat und die Versicherungsunternehmen vermehrt private Pflegeversicherungsstarife anbieten, stellt sich vor dem Hintergrund neuer und vielseitiger Tariflösungen auch die Frage nach der finanziellen Planungssicherheit. Bei den Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherungstarifen haben die privaten Krankenversicherer bei einem Missverhältnis von Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben die Möglichkeit der Beitragsanpassung (§ 203 Abs. 2 VVG). Nicht wenige Versicherte privater Krankenversicherungsunternehmen kennen und fürchten die Periodizität von Beitragserhöhungen. Mit der Regelmäßigkeit eines Schweizer Uhrwerks haben nicht wenige private Krankenversicherungsunternehmen in den letzten Jahren und Jahrzehnten zum Beginn des neuen Kalenderjahres die Informationen über die Kostensteigerungen versendet. Nachdem ein privates Krankenversicherungsunternehmen bei Aufnahme eines neuen Kunden das gesundheitliche Risiko des Antragstellers prüfen kann, folgt die Welle der Leistungsausgaben zeitversetzt, sodass die Nachhaltigkeit der Beitragskalkulation beziehungsweise das Erfordernis einer Beitragsanpassung für einen neuen Tarif zumeist erst nach einigen Jahren geprüft werden kann und muss. Mit Blick auf das Eintrittsalter der Antragsteller und das Höchstaufnahmearter in der ergänzenden Pflegekrankenversicherung wird die Beitragsentwicklung in der Pflegekosten- und der Pflegetagegeldversicherung erst in den nächsten Jahren einzuschätzen sein, da die Mehrheit der Versicherten aktuell noch nicht die Altersgruppen mit einem steigenden Pflegerisiko erreicht hat.

Planungssicherheit allenfalls durch garantierten Tarifbeitrag

Im Gegensatz zu den Krankenversicherungsunternehmen müssen die Lebensversicherer mit garantierten Tarifbeiträgen kalkulieren. Der Tarifbeitrag kann um die laufende Gewinnbeteiligung gemindert und somit ein niedrigerer Zahlbeitrag ausgewiesen werden. Auch wenn die Gewinnbeteiligung durch das Versicherungsunternehmen nicht garantiert werden darf, legt der Tarifbeitrag eine Kostenbegrenzung nach oben fest und gibt dem Versicherungskunden eine finanzielle Planungssicherheit. Eine Erhöhung des Tarifbei-

trages oder eine Minderung der tariflichen Leistungen bei unverändertem Beitrag ist nur im Ausnahmefall möglich (§ 163 Abs. 1 und 2 VVG – vormals: § 172 Abs. 1 VVG a. F.). Von der Möglichkeit einer Beitragserhöhung oder Minderung der tariflichen Leistungen hat in den letzten Jahrzehnten kein Lebensversicherungsunternehmen Gebrauch gemacht.

Pflegekosten- und Pflegerenten-Versicherung unterscheiden

Während der Beitrag zu einer Pflegekosten- beziehungsweise einer Pflegetagegeldversicherung nur als laufender Beitrag entrichtet werden kann, besteht in der Pflegerentenversicherung neben der Möglichkeit der ratierlichen Prämienzahlung auch die Alternative, den gewünschten Versicherungsschutz gegen Einmalbeitrag abzubilden. Vor allem Kunden der Altersgruppe 60+ können zum Beispiel Kapitalleistungen aus ablaufenden Lebensversicherungsverträgen für die Einrichtung einer Pflegerentenversicherung nutzen. Sofern im Rahmen der Pflegerentenversicherung auch eine Leistung im Todesfall der versicherten Person mitversichert werden kann, wird der eingesetzte Einmalbeitrag für die Hinterbliebenen gesichert. Bei der Mitversicherung einer Todesfallleistung sollte jedoch darauf geachtet werden, dass der Versicherer diese Versorgungsleistung auch nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person erbringen muss.

Sofern die Beitragszahlung zu einer Pflegerentenversicherung ratierlich erfolgt, besteht auch bei einer Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages nach einigen Jahren ein anteiliger Versicherungsschutz. Die beitragsfreie Pflegerente bei Einstellung der laufenden Beitragszahlung ist ein wichtiger Vorteil gegenüber den Krankenversicherungstarifen. Wird die Beitragszahlung zu einer Pflegekosten- beziehungsweise Pflegetagegeldversicherung vom Versicherungsnehmer eingestellt, so erlischt der Versicherungsschutz und der Vertrag wird beendet.

Steuerrechtliche Stolperfalle Pflegeoption

Als Alternative zur selbstständigen Pflegerentenversicherung werden auf dem

Markt zum Beispiel auch Rentenversicherungstarife mit einer Pflegeoption angeboten. Bei diesem Vertragsmodell kann der Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss zwischen einer Auszahlung der Versicherungsleistung als einmaligem Kapitalbetrag, einer lebenslangen Altersrentenzahlung und einer Rentenleistung wegen nachgewiesener Pflegebedürftigkeit wählen. Sofern der Versicherungsvertrag nach dem 31. Dezember 2004 geschlossen wurde, ist dabei jedoch die Neuregelung der steuerrechtlichen Behandlung von Kapitalversicherungen zu beachten.

Sofern die Auszahlung einer Pflegerente nicht fakultativ, sondern nur optional anstelle einer Kapitalleistung oder einer Altersrentenzahlung vereinbart wurde, gilt die Kapitalleistung des Versicherungsvertrages als dem Versicherungsnehmer zugeflossen und muss versteuert werden (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG).

Der Versicherungsnehmer muss somit bei Wahl der Pflegeoption entweder die Steuerschuld als zusätzliche Barleistung begleichen oder einen Teil der Kapitalleistung seines Versicherungsvertrages für den Ausgleich der Forderung des Fiskus aufwenden; in diesem Fall würde sich nicht nur die Kapitalleistung des

Versicherungsvertrages, sondern auch die daraus zu generierende Pflegerentenleistung reduzieren.

Sofortleistung bei Pflegebedürftigkeit

Für viele Versicherte und ihre Familienangehörigen kommt eine Pflegebedürftigkeit als überraschender Schicksalsschlag. Eine komplizierte Fraktur als Folge eines Sturzes, ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall können das Leben des Betroffenen und seiner Angehörigen in kürzester Zeit grundlegend verändern. Im bisherigen Alltag unbemerkte räumliche Unzulänglichkeiten mutieren plötzlich zu unüberwindbaren Barrieren. Die Treppe im Eingangsbereich oder zur nächsten Wohneinheit, die für einen Rollstuhl zu schmale Zimmertüre und der Einstieg in die Dusche oder Badewanne markieren für viele Betroffene die Stationen eines täglichen Hindernisparcours. Mit einer Verbreiterung von Durchgängen und Türen, der Installation eines Treppenlifts und dem behindertengerechten Umbau zum Beispiel des Sanitär- und Schlafbereichs können die Voraussetzungen für eine Pflege in der gewohnten Umgebung oftmals gesichert werden. Die Kosten für derartige Umbaumaßnahmen und eine behindertengerechte Einrichtung saldieren

sich jedoch schnell im fünfstelligen Zahlenbereich. Für eine anteilige Kostenbedeckung kann bei der sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung ein Antrag auf Leistungen für Pflegehilfsmittel und einen finanziellen Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gestellt werden (§ 40 Abs. 1 bis 4 SGB XI).

Die Leistungszahlungen der Pflegepflichtversicherung können mit einer Sofortleistung aus einer Pfl egetagegeld- oder Pflegerentenversicherung aufgestockt und eine anteilige bis vollständige Kostenbedeckung gesichert werden. Die Tarifleistungen für eine zusätzliche Einmalzahlung bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit fallen im Tarifvergleich weit auseinander. So kann die Bemessung der Sofortleistung auf die dem Versicherten zuerkannte Pflegestufe oder auch generell auf die Pflegestufe 3 abgestellt werden. Unterstellt man beispielsweise ein versichertes Pfl egetagegeld von 50 Euro/Tag beziehungsweise eine versicherte Pflegerente von 1 500 Euro/Monat für eine Pflegebedürftigkeit der Stufe 3 und einen tariflichen Leistungsanspruch des Versicherten von 40 Prozent bei Pflegestufe 1, so beziffert sich die mögliche Sofortleistung in Abhängigkeit vom gewählten Versicherer beziehungsweise Tarif in einer Bandbreite von 200 Euro bis 9 000 Euro.

Steuerrechtliche Behandlung von Beitrags- und Leistungszahlungen

Bei den Beitragszahlungen zur Pflegeversicherung muss zwischen den Prämienaufwendungen zur sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung und den Beiträgen zu einer ergänzenden Pflegeversicherung (Pflegekosten-, Pfl egetagegeld- und Pflegerentenversicherung) unterschieden werden. Während die Beiträge zur sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung im Rahmen des Sonderausgabenabzugs in vollem Umfang geltend gemacht werden können (§ 10 Abs. 1 Nr. 3. b) EStG), werden die Prämien zu einer ergänzenden Pflegeversicherung den weiteren Vorsorgeaufwendungen zugerechnet (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a. EStG). Der Abzug von Vorsorgeaufwendungen wird für Arbeitnehmer und Beamte auf 1 900 Euro/Jahr und für Selbstständige und Freiberufler auf 2 800 Euro/Jahr begrenzt (§ 10 Abs. 4 Satz 1 und 2 EStG). Sofern die als Sonderausgaben abzugsfähigen Beiträge zur gesetzlichen beziehungsweise privaten Krankenversicherung und zur sozialen beziehungsweise privaten Pflegepflichtversicherung die Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen von 1 900 Euro/Jahr beziehungsweise 2 800 Euro/Jahr übersteigen, verpufft der zusätzliche Abzug von Vorsorgeaufwendungen (zum Beispiel Beiträge zu einer Berufsunfähigkeits-, Dread-Disease- oder auch ergänzenden Pflegeversicherung – § 10 Abs. 4 Satz 4 EStG).

Bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit des Versicherten können sowohl die Leistungszahlungen der sozialen beziehungsweise der privaten Pflegepflichtversicherung als auch Versicherungsleistungen aus Pflegekosten-, Pfl egetagegeld- und Pflegerentenversicherungen steuerfrei vereinnahmt werden (§ 3 Nr. 1a EStG).

Leistungen bei häuslicher Pflege

Der Versicherungsschutz für die häusliche Pflege durch Laienpfleger wird vor allem von vielen Krankenversicherungsunternehmen höchst stiefmütterlich behandelt. In vielen Versicherungsbedingungen wird ein Leistungsanspruch für den Fall einer häuslichen Pflege des Versicherten durch Familienangehörige, Freunde und Nachbarn entweder vollständig ausgeschlossen oder mit deutlich reduzierten Tarifleistungen „abgestraft“. Der für den Fall einer häuslichen Pflege des Versicherten (nicht) gewährte Versicherungsschutz läuft damit in vielen Fällen der gleichermaßen vom Gesetzgeber und mehrheitlich von den pflegebedürftigen Versicherten favorisierten Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld konträr entgegen.

Während in den Versicherungsbedingungen von vielen Pflegekosten- und

Pflegetagegeldtarifen zwischen einer häuslichen Laienpflege und einer Pflegeversorgung durch ambulante Pflegedienste unterschieden wird, entfällt eine derartige Differenzierung regelmäßig in der Pflegerentenversicherung. Unterschiede finden sich indes in der prozentualen Leistungsbemessung für die verschiedenen Pflegestufen; hierbei markiert eine Versicherungsleistung von 25 Prozent der versicherten Pflegerente bei Vorlage der Pflegestufe 1 das untere Ende der Leistungsskala.

Sorgenkind Demenzpatient

Die kontinuierliche Überalterung unserer Gesellschaft rückt das Problem demenzieller Erkrankungen zunehmend in den Vordergrund. Neben anderen Risikofaktoren, wie zum Beispiel cardio-vaskuläre Erkrankungen, Übergewicht, Diabetes oder Nikotinabusus, stellt vor allem ein hohes Lebensalter ein potenzielles Demenzrisiko dar. Das alterskorrelierte Auftreten von demenziellen Erkrankungen lässt sich mit gesicherten Daten vor allem in den Gesellschaften Europas, Kanadas, Japans, Australiens, Neuseelands und den USA nachweisen.

Sofern die pflege- beziehungsweise betreuungsbedürftige Person an einer demenziellen Erkrankung leidet, die Zuordnung einer Pflegestufe jedoch aufgrund eines ansonsten guten Gesundheitszustandes nicht möglich ist, können Leistungen für eine Betreuung und Beaufsichtigung des Patienten beantragt werden (§ 45a SGB XI). Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung für diesen in der Literatur mit der „Pflegestufe 0“ umschriebenen Personenkreis sind auf einen Grundbetrag von 100 Euro/Monat und in schweren Fällen auf einen erhöhten Betrag von 200 Euro/Monat (§ 45b Abs. 1 Satz 2 SGB XI) begrenzt. In der Alltagspraxis zeigt sich sehr schnell, dass vor allem bei langjährigen Pflegefällen die tatsächlichen Aufwendungen mit den Leistungen der Pflegepflichtversicherung nicht bedeckt werden können.

Mitversicherung des Demenzrisikos

In der Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung wird das Risiko einer Pflege- oder Betreuungsbedürftigkeit für den Fall einer demenziellen Erkrankung

oftmals nicht mitversichert. Sofern das Risiko der demenziellen Erkrankung mitversichert wird, erhalten Versicherte mit der „Pflegestufe 0“ maximal die Tarifleistungen der Pflegestufe 1. In der Pflegerentenversicherung wird das Demenzrisiko deutlich höher bewertet und regelmäßig die Tarifleistungen für einen Pflegefall der Stufe 2 ausbezahlt. Leistungsvoraussetzung ist in allen Fällen ein fachärztlich diagnostizierter Demenzgrad der Stufe 5 auf der Global Deterioration Scale nach Reisberg (GDS 5). Premium-Pflegerententariife gewähren bei einem fachärztlichen Nachweis eines Demenzgrads der Stufe 7 (GDS 7) die Tarifleistungen für einen Pflegefall der Stufe 3.

Wartezeiten und Kündigungsrechte des Versicherers prüfen!

Sowohl in der Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung als auch in der Pflegerentenversicherung kann eine tarifliche Wartezeit, das heißt ein für den Versicherer leistungsfreier Versicherungszeitraum, vereinbart werden. Während die mögliche Wartezeit in der Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung in den Musterbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung auf drei Jahre beschränkt ist (§ 3 Abs. 2 MB/EPV 2009) und ein versichererseitiges ordentliches Kündigungsrecht ausgeschlossen wird (§ 14 Abs. 1 MB/EPV 2009), fehlt mangels verbindlicher Musterbedingungen für die Pflegerentenversicherung eine übergreifende und einheitliche Regelung der Wartezeiten und Kündigungsrechte. Bei der Prüfung der Wartezeiten in der Pflegerentenversicherung sollte daher auch eine mögliche Umwidmung der Wartezeit in eine Beobachtungszeit durch den Versicherer geprüft werden. In diesen Fällen sehen die Versicherungsbedingungen, zum Beispiel bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit des Versicherten in den ersten fünf Jahren ab Versicherungsbeginn, ein Kündigungsrecht des Versicherers in Verbindung mit einer rückwirkenden Vertragsaufhebung ab Beginn vor. Mit Blick auf eine zu diesem Zeitpunkt vorliegende Pflegebedürftigkeit des (gekündigten) Versicherten lässt sich in dieser Situation sicherlich kein anderweitiger Versicherungsschutz mehr abbilden. Ein genereller Verzicht des Versicherers auf Wartezeiten und auf das Recht der or-

dentlichen Kündigung sollte daher als wichtiger Parameter bei der Bewertung von Pflegerententariifen berücksichtigt werden.

Absicherung des Risikos Pflegefall zum Vermögensschutz

Der Eintritt der Pflegebedürftigkeit markiert in vielen Fällen einen neuen, nachhaltig veränderten Lebensabschnitt. Der zumindest teilweise Verlust einer in allen Punkten selbstbestimmten Lebensführung und das Erfordernis regelmäßiger Hilfeleistungen durch Dritte kann mit der pflegerischen Betreuung im häuslichen Umfeld durch Familienangehörige oder im Fall einer stationären Pflegebedürftigkeit durch die Privatsphäre eines eigenen Appartements nachhaltig abgemildert und die Wahrung persönlicher Lebensgewohnheiten gesichert werden. Die versicherungsförmerige Absicherung eines möglichen Pflegefalls stellt damit nicht nur eine wichtige Investition zur Sicherung eines würdevollen Pflegealltags, sondern auch ein wichtiges Vorsorgeinstrument zur eigenen Vermögenssicherung und zur Unterhaltsentlastung der Familienangehörigen dar.

V&S