

Der Pflegefall

Wann besteht eine leistungspflichtige Pflegebedürftigkeit?

Mit Blick auf die Überalterung der deutschen Bevölkerung und die demografische Parallelverschiebung hatte der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit die soziale bzw. private Pflegepflichtversicherung in Deutschland zum 1.1.1995 eingeführt. Auch nach der letzten Reform der Pflegepflichtversicherung durch das Pflegestärkungsgesetz (1. Stufe) zum 1.1.2015 kommt diesem sozialen Sicherungsinstrument nur eine Teilkaskofunktion zu, d. h. die laufenden Kosten eines Pflegefalls können mit den Leistungen der Pflegepflichtversicherung regelmäßig nicht gedeckt werden.



Alexander Schrehardt
Geschäftsführer
Consilium Beratungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung mbH

Eine präventive, die soziale bzw. private Pflegepflichtversicherung flankierende Absicherung des Pflegefallrisikos ist vor allem im Interesse der eigenen Vermögenssicherung und einer damit verbundenen finanziellen Unabhängigkeit als Garant für ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben, aber auch mit Blick auf mögliche Unterhaltsverpflichtungen von Familienangehörigen zu überdenken.

Wie im Fall der Arbeits- und der Berufsunfähigkeit, so wird auch der Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht einheitlich ausgelegt, d. h. die Definition einer leistungspflichtigen Pflegebedürftigkeit und die Voraussetzungen für eine Auszahlung der Leistungen im Pflegefall werden vor allem in den Versicherungsbedingungen zu privaten Versicherungsverträgen teilweise sehr unterschiedlich gefasst. Der vorliegende Beitrag sowie ein weiterer im Experten Report 06/15 widmen sich daher einer vergleichenden Betrachtung des Begriffs der (leistungspflichtigen) Pflegebedürftigkeit. →

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sozialrecht

Nachdem in vielen Versicherungsbedingungen der Begriff und die Bemessung einer Pflegebedürftigkeit auf die sozialrechtliche Definition nach § 14 SGB XI und die vom Gesetzgeber in § 15 SGB XI festgelegten Pflegestufen abgestellt werden, sollen die sozialrechtlichen Grundlagen nachfolgend dargestellt werden:

Nach § 14 SGB XI liegt eine Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung voraussichtlich für eine Dauer von mindestens sechs Monaten bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Alltag der Hilfestellung einer anderen Person bedarf. Der Gesetzgeber erläutert dabei in § 14 Abs. 2 SGB XI auch die Begrifflichkeiten der Krankheiten und Behinderungen als

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Unter den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen subsummiert der Gesetzgeber in § 14 Abs. 3 SGB XI:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Auf der Grundlage der krankheits- oder unfallbedingten Defizite des Versicherten bei z. B. der Mobilität, der Körperpflege und der Eigenständigkeit beim An- und Auskleiden bemessen der Medizinische Dienst der Krankenkassen, der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaften und die MedicProof GmbH den erforderlichen Hilfebedarf und ordnen den Versicherten in Abhängigkeit vom zeitlichen Umfang der Hilfebedürftigkeit einer Pflegestufe zu.

Für die Anerkennung einer erheblichen Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 1) beträgt der Zeitaufwand der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung mindestens 90 Minuten/Tag. Während bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 für die Gewährung einer Leistungszahlung durch die Pflegekasse bzw. den privaten Krankenversicherer eine einmalige Versorgung an jedem Kalendertag ausreichend ist, wird für die Anerkennung der Pflegestufe 2 mindestens dreimal täglich eine pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung mit einem Zeitaufwand von mindestens 180 Minuten/Tag gefordert. Für einen pflegebedürftigen Versicherten der Pflegestufe 3 muss ein pflegerischer und hauswirtschaftlicher Hilfebedarf von mindestens 300 Minuten/Tag nachgewiesen und eine Versorgung rund um die Uhr, d. h. auch während der Nachtstunden, sichergestellt werden.

Die imaginäre „Pflegestufe 0“

Während sich der Begriff der „Pflegestufe 0“ in der privaten Versicherungswirtschaft etabliert und in viele Bedingungswerke Eingang gefunden hat, sucht man die „Pflegestufe 0“ im Sozialgesetzbuch XI vergeblich. Der Gesetzgeber hat vielmehr in § 45a Abs. 1 SGB XI den Personenkreis der Versicherten, die aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen betreuungsbedürftig sind, umschrieben. Die Beurteilung einer leistungspflichtigen Betreuungsbedürftigkeit erfolgt dabei auf der Grundlage einer möglichen Weglauftendenz, der Unfähigkeit zur eigenen Tagesplanung, der potenziellen Gefährdung der eigenen oder dritter Personen und anderer in § 45a Abs. 2 SGB XI gelisteter Kriterien.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass eine anerkannte Betreuungsbedürftigkeit aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen sowohl ohne als auch in Verbindung mit einer Pflegebedürftigkeit i. S. von §§ 14 und 15 SGB XI möglich ist. Bei dem Zusammentreffen einer anerkannten Pflege- mit einer Betreuungsbedürftigkeit des Versicherten besteht dabei ein paralleler Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach § 36 ff. SGB XI mit seit dem 1.1.2013 erhöhten Leistungen nach § 123 Abs. 3 und 4 SGB XI für die Pflegestufen 1 und 2 sowie auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b Abs. 1 SGB XI. Sofern dem Versicherten nur eine Betreuungs- und keine Pflegebedürftigkeit zuerkannt wird, räumt der Gesetzgeber seit dem 1.1.2013 neben den Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b Abs. 1 SGB XI im Rahmen einer Übergangslösung auch einen Anspruch auf Pflegegeld-, Pflegesach- oder Kombinationsleistungen nach § 123 SGB XI ein.



Versicherungslösungen für die Absicherung des Pflegefalls

Aufgrund des Anforderungsprofils einer prosperierenden Zielgruppe in einer überalternden Gesellschaft hatten deutsche Versicherungsgesellschaften bereits Jahre vor der Einführung der Pflegepflichtversicherung Versicherungslösungen für eine private Absicherung des Pflegefallrisikos vorgestellt. Seit Einführung der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung zum 1.1.1995 haben die deutschen Versicherer einen bunten Strauß aus alternativen Vorsorgelösungen für den Pflegefall gebunden. Im Wettbewerb konkurrieren die Versicherungsgesellschaften oftmals mit auf den ersten Blick aus Kundensicht attraktiven Zusatzleistungen, wie z. B. Hilfestellungen bei der Vermittlung eines ambulanten Pflegedienstes oder bei der Unterbringung eines pflegebedürftigen Angehörigen in einem Pflegeheim. Bei einer kritischen Inhaltsprüfung von Versicherungsbedingungen sollten derartige tarifliche Geschenkverpackungen jedoch hinten angestellt und vorrangig die vertraglichen Grundlagen für eine Leistungspflicht des Versicherers im Fall einer Pflegebedürftigkeit des Versicherten auf den Prüfstand gestellt werden. Vor allem die einen Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person begründende Pflegebedürftigkeit sollte genau geprüft werden, da der Begriff der Pflegebedürftigkeit, wie auch die eine Auszahlung von Kranken(tage)geld begründende Arbeitsunfähigkeit oder eine leistungspflichtige Berufsunfähigkeit eines Versicherten, im Arbeits-, Sozial- und Zivilrecht eine sehr unterschiedliche Auslegung erfahren können.

Der Tarifbogen der im deutschen Versicherungsmarkt angebotenen Vorsorgelösungen für eine Absicherung des persönlichen Pflegefallrisikos ist weit aufgespannt und neben den Klassikern Pflegekosten-, Pflegetagegeld- und Pflegerentenversicherung werden auch Berufsunfähigkeits-, Dread-Disease-, Unfall- und Rentenversicherungen als Vorsorgeinstrumente für den Fall einer Pflegebedürftigkeit angeboten. Eine vergleichende Betrachtung der Versicherungsbedingungen dieser alternativen Tariflösungen ist dabei im Rahmen einer qualifizierten Kundenberatung durch den Versicherungsmakler zwingend erforderlich.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit in der Berufsunfähigkeitsversicherung

In den Versicherungsbedingungen von selbstständigen und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen wird die einen Leistungsanspruch begründende Berufsunfähigkeit regelmäßig als ein aus Krankheit, Unfall oder einem (mehr als altersentsprechenden) Kräfteverfall resultierender Verlust von mindestens 50 % der beruflichen Leistungsfähigkeit der versicherten Person für eine Dauer von mindestens sechs Monaten definiert. Flankierend zu der auf einen (anteiligen) Verlust der beruflichen Leistungsfähigkeit der versicherten Person abgestellten Definition wird vor allem in den Versicherungsbedingungen von Premiumtarifen eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit auch für den Fall einer nachgewiesenen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person anerkannt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Versicherungsbedingungen von BUZ-Tarifen der Versorgungsschicht 1 und 3 regelmäßig auseinanderfallen und ein Anspruch auf eine Leistungszahlung aus einer in Verbindung mit einer Basis-Rentenversicherung abgebildeten Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit einer Pflegebedürftigkeit der versicherten Person meistens nicht begründet werden kann. →



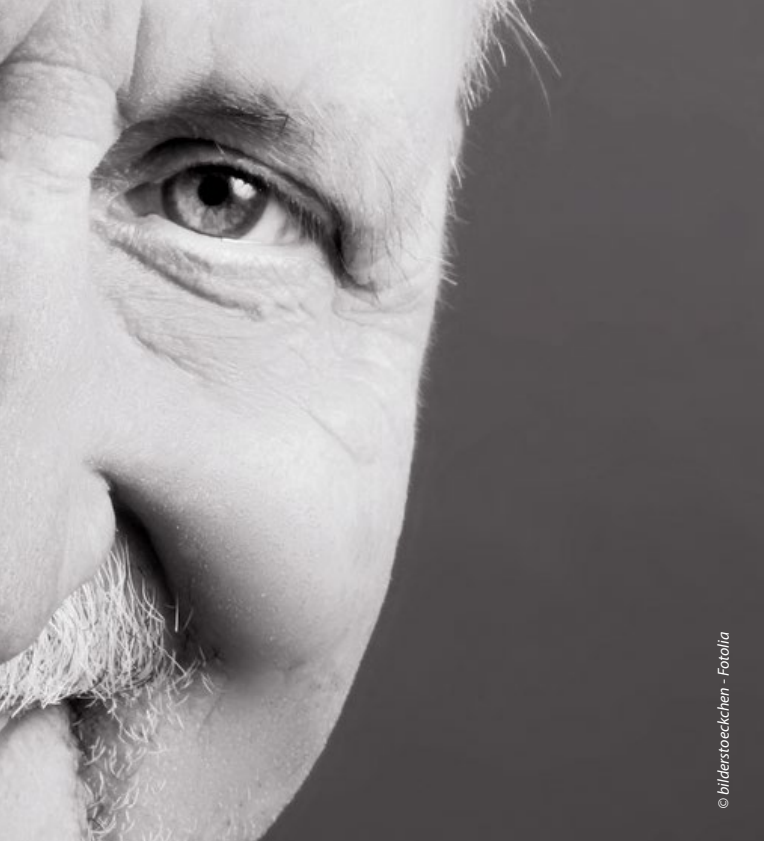
Der Begriff der leistungspflichtigen Berufsunfähigkeit wird also in der Versorgungsschicht 1 enger ausgelegt als in der Versorgungsschicht 3. In seinem Schreiben vom 24.6.2013 führte das Bundeszentralamt für Steuern aus, dass sich die Leistungen der privaten Basisversorgung an den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung orientieren sollen. Die Absicherung von Leistungen für den Fall einer Pflegebedürftigkeit des Steuerpflichtigen (= Versicherungsnehmer, versicherte Person und Beitragszahler in Personenidentität) ist in Verbindung mit einem steuerlich geförderten Rentenversicherungsvertrag der Versorgungsschicht 1 somit nicht zulässig. Das Bundeszentralamt für Steuern räumt jedoch die Möglichkeit des Nachweises einer leistungspflichtigen Minderung der Erwerbsfähigkeiten aufgrund Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers ein (§ 2 Abs. 1 Nr. 16 und 17 des Schreibens vom 24.6.2013); ungeachtet der Zulässigkeit dieser Form des Nachweises eines Leistungsanspruchs ist eine entsprechende Regelung in den Versicherungsbedingungen zu Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen i. V. mit einer Basis-Rentenversicherung mehrheitlich nicht zu finden.

Sofern der Nachweis einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit der versicherten Person in den AVB von SBU-/BUZ-Tarifen geregelt wird, besteht zumeist ein Leistungsanspruch mit Eintritt einer erheblichen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person (= Pflegestufe 1). Die Beurteilung und die Bemessung der Pflegebedürftigkeit erfolgen dabei üblicherweise auf der Grundlage eines ADL-Punktecatalogs (ADL = activities of daily living), d. h. basierend auf dem (teilweisen) Verlust der Fähigkeit, die üblichen Verrichtungen des täglichen Lebens alleine und damit nur mit Hilfestellung einer anderen Person zu verrichten, wird der Grad der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person bemessen und in der Folge der Leistungsanspruch beurteilt. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der sogenannte „ADL-Katalog“ keine einheitlich definierte Maßeinheit darstellt und auch die Zuordnung der Pflegestufen zu den ermittelten ADL-Punkten in den Versicherungsbedingungen der verschiedenen Lebensversicherungsgesellschaften teilweise unterschiedlich erfolgt.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit in der Dread-Disease-Versicherung

Auch in den Versicherungsbedingungen vieler Dread-Disease-Tarife wird eine Pflegebedürftigkeit der versicherten Person als leistungspflichtiges Ereignis gelistet. Bei der vergleichenden Betrachtung der Bedingungswerke sollten allerdings der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Leistungsvoraussetzungen im Detail geprüft werden. Für die Beurteilung einer leistungspflichtigen Pflegebedürftigkeit und die Einstufung des Grades der Pflegebedürftigkeit findet auch in vielen Dread-Disease-Tarifen ein ADL-Katalog Anwendung. Bei einer genauen Analyse der Versicherungsbedingungen fällt auf, dass eine Leistungspflicht des Versicherers ab Pflegestufe 1, d. h. ab einem Hilfebedarf bei drei von sechs Verrichtungen des täglichen Lebens, dem Überbegriff „Abhängigkeit von einer dritten Person“ unter Verzicht auf den ausweislichen Begriff der Pflegebedürftigkeit unterstellt wird. Wichtig und gleichzeitig vorteilhaft für den Versicherungsnehmer ist in diesem Zusammenhang die konkrete Benennung eines Zeitraums von z. B. sechs Monaten für die notwendige Inanspruchnahme der Hilfe eines Dritten durch die versicherte Person und damit die Begründung des Leistungsanspruchs.

Sofern der Versicherer den Nachweis der Pflegebedürftigkeit bzw. einer leistungspflichtigen Pflegestufe auf der Grundlage der sozialrechtlichen Auslegung von Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) bzw. der sozialrechtlichen Definition der Pflegestufen (§ 15 Abs. 1 und 3 SGB XI) einräumt und die Vorlage eines Leistungsbescheids der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung für seine Leistungspflicht anerkennt, vereinfacht diese kundenfreundliche Regelung sowohl für den Versicherer als auch für den Versicherungsnehmer die Bearbeitung eines Leistungsfalls. Bei der Prüfung der Voraussetzungen für eine Auszahlung der Versicherungsleistung im Pflegefall sollten in den Versicherungsbedingungen von Dread-Disease-Versicherungen auch eventuelle Altersgrenzen sowie ein möglicherweise tariflich geregeltes Erfordernis der ergänzenden Vereinbarung für eine Absicherung des Pflegefallrisikos beachtet werden.



Leider findet sich nicht in allen Versicherungsbedingungen eine eindeutige Definition einer leistungspflichtigen Pflegebedürftigkeit basierend auf der sozialrechtlichen Auslegung oder unter Berücksichtigung des von Lebensversicherungsgesellschaften zumeist berücksichtigten, sechs Kriterien umfassenden ADL-Punktecatalogs. Einige Versicherungsunternehmen rücken in ihren Versicherungsbedingungen ausdrücklich von den ADL-Bewertungsgrundlagen ab. Im Fall einer oberflächlichen Betrachtung der Versicherungsbedingungen werden die Besonderheiten eines Bedingungswerkes unter Umständen übersehen, wie am nachfolgenden Beispiel von in Auszügen dargestellten Versicherungsbedingungen verdeutlicht werden soll:

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person aus ausschließlich gesundheitlichen Gründen bei den unten beschriebenen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, selbst bei Verwendung spezieller Geräte oder Ausrüstungen, voraussichtlich dauernd und in erheblichem Maß (mehr als drei Stunden täglich) fremder Hilfe bedarf. Gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens sind:

- Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Blasen- und Darmentleerung
- Ernährung: mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung
- Mobilität: selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
- Hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigung der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen der Wohnung.

Auf den ersten Blick könnte man vermuten, dass auch dieses Versicherungsunternehmen eine leistungspflichtige und den Grad der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person basierend auf dem regelmäßig in Bedingungswerken anzutreffenden ADL-Punktecatalog beurteilt. Das Gegenteil ist leider der Fall. Vielmehr hat das Versicherungsunternehmen eine Anleihe beim Sozialgesetzbuch XI genommen und die vom Gesetzgeber in § 14 Abs. 4 SGB XI gelisteten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen als Bewertungsmaßstab in sein Bedingungswerk übernommen. Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Pflegebedürftigkeit bzw. die Pflegestufe des Versicherten nicht unter der Maßgabe der Hilfebedürftigkeit durch eine dritte Person bezogen auf definierte Kriterien in Punkteform, sondern vielmehr auf der Grundlage des zeitlichen Umfangs der Hilfebedürftigkeit von mindestens drei Stunden täglich beurteilt wird. Mit dieser Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit setzt der Versicherer vermeintlich auf den Rechtsnormen des SGB XI auf. Dies ist jedoch nicht der Fall, da für die projektive Betrachtung der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person nur sehr schwammig ein voraussichtlich dauernder Zeitraum benannt wird, während der Gesetzgeber in § 14 Abs. 1 SGB XI die Beurteilung einer leistungspflichtigen Pflegebedürftigkeit auf einen Zeitraum von sechs Monaten abstellt. Mit der nachfolgend wiedergegebenen Erklärung aus den Versicherungsbedingungen distanziert sich der Versicherer ausdrücklich von den Rechtsnormen des SGB XI bei gleichzeitiger Disqualifikation seines Tarifs als Vorsorgelösung für den Pflegefall:

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen entspricht nicht dem Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB. Ein Leistungsbescheid eines gesetzlichen Sozialleistungsträgers ist für uns nicht bindend und bedingt keine Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen. ■