

Ausgabe 2014

Kompakt – Konkret – Kompetent

PFLEGEVORSORGE IN DER RUHESTANDSPLANUNG

Pflegebedürftigkeit als Risiko für die gesamte Familie

Drei von vier Frauen und zwei von vier Männern versterben heutzutage als Pflegebedürftige. Gerade in der Ruhestandsplanung ist daher die Beachtung und Planung der finanziellen, physischen wie psychischen Folgen dieses hohen Pflegerisikos für die Familie ein absolutes Muss. Dieses Buch bietet Ihnen einen systematisch vertieften Einblick in die Folgen dieses stetig wachsenden Risikos für alle Beteiligten.

**Das Standardwerk für Versicherungsexperten
und Ruhestandsplaner**

Jährliche Aktualisierung

Mit freundlicher
Empfehlung der **IDEAL**

PFLEGEVORSORGE IN DER RUHESTANDSPLANUNG

Pflegebedürftigkeit als Risiko für die gesamte Familie

Publikationen

Auszüge aus diesem Text sind erschienen im Buch:

Schiereck | Haupt | Neuenfeldt (Hrsg.)

Ruhestandsplanung – neuer Beratungsansatz für die Zielgruppe 50plus

Perspektivenwechsel im gehobenen Privatkundengeschäft

Erschienen bei Springer Gabler | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2015

ISBN 978-3-658-04111-3

und wird als lehrgangsbegleitend eingesetzt

im Rahmen des IHK Zertifikatslehrgangs „Generationenberater/in“
der Deutsche Makler Akademie (DMA) gGmbH

Copyright

Birger Mählmann (Hrsg.)

Pflegevorsorge in der Ruhestandsplanung

Pflegebedürftigkeit als Risiko für die gesamte Familie

ISBN 978-3-00-047375-3

© 2014, Birger Mählmann

Self Publishing

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht auf Vervielfältigung und Verbreitung sowie Übersetzung. Kein Teil dieses Buches darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Autors reproduziert werden oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Hinweis: Die Inhalte dieses Buches wurden sorgfältig recherchiert. Dennoch haftet der Autor nicht für die Folgen von Irrtümern, mit denen der vorliegende Text behaftet sein könnte. Auch kann dieses Buch eine individuelle Beratung durch einen Rechtsanwalt oder durch einen Versicherungsexperten nicht ersetzen, da es dafür immer auf die Beurteilung im Einzelfall ankommt.

Bei der Darstellung der Verfahrensweise der Sozialämter kann es regional bezogen in der Praxis zu abweichenden Regelungen kommen. Hintergrund ist, dass es für die Umsetzung der Gesetze in anzuwendende Praxis länderbezogene unterhaltsrechtliche Leitlinien der Oberlandesgerichte gibt.

PFLEGEVORSORGE IN DER RUHESTANDSPLANUNG

Pflegebedürftigkeit als Risiko für die gesamte Familie

Vorwort:

"Es ist nicht schwer, Menschen zu finden, die mit 60 Jahren zehnmal so reich sind, als sie es mit 20 waren. Aber nicht einer von ihnen behauptet, er sei zehnmal so glücklich."

George Bernard Shaw

Die demografische Entwicklung ist längst im Versicherungsvertrieb und damit auch in der Kundenberatung angekommen. Kunden werden immer älter und die Risiken ändern sich.

In einem für den Kunden nicht mehr überschaubaren Markt kann es nicht nur um die Auswahl und Vorstellung einzelner Produkte gehen. Die Sinnhaftigkeit der jeweiligen Produkte ist vielmehr das Ergebnis einer kundenorientierten Beratung. Je nach Alter/Anlass gibt es unterschiedliche Beratungskonzepte, die die jeweilige Lebensphase ganzheitlich betrachten und damit über klassische Produktgrenzen hinausgehen.

Die Ruhestandsplanung geht diesen Weg. Neben Liquidität und Einkommenssicherung geht sie aber noch viel weiter. Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen geben den Angehörigen zunächst einmal den rechtlichen Rahmen, um für die Angehörigen im Notfall handeln zu können. Die Sicherung der Altersversorgung für beide Ehegatten im Todes- oder Pflegefall gehört ebenfalls mit zur Ruhestandsplanung wie die Sicherung des Erbes und des Familienfriedens im Pflegefall. Das Thema Elternhaftung der Kinder ist ebenso wichtig in diesem Zusammenhang wie das Thema Testament. Sie sehen, um den dritten Lebensabschnitt ohne Sorgen genießen zu können, ist eine gute und kompetente Beratung unabdingbar.

Manche Aspekte können (und dürfen) vom Vermittler gar nicht selbst beraten werden. Aus Ertragsgründen ist dies häufig auch gar nicht sinnvoll. Trotzdem sind sie für den Kunden im Rahmen dieser Beratung sehr wichtig. Hier bieten sich Kooperationen mit Notaren und Rechtsanwälten an. Gerade die bewusste Auslagerung einzelner Themenbereiche wird vom Kunden oftmals als verantwortungsvolle Beratung wahrgenommen.

Dieses Buch geht speziell auf das Thema „Pflegevorsorge in der Ruhestandsplanung“ ein. Es gibt einen fundierten Überblick in alle wichtigen Bereiche der Pflege unter Beachtung der fachlichen Hintergründe. Es ist nicht Sinn dieses Buches, einen kompletten Überblick über alle Tarife und Leistungen der einzelnen Versicherungsgesellschaften darzustellen, sondern es soll dem Leser eine grundsätzliche Orientierung in der Pflegeberatung zur Ruhestandsplanung geben.

Berlin, 01. Oktober 2014

Birger Mählmann

PFLEGEVORSORGE IN DER RUHESTANDSPLANUNG

Pflegebedürftigkeit als Risiko für die gesamte Familie

Inhaltsverzeichnis

1	Altersrisiko Pflege	5
1.1	<i>Pflegesituation in Zahlen</i>	7
1.2	<i>Pflege als klassisches Altersrisiko</i>	7
1.3	<i>Pflegedauer</i>	8
1.4	<i>Pflege und Demenz</i>	8
1.5	<i>Pflege ist weiblich</i>	9
2	Kosten einer Pflege	10
2.1	<i>Kosten wegen eingeschränkter Alltagskompetenz (sog. Pflegestufe 0)</i>	10
2.2	<i>Kosten in der Pflegestufe I</i>	10
2.3	<i>Kosten in der Pflegestufe II</i>	11
2.4	<i>Kosten in der Pflegestufe III</i>	11
2.5	<i>Risikoszenarien</i>	11
3	Finanzierung der Pflegekosten	13
3.1	<i>Leistungen und Versorgungslücken in der Pflege</i>	13
3.1.1	<i>Ambulante und stationäre Leistungen in den Pflegestufen</i>	14
3.1.2	<i>Leistungen wegen eingeschränkter Alltagskompetenz</i>	15
3.1.3	<i>Alternative Wohnformen</i>	15
3.1.4	<i>Kurzzeitpflege</i>	15
3.1.5	<i>Verhinderungspflege</i>	16
3.1.6	<i>Leistungen für pflegende Angehörige (Pflegezeitgesetz)</i>	16
3.1.7	<i>Anerkennung der Pflegezeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung</i>	17
3.1.8	<i>Pflegewohngeld</i>	17
3.2	<i>Leistungen des Pflegebedürftigen</i>	18
3.2.1	<i>Einzusetzendes Einkommen</i>	18
3.2.2	<i>Einzusetzendes Vermögen</i>	18
3.2.3	<i>Schenkungen</i>	19
3.3	<i>Leistungen der Unterhaltspflichtigen</i>	21
3.3.1	<i>Einzusetzendes Einkommen und Vermögen des unterhaltspflichtigen Ehegatten/ eingetr. Lebens- partner</i>	22
3.3.2	<i>Eheähnliche Gemeinschaft</i>	23
3.3.3	<i>Einzusetzendes Einkommen und Vermögen der unterhaltspflichtigen Kinder</i>	23
3.3.4	<i>Rangverhältnisse der unterhaltspflichtigen Kinder</i>	26
3.3.5	<i>Unterhaltspflichtige Kinder ohne eigenes Einkommen</i>	26

3.3.6	<i>Einzusetzendes Vermögen der unterhaltspflichtigen Kinder</i>	26
3.3.7	<i>Die Zahlung des Elternunterhalts mit Eintritt in die Rente</i>	27
3.3.8	<i>Unterhaltsrelevanter Anspruch auf Taschengeld</i>	28
4	Vorteile einer privaten Pflegevorsorge.....	29
5	Formen der privaten Pflegeversicherungen.....	30
5.1	<i>Pflegetagegeldversicherung</i>	30
5.1.1	<i>Staatlich geförderter Pflegevorsorge</i>	31
5.2	<i>Pflegekostenversicherung</i>	34
5.3	<i>Pflegerentenversicherung</i>	35
5.4	<i>Leistungsübersicht der privaten Pflegeversicherungen</i>	36
5.5	<i>Sonderform: Rentenversicherung mit Pflegeoptionsrecht</i>	36
6	Leistungsvergleich „Versicherungsschutz“ und „Beiträge“* im Fokus der Ruhestandsplanung.....	38
6.1	<i>Leistungsvergleich Versicherungsschutz</i>	38
6.1.1	<i>Anpassung des Versicherungsschutzes an die laufende Kostenentwicklung</i>	38
6.2	<i>Leistungsvergleich Beiträge</i>	39
6.2.1	<i>Flexibilität der Beitragszahlung</i>	39
6.2.2	<i>Stabilität der Beitragshöhe</i>	40
6.2.3	<i>Liquidität der eingesetzten Mittel</i>	41
7	Fazit.....	43
8	Literatur.....	44

* Im Buch wird nicht zwischen den Begrifflichkeiten „Versicherungsbeiträge“ und „Versicherungsprämien“ unterschieden, sondern aufgrund einer besseren Verständlichkeit nur die Begriffe „Versicherungsbeiträge“ respektive „Beiträge“ verwendet.

1) Altersrisiko Pflege

Die wichtigste Erkenntnis vorab – Pflegebedürftigkeit ist ein Familienproblem! Es ist nicht allein das Problem des Pflegebedürftigen. Aus diesem Grund ist es auch sinnvoll, eine Betrachtung der Auswirkungen auf die ganze Familie vorzunehmen. Betroffen sind neben den vielen familiären Aspekten, auf die im Weiteren noch eingegangen wird, auch folgende finanzielle Aspekte:

- Finanzierung der Pflegekosten
- Sicherung der Altersversorgung des Partners (Einkommen und Vermögen (inkl. Immobilien))
- Schutz des späteren Erbes für die Kinder
- Absicherung von Schenkungen an Dritte
- Sicherung von Einkommen und Vermögen der unterhaltspflichtigen Kinder

Personen, die ein hohes Vermögen ihr Eigen nennen, wären zwar grundsätzlich in der Lage, die entstehenden Pflegekosten eigenständig zu finanzieren, jedoch macht es aus wirtschaftlicher Sicht oftmals keinen Sinn. Es wäre unklug, ein hohes Risiko, welches mit geringen finanziellen Mitteln ausgelagert werden kann, selber zu tragen. Zumal die Pflegekosten durch den gehobenen Standard der Pflege hier wesentlich höher ausfallen als im Normalfall.

Somit nimmt die Pflegevorsorge in der Ruhestandsplanung eine zentrale Rolle ein. Wichtigster Aspekt ist hierbei die Sicherung des Einkommens und Vermögens vor dem zentralen Risiko des Alters – Pflegebedürftigkeit durch körperlichen und geistigen Verfall.

In den letzten Jahrzehnten gab es starke Veränderungen in diesem Bereich. Hierzu ein kurzer geschichtlicher Abriss der Pflege mit Zahlen, Daten und Fakten:

In den siebziger Jahren wurde die Pflege meistens ambulant durch die Kinder und Angehörige durchgeführt. Kinder, die zu dieser Zeit pflegten, waren i. d. R. aus den Geburtsjahren um 1915 bis 1920. Die damalige Geburtenrate lag bei durchschnittlich 2,9 Kindern je Frau [1]. In den kommenden Kriegsjahren verloren jedoch rund 30 % der einberufenen männlichen Soldaten dieser Jahrgänge ihr Leben [2]. Trotzdem war die (durch die Kriegseignisse bereinigte) Anzahl der verbleibenden Kinder mit etwa 2,4 Kindern je Frau nach heutigem Maßstab relativ hoch. Viele der Kinder wurden am Heimatort/ in der Umgebung sesshaft und gründeten eigene Familien. Eine große Anzahl der Frauen waren Hausfrauen (In der damaligen Bundesrepublik lag die Anzahl der versicherungspflichtig beschäftigten Frauen 1970 bei nur 19,8 %) [3]. So waren meistens zwei bis drei eigene Töchter oder Schwiegertöchter vor Ort, die die Zeit für die Pflege hatten, ohne einen Verdienstausschlag hinnehmen zu müssen. Der Verweis auf die Töchter erfolgt vor dem Hintergrund, da die Söhne in der praktischen Pflege bis heute keine entscheidende Rolle spielen (siehe Abb. 1.4). Pflege war damals weder personell noch finanziell ein Problem!

Zu Beginn der neunziger Jahre hatte sich das Thema Pflege bereits deutlich gewandelt. Kinder, die zu dieser Zeit pflegten, waren i. d. R. aus den Geburtsjahren um 1935 bis 1940. Die damalige Geburtenrate lag aufgrund der aktuellen Kriegseignisse bereits nur noch bei durchschnittlich 1,8 Kindern je Frau. Immer mehr Menschen wurden daher 1990 in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt. Die Kosten für eine stationäre Pflege war in den alten Bundesländern auf bereits deutlich über 4.000 DM gestiegen [4]. Der Anteil der pflegebedürftigen Sozialhilfeempfänger stieg unter anderem dadurch stark an, weil die

monatlichen Kosten ausschließlich von den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen getragen werden mussten, wozu viele nicht in der Lage waren. Die zunehmende Belastung der Kommunen durch die wachsende Anzahl der Sozialhilfeempfänger und die sich mit dem demografischen Wandel abzeichnende Flut zukünftiger Leistungsempfänger, waren der Anlass zur Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung.

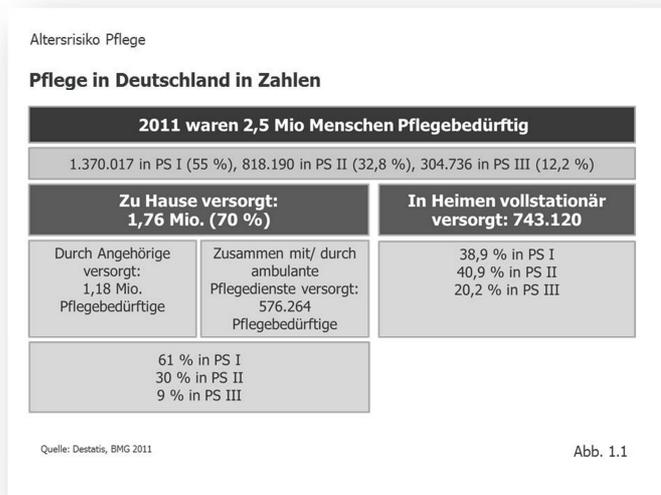
Tatsächlich konnte durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 durch den damaligen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung - Norbert Blüm - die Anzahl der pflegebedürftigen Sozialhilfeempfänger innerhalb kurzer Zeit halbiert werden [5]. So lagen z.B. die Heimentgelte der Pflegeheime im Rheinland in der Pflegestufe III bereits 1995 bei durchschnittlich 4.620 DM [4]. Die gesetzliche Pflegeversicherung bezuschusste diese Kosten mit 2.800 DM, so dass im schlimmsten Fall (PS III) „nur“ ein Eigenanteil i. H. v. 1.820 DM verblieb. Aufgrund der hohen Altersrenten (1995 Durchschnittsrente West 2.069 DM [6]) war dies von den meisten Rentnern aus der Rente heraus finanzierbar. Die Rücklagen blieben unangetastet und standen dem Partner noch als Altersversorgung und später den Erben zur Verfügung. 1995 war Pflege durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung i. d. R. kein finanzielles Problem mehr.

Seitdem hat das Thema Pflege wieder deutlich an Brisanz zugenommen. Während die Pflegekosten Jahr für Jahr steigen, hat sich die Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung nur marginal erhöht. Heute liegt ein durchschnittliches Heimentgelt in der PS III bei bundesdurchschnittlich 3.300 Euro. Bei einer maximalen Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung in diesem Fall i. H. v. 1.550 Euro verbleibt ein Eigenanteil i. H. v. ca. 1.750 Euro monatlich. Da diese Summen für viele Rentner weder aus den heutigen Altersrenten noch aus den Rücklagen über einen längeren Zeitraum finanzierbar sind, ist die Anzahl der Sozialhilfeempfänger in der Pflege wieder dramatisch gestiegen. Vor diesem Hintergrund und aufgrund des demografischen Wandels war aus staatlicher Sicht somit wieder dringender Handlungsbedarf gegeben, um die Kommunen mit den Kosten dieser Sozialleistungen nicht zu stark zu belasten. Der Staat bediente sich eines bereits durch „Riester“ und „Rürup“ bekannten und bewährten Systems – die „staatlich geförderte Zusatzversorgung“ – hier speziell für den Pflegebereich (ergänzende Ausführungen hierzu finden Sie unter 5.1.1).

Der demografische Wandel und das veränderte Arbeitsmarktumfeld haben jedoch neben den finanziellen, auch ganz praktische Auswirkungen auf die heutigen von Pflege betroffenen Familien. Nur noch wenige Kinder wohnen heute noch am Heimatort. Darüber hinaus sind i. d. R. Kinder und Schwiegerkinder, sofern vorhanden, berufstätig. Eine zeitliche Unterbrechung des Berufslebens von mehreren Jahren für die Pflege eines Angehörigen ist für die Kinder (i. d. R. zu diesem Zeitpunkt etwa 50 Jahre alt) aus beruflichen und finanziellen Gründen oftmals nicht möglich. Hinzu kommen die eigenen Kinder (aus Sicht des Pflegebedürftigen die Enkel), die auch noch z.T. finanziell vom Elternhaus abhängig sind, die noch nicht ausreichend gebildete Altersversorgung, die noch nicht abbezahlte eigene Immobilie, sowie die fehlende Zeit für die Pflege aufgrund des Berufes und des eigenen Haushalts. Trotzdem wollen viele Kinder, traut man den Umfragen, für die Eltern da sein und sie pflegen [7]. Mit viel Glück und Anstrengung gelingt das auch manchmal. Wer kann aber mit Gewissheit sagen, dass der eigene Partner noch lebt, wenn die Pflege eintritt? Und dass der Partner die Pflege im hohen Alter auch noch körperlich leisten kann? Und dass die Kinder, sofern sie dann vor Ort sind, die Pflege zeitlich, körperlich, finanziell und psychisch leisten können? Die Körperhygiene bei den eigenen Eltern/ Schwiegereltern zu leisten, überfordert viele, genauso wie der dauernde Umgang mit Demenzerkrankten. Hier ist professionelle Hilfe

und/ oder Unterstützung gefragt, bevor die Ehe des pflegenden Kindes an dieser Belastung zerbricht.

1.1 Die Pflegesituation in Zahlen



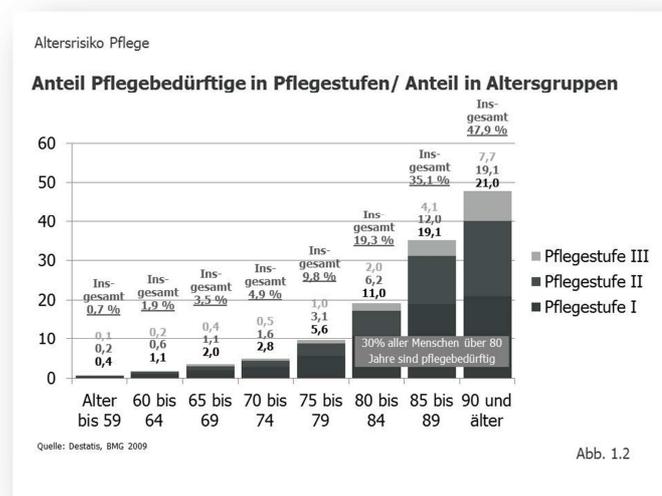
Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen nach aktuellem Stand entnehmen Sie der Abb. 1.1. Hieraus ergibt sich, dass rund 55 % der 2,5 Mio. Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I (PS I) gepflegt werden, gefolgt von 33 % in der Pflegestufe II (PS II) und 12 % in der Pflegestufe III (PS III). Ebenfalls wichtig ist die Tatsache, dass der

überwiegende Teil der pflegebedürftigen Personen zuhause gepflegt wird.

1.2 Pflege als klassisches Altersrisiko

Dies macht sich besonders aufgrund der gestiegenen Anzahl der Personen in den hohen Alterskohorten bemerkbar. Hierzu ein kurzer Auszug aus der Hundertjährigen-Studie der Universität Heidelberg: "Während um 1900 kaum Menschen ihren 100. Geburtstag

erlebten, gab es nach Angaben der Vereinten Nationen (2002) in Deutschland im Jahr 2000 7.200 Personen, die 100 Jahre und älter waren. Im Jahr 2025 wird diese Zahl 44.200 betragen. Weitere 25 Jahre später (2050) wird sie auf 114.700 geschätzt. Überträgt man die Erkenntnisse und Überlegungen des Demografen James Vaupel auf Deutschland, so wird die Hälfte der 1970 oder später geborenen Mädchen 100



Jahre alt werden". Das sind beeindruckende Zahlen. Eine immer höhere Anzahl von Personen wird also immer älter. Doch damit steigt automatisch das Risiko der Pflegebedürftigkeit und/ oder einer Demenz (siehe Abb. 1.2). Auch bei Demenz handelt es sich um ein klassisches Altersrisiko. Es gibt momentan in Deutschland mehr Menschen mit einer festgestellten Demenz als Menschen in der Pflegestufe I.

1.3 Pflegedauer

Eine Aussage zu einer durchschnittlichen Gesamtpflegedauer kann im Einzelfall zu einer völlig fehlerhaften Risikoeinschätzung führen, da die Verweildauer in der Pflege im Praxisfall hiervon extrem stark abweichen kann. Viele Faktoren spielen bei der Pflegedauer eine Rolle. Ein Blick in den „Pflegerreport der Barmer 2013“ (ab Seite 179) gibt Ihnen einen tieferen Einblick in die einzelnen Pflegedauern und macht die

Komplexität des Themas deutlich. Für einen groben Überblick beachten Sie die Abb.1.3. Hier ist die Lebenserwartung in der Pflege dargestellt. So sterben etwa 33 % der Männer und 20 % der Frauen im ersten Jahr der Pflege. Im weiteren Verlauf nimmt die Sterblichkeit Jahr für Jahr ab. Eine Lebenserwartung > 10 Jahre erreichen noch durchschnittlich etwa 12 % aller Pflegebedürftigen. Die unterschiedlichen Verweildauern in der Pflege haben viele Gründe, daher muss diese Frage auch differenziert betrachtet werden. Zum einen sollte hier nach den Pflegestufen unterschieden werden, zum anderen nach der Frage der Demenz. Pflegestufen: Personen, die zu Beginn der Pflege in die PS I eingestuft werden, haben einen wesentlich besseren Gesundheitszustand als Personen, die zu Beginn der Pflege in die PS II oder PS III eingestuft werden. Aus diesem Grund haben sie statistisch auch eine längere Pflegedauer.

Demenz: Eine festgestellte Demenz führt fast immer zu einer Pflegeeinstufung (siehe Abb. 1.4). Diese Personen haben durchschnittlich die längsten Pflegedauern, gerade weil sie körperlich oft noch sehr gesund sind. Hierzu der Barmer GEK Pflegerreport 2010: „Pflegebedürftige, die beim erstmaligen Auftreten der Pflegebedürftigkeit demenz sind, leben insgesamt länger als Pflegebedürftige, die zu Beginn der Pflegebedürftigkeit nicht demenz sind. Dabei nehmen sie überproportional viel professionelle Pflegeleistungen in Anspruch und verweilen zudem auch noch mehr in höheren Pflegestufen. [8]“

Eine pauschale Aussage zur Dauer einer Pflege – und den damit verbundenen einhergehenden finanziellen Konsequenzen – ist also in der Beratung weder sinnvoll noch möglich. Bei der Berechnung des Gesamtvermögensschadens einer Pflege kann also nur mit Annahmen gearbeitet werden. Die grundlegende Basis der Beratung stellt deshalb die monatliche Versorgungslücke (siehe Abb.1.7) dar, die realistisch für den Individualfall berechnet werden kann und entsprechend abgesichert werden sollte.

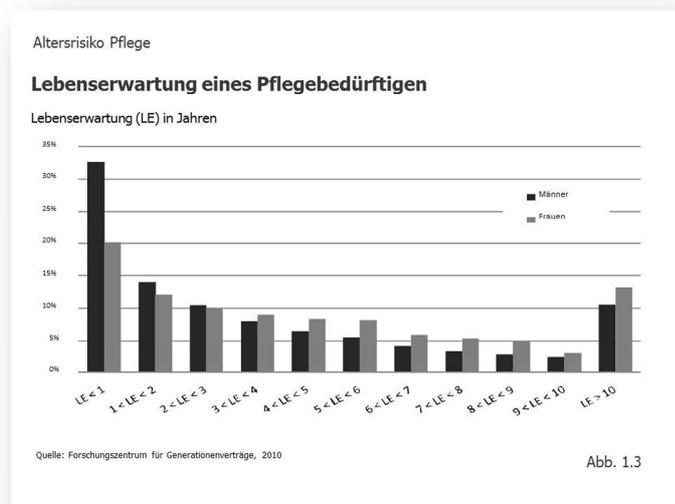
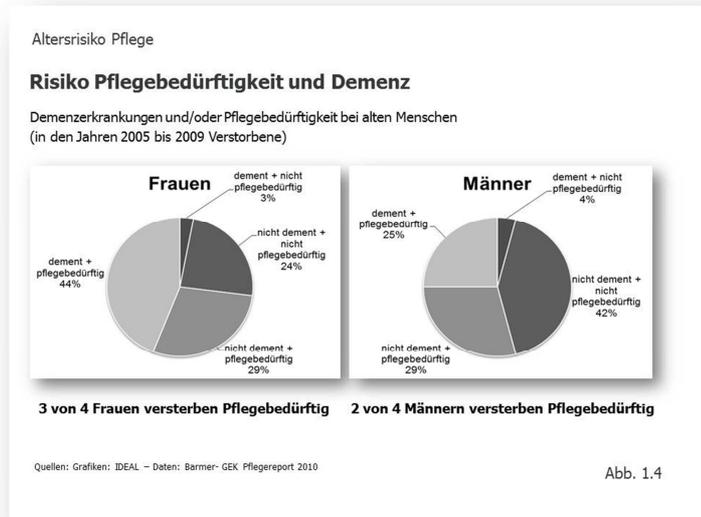


Abb. 1.3

1.4 Pflege und Demenz

Der Pflegereport der Barmer/ GEK aus dem Jahr 2010 weist aus, wie viele Menschen zum Zeitpunkt des Todes pflegebedürftig und/ oder dement waren. Diese Zahlen machen nachdenklich. Demnach versterben drei von vier Frauen pflegebedürftig und von diesen drei Frauen sind zwei zusätzlich dement. Bei den Männern versterben zwei von vier Männern pflegebedürftig und von den zwei Männern ist einer zusätzlich dement (siehe Abb. 1.4).



Dies führt in Verbindung mit der heute hohen Lebenserwartung zu der klaren Erkenntnis, dass man persönlich ein sehr hohes Risiko hat, selbst im engsten Familienkreis von dem Risiko Pflege aktiv betroffen zu sein.



Abb. 1.5

1.5 Pflege ist weiblich

Wenn wir uns die aktuellen Zahlen der Pflege genauer anschauen, erkennen wir, dass die Präferenz der meisten Betroffenen klar in der häuslichen Pflege liegt. Doch wer führt die Pflege eigentlich praktisch durch? Von 100 pflegenden Angehörigen sind 40 Töchter, 26 Ehefrauen, 16 Ehemänner und 8 Schwiegertöchter. Die verbleibenden 10 entfallen auf Freunde, Bekannte und Nachbarn (siehe Abb. 1.5) [9]. Sie sehen, die Söhne spielen in der praktischen Pflege keine Rolle. Dafür übernehmen sie in der finanziellen Frage der Pflege häufig eine der Hauptrollen.

2) Kosten einer Pflege

Die Kosten einer Pflege sind abhängig von der Mithilfe durch Familienangehörige sowie von dem Pflegeaufwand und dem Bundesland in dem der Pflegebedürftige wohnt. Grundsätzlich ist festzustellen, dass alles, was die Familie nicht leisten kann oder will, vom ambulanten oder stationären Pflegedienst eingekauft werden muss. Oftmals ist die aktive Unterstützung durch den ambulanten Pflegedienst notwendig, damit eine Pflege zuhause überhaupt erst möglich wird. Sofern keine Angehörigen vorhanden sind – oder keiner diese Aufgabe leisten kann oder will, ist eine Pflege in einer stationären Einrichtung unumgänglich. Dies kann natürlich auch sein, wenn aus medizinischer Sicht eine ambulante Versorgung nicht mehr möglich ist. Der Wohnort spielt bei den Kosten ebenso eine wichtige Rolle, da die Kosten sich je nach Bundesland stark unterscheiden.

Der Gesetzgeber differenziert bei den Leistungen aus der Pflegeversicherung im § 15 SGB XI nach folgenden Kriterien, die hier im Folgenden auch bei den Kosten aufgegriffen und mit Praxisbeispielen unterlegt werden. Hier ein kurzer Überblick zu den Kosten:

2.1 Kosten wegen „eingeschränkter Alltagskompetenz“ (sog. Pflegestufe 0)

Die Personen sind aufgrund einer *geistigen Einschränkung, einer psychischen Störung oder geistigen Behinderung* so weit in ihrem Alltag gestört, dass sie bei der Bewältigung normaler Alltagsaufgaben Hilfe benötigen.

Ein praktisches Beispiel:

Die 87-jährige Frau wohnt alleine und ist aufgrund ihrer Demenz nicht in der Lage, ihren Alltag ganz eigenständig zu bestreiten. Bei hauswirtschaftlichen Dingen benötigt sie Unterstützung des ambulanten Pflegedienstes. Hierdurch entstehen Kosten von durchschnittlich 20 Euro pro Tag bzw. 600 Euro im Monat.

2.2 Kosten in der Pflegestufe I

Personen, die am Tag insgesamt mindestens 90 Minuten pflegerische Hilfe benötigen, hiervon mindestens 45 Minuten bei der Grundversorgung (Körperhygiene, Nahrungsaufnahme und Mobilität in der Wohnung), sowie weitere 45 Minuten Hilfebedarf bei der Haushaltsführung haben, erreichen die PS I.

Anmerkung: Unter Nahrungsaufnahme wird in der Pflege generell nur die Essensgabe verstanden - keine Nahrungszubereitung.

Hierzu ein Beispiel:

Die 82-jährige Frau wird von den Kindern im Rahmen derer Möglichkeiten versorgt und gepflegt. Aufgrund der Berufstätigkeit der Kinder unterstützt der ambulante Pflegedienst die Frau morgens und abends bei der Körperhygiene. Für eine große Wäsche morgens inkl. Zähneputzen und Haarpflege (Kämmen ggf. Waschen) sowie einen Toilettengang und eine Teilwäsche abends inkl. Toilettengang erhebt der ambulante Pflegedienst Kosten i. H. v. 40 Euro pro Tag bzw. 1.200 Euro im Monat.

Eine alternative stationäre Unterbringung kostet bundesdurchschnittlich 2.403 Euro im Monat in der PS I [5].

2.3 Kosten in der Pflegestufe II

Personen, die am Tag insgesamt mindestens 180 Minuten pflegerische Hilfe benötigen, hiervon mindestens 120 Minuten bei der Grundversorgung (Körperhygiene, Nahrungsaufnahme und Mobilität in der Wohnung), sowie weitere 60 Minuten Hilfebedarf bei der Haushaltsführung, erreichen die PS II.

Hierzu ein Beispiel:

Die 85-jährige verwitwete Frau lebt alleine und wird in ihrer Wohnung durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt und gepflegt. Für die notwendige Versorgung (Körperhygiene, Mobilität in der Wohnung und Hauswirtschaft) kommt der ambulante Pflegedienst dreimal täglich und erhebt Kosten i. H. v. 75 Euro pro Tag bzw. 2.250 Euro im Monat.

Eine alternative stationäre Unterbringung kostet bundesdurchschnittlich 2.845 Euro im Monat in der PS II [5].

2.4 Kosten in der Pflegestufe III

Personen, die am Tag insgesamt mindestens 300 Minuten pflegerische Hilfe benötigen, hiervon mindestens 240 Minuten bei der Grundversorgung (Körperhygiene, Nahrungsaufnahme und Mobilität in der Wohnung), sowie weitere 60 Minuten Hilfebedarf bei der Haushaltsführung, erreichen die PS III. Ergänzend muss hier eine 24-Stunden Betreuung notwendig sein, um die Leistung zu erhalten.

Hierzu ein Beispiel:

Der 78-jährige Schwerstpflegebedürftige ist nach einem schweren Schlaganfall extrem bewegungseingeschränkt und wird ambulant zuhause gepflegt. Die 75-jährige Ehefrau kümmert sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten (24-Stunden Betreuung), kann und darf aber aufgrund eigener Einschränkungen nicht schwer heben. Der ambulante Pflegedienst übernimmt diese Arbeiten für sie. Hierzu zählt die komplette Körperhygiene, das An- und Auskleiden des Patienten sowie die Essensversorgung. Hierzu kommt der Pflegedienst vier- bis fünfmal täglich und berechnet 110 Euro pro Tag bzw. 3.300 Euro im Monat.

Eine alternative stationäre Unterbringung kostet bundesdurchschnittlich 3.312 Euro im Monat in der PS III [5].

Hinweis: Mit Einführung des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes 2013 können Pflegedienste neben der bisher üblichen Abrechnung nach Einzelleistungen auch eine Vergütung nach Zeit vereinbaren. So kann der Pflegebedürftige die benötigten Leistungen nach seinen Bedürfnissen zusammenstellen. Berechnet wird dann die Zeit, die ein Pflegedienst dafür aufwendet.

2.5 Risikoszenarien

Auf Basis der individuellen Verhältnisse ergeben sich für die Kunden und seine Familie unterschiedliche Risikoszenarien:

- Personen mit hohem Vermögen werden dauerhaft in der Lage sein, die Kosten eigenständig zu tragen. Hier stellt sich die Frage, ob es Sinn ergibt, dieses hohe Vermögensschadenrisiko aufgrund einer möglichen Pflege eigenständig zu tragen. Bedenken sollte man in diesem Fall ebenfalls, dass die Pflegekosten bei vermögenden Personen, aufgrund der i. d. R. gehobenen Unterbringung im

Pflegefall, etwa 50 % bis 100 % höher als der Durchschnitt anzusetzen sind. Sollte eine Auslagerung dieses hohen finanziellen Risikos sehr günstig sein, so ist es oftmals nicht sinnvoll, dieses hohe finanzielle Risiko selber zu tragen.

- Personen mit liquidem Vermögen (bis etwa 100.000 Euro) laufen Gefahr, dass aufgrund der Kosten für den Pflegebedürftigen die Altersversorgung des Partners verbraucht wird. Im gleichen Zuge wird ein mögliches Erbe aufgelöst.
- Personen mit einem liquidem Vermögen bis etwa 70.000 Euro laufen Gefahr, dass die Rücklagen im Pflegefall nicht reichen und die selbstgenutzte Immobilie zur Finanzierung herangezogen werden muss, oder unterhaltspflichtige Personen (Partner/ Kinder) für die offenen Kosten haften. Das Erbe ist zu diesem Zeitpunkt bereits für die Pflege verbraucht.
- Personen, die den Großteil des Vermögens in einer selbstgenutzten Immobilie halten, laufen Gefahr, dass bei einer eigenen Pflegebedürftigkeit der Partner sein Zuhause verliert. Das Haus steht dann natürlich später auch nicht mehr als Erbe den Angehörigen zur Verfügung.
- Personen mit einem liquiden Vermögen von bis zu 30.000 Euro verbrauchen ab Beginn der Pflege die substanzielle Sicherheit und Altersversorgung des Partners.

Wie Sie sehen, verändert sich das Risiko mit zu- bzw. abnehmendem Vermögen. Während ein Pflegefall für vermögende Kunden „nur“ ein Vermögensverlustrisiko darstellt, ist es für die Angehörigen von Pflegebedürftigen mit geringen Altersrücklagen ein hohes Risiko, welches die Lebensqualität der Familienangehörigen massiv beeinträchtigen kann. Als Beispiele seien hier erwähnt: Verlust der Altersversorgung des Partners, Rückführungen von Schenkungen sowie die Elternhaftung der Kinder.

3) Finanzierung der Pflegekosten

Die Finanzierung der entstehenden Pflegekosten setzt sich aus den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und einem Eigenanteil zusammen. Der Eigenanteil wird aus der eigenen Rente und dem vorhandenen Vermögen finanziert.

Hierzu ein Beispiel einer PS II:

Der 82-jährige Mann lebt nach dem Tod seiner Frau, die ihn bis dahin gepflegt hat, in einer stationären Einrichtung. Die Kosten belaufen sich auf 2.800 Euro im Monat. Die gesetzliche Pflegeversicherung zahlt direkt an die stationäre Einrichtung 1.279 Euro im Monat. Verbleibende 1.521 Euro sind als Eigenanteil zu zahlen. Hiervon werden 821 Euro durch die monatlichen Einkünfte aus der gesetzlichen Rente gedeckt und 700 Euro werden aus dem Vermögen des Mannes monatlich zugezahlt.

3.1 Leistungen und Versorgungslücken in der Pflege

Neben der gesetzlichen Pflegeversicherung, die in 2014 mit einem aktuellen Beitragssatz von 2,05 % bis zur Beitragsbemessungsgrenze (hiervon 50 % Arbeitnehmer und 50 % Arbeitgeberanteil/ Ausnahme Sachsen: Hier 75 % Arbeitnehmer- und 25 % Arbeitgeberanteil) zu den gesetzlichen Pflichtversicherungen gehört, gibt es noch für alle privat Vollversicherten die Pflegepflichtversicherung. Sie ist das Pendant zur gesetzlichen Pflegeversicherung, beinhaltet die gleichen Leistungen und hat die gleichen Leistungsvoraussetzungen wie die gesetzliche Pflegeversicherung. Privatversicherte, die es ggf. gewohnt sind, bessere Leistungen im Krankheitsfall in Anspruch zu nehmen, beziehen über ihre Pflegepflichtversicherung jedoch nur Leistungen analog der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Unterschiede der Versicherungstarife liegen lediglich beim Beitrag und in der Frage, ob die Versicherung ausschließlich als eine Individualversicherung, oder auch als Familienversicherung geführt werden kann. Alle weiteren Ausführungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen sich daher auch auf die Pflegepflichtversicherung.

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung steigen wesentlich langsamer als die Kostenentwicklung im Pflegebereich. Die Kosten im stationären Bereich in der PS II stiegen zwischen 1999 und 2011 um 36 % [5]. Im gleichen Zeitraum blieb die gesetzliche Leistung der Pflegeversicherung in diesem Bereich konstant. Das bedeutet, dass der Eigenanteil durch die Kostensteigerung ständig wächst. Dies führt wiederum zu einer hohen Anzahl an Pflegebedürftigen, die auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind, weil die laufenden Kosten auf Dauer alleine nicht getragen werden können. *2011 waren 44 % aller stationär untergebrachten Pflegebedürftigen Sozialhilfeempfänger* [5].

3.1.1 Ambulante und stationäre Leistungen in den Pflegestufen

Finanzierung der Pflegekosten

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

Stand Januar 2013	Ambulante Pflege		Stationäre Pflege
	Pflegesachleistung	Pflegegeld	
Ohne Pflegestufe	--	--	--
Eingeschränkte Alltagskompetenz*	225 €	120 €	--
Pflegestufe I	450 €	235 €	1.023 €
Eingeschränkte Alltagskompetenz*	215 €	70 €	--
Pflegestufe II	1.100 €	440 €	1.279 €
Eingeschränkte Alltagskompetenz*	150 €	85 €	--
Pflegestufe III	1.550 €	700 €	1.550 €
Eingeschränkte Alltagskompetenz*	--	--	--

* Leistungen wegen eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI
zzgl. evtl. nach § 45b SGB XI eine Sachleistung i.H.v. 100€/ 200€ für niedrigschwellige Betreuungsangebote

Abb. 1.6

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung untergliedern sich in den ambulanten und stationären Bereich (siehe Abb. 1.6). Die Leistungen für stationäre Unterbringung werden immer dann erbracht, wenn es sich um eine *notwendige* stationäre Unterbringung handelt. Sofern eine freiwillige Entscheidung für die Pflegeeinrichtung fällt, ohne dass es sich um eine notwendige Unterbringung

handelt, werden maximal die Leistungen der „Pflegesachleistung“ von Seiten der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht.

Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bei einer ambulanten Versorgung untergliedern sich dann nochmals in die Bereiche „Pflegegeld“ und „Pflegesachleistung“. Das Pflegegeld erhält der Pflegebedürftige als Pauschalbetrag auf sein Konto, wenn er seine Pflege selbst organisiert (Partner/ Kinder/ Freunde/ Verwandte oder auch eine privat beschäftigte Person (hierunter fallen auch die Pflegekräfte aus Osteuropa)). Dieser Betrag wird direkt auf das Konto des Pflegebedürftigen ohne Kostennachweis überwiesen. Sofern der Pflegebedürftige einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nimmt, steigt die Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Gezahlt wird dann die sogenannte Pflegesachleistung. Diese wird direkt von der gesetzlichen Pflegeversicherung an den ambulanten Pflegedienst gezahlt. Der Pflegebedürftige erhält somit die „Sachleistung“ und nicht mehr das Geld.

Finanzierung der Pflegekosten

Versorgungslücken in der Pflege (Bundesdurchschnitt)

Ambulante Versorgung	PS I	PS II	PS III
Kosten	1.253 €	2.227 €	3.062 €
Leistungen ges. PV	450 €	1.100 €	1.550 €
Versorgungslücke	803 €	1.127 €	1.512 €

Stationäre Versorgung	PS I	PS II	PS III
Kosten	2.403 €	2.845 €	3.312 €
Leistungen ges. PV	1.023 €	1.279 €	1.510 €
Versorgungslücke	1.380 €	1.566 €	1.802 €

Quellen: Ambulante Versorgung: IDEAL Versicherung – Stationäre Versorgung: Bärmer- GEK Pflegereport 2013

Abb. 1.7

Sofern die Pflegesachleistung nur anteilig verbraucht wird, wird noch anteilig das Pflegegeld gezahlt. Dies wird als Kombipflege bezeichnet. Wenn man die Kosten aus den Beispielen mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung vergleicht, erkennt man schnell die hohen Versorgungslücken (siehe Abb. 1.7).

3.1.2 Leistungen wegen eingeschränkter Alltagskompetenz

Die Leistungen für eingeschränkte Alltagskompetenz (sog. PS 0) werden nach § 45a SGB XI immer dann gezahlt, wenn der hilfsbedürftige Mensch aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen nicht mehr in der Lage ist, den normalen Alltag ohne Hilfe zu bewerkstelligen.

Hierzu ein Beispiel:

Die hilfsbedürftige Person vergisst aufgrund einer demenziellen Erkrankung, dass die Kerzen brennen oder Essen auf dem Herd kocht. Arzttermine werden nicht eingehalten, notwendige Dinge werden nicht geregelt, etc.

Diese Leistung wird auch gezahlt, wenn noch keine Pflegestufe vorliegt. Sie wird aber ebenso ergänzend zu den Leistungen der PS I und PS II gezahlt. Hier allerdings nur eine verringerte Leistung, da bereits zeitlich begrenzt Pflegekräfte vor Ort sind und die gesetzliche Pflegeversicherung hierfür im Rahmen der PS I oder PS II Leistungen erbringt. In der ambulanten Betreuung der PS III ist nach der gesetzlichen Definition bereits eine „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ gewährleistet. Insofern werden hier keine weiteren Leistungen für zusätzliche Betreuung gezahlt. Lediglich die stationären Einrichtungen haben die Möglichkeit, im Rahmen des § 87b SGB XI einen geringen Vergütungszuschlag für diese Personen geltend zu machen.

Hilfsbedürftige Menschen, die die Voraussetzungen der Leistung aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz erfüllen, haben noch Anspruch auf eine ergänzende Leistung nach § 45b SGB XI. Diese Leistung in Höhe von 100 Euro Regelleistung (max. 200 Euro) wird nur für spezielle Betreuungsangebote vor Ort gezahlt. Hierzu zählen z.B. Betreuungsvereine, die sich um hilfsbedürftige Menschen kümmern. Wenn solche Angebote vor Ort existieren und in Anspruch genommen werden, wird diese zusätzliche Leistung direkt an den Verein oder auf Nachweis auch direkt an den Pflegebedürftigen gezahlt.

3.1.3 Alternative Wohnformen

Mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz 2013 werden alternative Wohnformen mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung stärker gefördert. Im Fokus stehen hier Wohngemeinschaften (sog. Wohngruppen), die sich selber („selber“ meint hier auch durch Angehörige) organisieren. Voraussetzung ist unter anderem, dass eine Pflegekraft in der Wohngruppe tätig ist, die organisatorische, verwaltende und pflegerische Aufgaben übernimmt. Der einzelne Pflegebedürftige einer solchen Wohngruppe erhält einen pauschalen Zuschlag i. H. v. 200 Euro monatlich zu den regulären Leistungen der Pflegestufen. Um einen entsprechenden Anreiz zu geben, werden neue Wohngruppen mit 2.500 Euro je Pflegebedürftigem, max. jedoch 10.000 Euro je Wohngruppe, gefördert. Diese Anreizförderung endet, sobald die gesamte Fördersumme i. H. v. 30 Millionen Euro aufgebraucht ist, spätestens jedoch am 31. Dezember 2015.

3.1.4 Die Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist eine vorübergehende Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer vollstationären Einrichtung für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen je Kalenderjahr. Es handelt sich dabei um eine Leistung der Pflegeversicherung oder des Sozialhilfeträgers (§ 42 SGB XI, § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII). Sie ermöglicht pflegenden

Angehörigen eine zeitliche begrenzte Entlastung bei krankheits-, urlaubs- oder sonstig bedingter Verhinderung der Pflegeperson. Oftmals wird die Kurzzeitpflege auch genutzt, um den pflegenden Angehörigen zu Beginn der Pflege die Möglichkeit zu geben, sich selber entsprechend organisieren und den Tagesablauf auf die Pflege einstellen zu können. Der Pflegebedürftige ist dann zunächst für max. 28 Tage in einer stationären Einrichtung, während die Angehörigen alles für die Pflege vorbereiten. Für Kurzzeitpflege wird pro Kalenderjahr maximal 1.550 Euro geleistet.

3.1.5 Die Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege ist im Unterschied zur Kurzzeitpflege eine häusliche (also keine stationäre) Pflege bei krankheits-, urlaubs- oder sonstig bedingter Verhinderung der Pflegeperson. Verhinderungspflege wird ebenfalls für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr gewährt und es werden hierfür max. 1.550 Euro geleistet. Die Verhinderungspflege kann zeitlich jedoch auch auf das Jahr verteilt werden. So ist es z. B. auch möglich, jede Woche zwei Stunden anzusetzen.

3.1.6 Leistungen für pflegende Angehörige (Pflegezeitgesetz)

Sofern Angehörige pflegen, erhalten Sie keine direkte Geldleistung von der gesetzlichen Pflegeversicherung. Natürlich kann jedoch der Pflegebedürftige dem Pflegenden Geldleistungen zukommen lassen. Dies kann aus dem gezahlten Pflegegeld oder aus privatem Vermögen erfolgen. Allerdings sollte folgendes beachtet werden: Einkommen aus Pflege muss unter Umständen versteuert werden und wird auf soziale Leistungen (z. B. Arbeitslosengeld) angerechnet.

Neben dem Einkommen muss man natürlich auch die entsprechende Zeit für die Pflege erst einmal haben. Das Pflegezeitgesetz 2008 regelt zwei Grundfälle, in denen der Arbeitnehmer der Arbeit fernbleiben kann, ohne dass er dadurch seinen Arbeitsvertrag verletzt.

Bei **kurzzeitiger Arbeitsverhinderung** (§ 2 PflegeZG) kann ein Arbeitnehmer bis zu zehn Arbeitstage ohne Lohn/ Lohnersatz für die Pflege naher Angehöriger geltend machen. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um einen nahen Angehörigen und um eine Akutsituation handelt. Des Weiteren muss eine voraussichtliche Pflegebedürftigkeit nach § 14/ 15 SGB XI gegeben sein. Der Arbeitnehmer muss seine Verhinderung und die voraussichtliche Dauer unverzüglich seinem Arbeitgeber melden. Das PflegeZG räumt dem Arbeitnehmer keinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes während der genannten Zeiten ein. Ein Vergütungsanspruch kann sich bei der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung aber aus § 616 BGB oder aus dem Arbeitsvertrag oder einem Tarifvertrag ergeben.

Eine **vollständige Freistellung bis zu sechs Monate ohne Lohn/ Lohnersatz** (§ 3/ 4 PflegeZG) ist für Arbeitnehmer in Unternehmen ab 15 Beschäftigten vorgesehen, die einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. In diesem Fall wird jedoch eine konkrete Feststellung der Pflegestufe durch den medizinischen Dienst verlangt. Die Verhinderung ist spätestens 10 Tage vor Beginn dem Arbeitgeber ebenso wie die voraussichtliche Dauer anzuzeigen. Der Arbeitgeber sollte im Regelfall den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, jedoch können dringende betriebliche Belange dem entgegenstehen, was in diesem Fall eine Pflegezeit verhindern würde. Durch die Freistellung entfällt – bei vollständiger Freistellung – auch der Vergütungsanspruch des Beschäftigten. Eine dem Elterngeld vergleichbare Sozialleistung gibt es während der Pflegezeit nicht.

Mit Einführung des Familienzeitpflegegesetzes 2012 haben Arbeitnehmer in Absprache mit dem Arbeitgeber die ergänzende Möglichkeit, ***für die Pflege eines Angehörigen ihre Arbeitszeit auf minimal 15 Stunden pro Woche für einen Zeitraum von maximal 24 Monate zu reduzieren***. Einen Rechtsanspruch hierauf gibt es jedoch nicht. Der Arbeitnehmer ist in diesem Fall von der Zustimmung seines Arbeitgebers abhängig. Während dieser Zeit erhält der Arbeitnehmer ein Teilzeitgehalt, welches sich nach den Arbeits- und Pflegezeiten richtet. So erhält der Arbeitnehmer für Arbeitszeiten 100 % seines Gehaltes, für Pflegezeiten noch 50 % seines Gehaltes. Ausgehend von einer Erwerbstätigkeit von 8 Stunden täglich würde das bedeuten - sofern der Arbeitnehmer zukünftig aufgrund der Pflege nur noch 4 Stunden täglich arbeitet - erhält er 75 % seines bisherigen Gehaltes. Nach Ablauf der vereinbarten Pflegezeit arbeitet der Arbeitnehmer wieder volle 8 Stunden, erhält aber weiterhin nur 75 % seines normalen Gehaltes, bis die „Schuld“ gegenüber dem Arbeitgeber wieder abgetragen ist. Sollte der Arbeitgeber Probleme mit der Vorfinanzierung der Gelder haben, so kann er hierfür zinslose Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben erhalten. Zur Absicherung dieser vom Arbeitgeber vorfinanzierten Gelder muss der Arbeitgeber oder der Arbeitnehmer eine Familienpflegezeitversicherung als Pflichtversicherung abschließen. Hierfür gibt es momentan nur wenige Anbieter: Cardif Lebensversicherung, Ries Spezialmakler GmbH und Genworth Financial (mit den Versicherern VPV und Deutsche Familienversicherung)

3.1.7 Anerkennung der Pflegezeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung

Dem Pflegenden werden die Zeiten der Pflege in der gesetzlichen Rentenversicherung anerkannt, sofern die Pflege mindestens 14 Stunden pro Woche dauert und über einen Zeitraum von mehr als 60 Tagen pro Jahr ausgeübt wird. Die Gutschrift erfolgt – wie in der gesetzlichen Rentenversicherung üblich – in Form von Entgeltpunkten (EP). Die Höhe dieser Gutschrift ist abhängig von dem Zeitaufwand in der Pflege. So erhält man für eine Pflegedauer von 14 Stunden pro Woche für jedes Jahr der Pflege 0,266 EP, während man für eine Pflegedauer von mindestens 28 Stunden pro Woche die Maximalleistung i. H. v. 0,8 EP für jedes Jahr der Pflege erhält. Dies bedeutet, man wird im letzteren Fall so gestellt, als hätte man 80 % eines Durchschnittsverdieners verdient und hierauf Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung abgeführt. Weitergehende Informationen hierzu bietet die kostenfreie Broschüre: „Rente für Pflegepersonen“ von der Deutschen Rentenversicherung.

3.1.8 Pflegewohnngeld

Dauerhaft Pflegebedürftige (mind. PS I) in vollstationären Einrichtungen, deren Einkommen und Vermögen bestimmte Grenzen nicht übersteigen, erhalten in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein ein sog. Pflegewohnngeld (In Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und dem Saarland wurde das Pflegewohnngeld wieder abgeschafft). Wie auch beim Wohngeld soll beim Pflegewohnngeld durch die Gewährung für sozial schwache Bürger (hier Pflegebedürftige) die Wohnkosten (hier im Pflegeheim = Investitionskosten) bezuschusst werden. Bei Pflegebedürftigen bleibt jedoch ein Teil des Vermögens geschützt. Diese Vermögensschongrenze beträgt pro Person in Schleswig-Holstein für Ledige 6.900 Euro, für Verheiratete 7.514 Euro und in Nordrhein-Westfalen für Ledige und Verheiratete gleichermaßen 10.000 Euro.

Erst nach unterschreiten dieser Vermögenswerte und sofern die monatlichen Kosten für die Pflegeeinrichtung aus laufenden Einkünften nicht getragen werden können, besteht

Anspruch auf diese Leistung, sofern die laufenden Einkünfte gewisse Grenzen nicht übersteigen.

Dies bedeutet konkret, dass der Pflegebedürftige die anfallenden Pflegekosten, die nicht aus seinem Einkommen gedeckt werden können, zunächst aus seinem Vermögen zu finanzieren hat. Sind obige Grenzwerte erreicht, wird der Pflegebedürftige in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen durch ein Pflege Wohngeld unterstützt. Diese Leistung wird nicht von den unterhaltspflichtigen Angehörigen zurückgefordert. Allerdings ist das Pflege Wohngeld – wie auch das normale Wohngeld – von der Leistungshöhe her begrenzt. So beträgt die maximale Höhe des Pflege Wohngeldes in Schleswig-Holstein 15,35 Euro täglich, in Nordrhein-Westfalen ist die maximale Höhe auf die tatsächlichen Investitionskosten der jeweiligen Pflegeeinrichtungen begrenzt.

3.2 Leistungen des Pflegebedürftigen

Alle nun verbleibenden Kosten (siehe Abb.1.7) müssen durch den Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Solange der Pflegebedürftige oder die Familie dies im Rahmen einer Vollmachtsregelung organisiert, obliegt die Gestaltung, von welchen Konten die Kosten gezahlt werden, dem Pflegebedürftigen bzw. der Familie. Das Sozialamt wird erst in dem Moment aktiv, in dem die Pflegekosten nicht mehr aus Eigenmitteln gedeckt werden können. Das Sozialamt geht zunächst mit den monatlichen Fehlbeträgen zur Existenzsicherung des Pflegebedürftigen in Vorleistung. Im Gegenzug gehen jedoch viele Rechte des Pflegebedürftigen auf das Sozialamt über. So darf das Sozialamt im Namen des Pflegebedürftigen Konteneinsicht bei ihm und seiner Familie verlangen, Schenkungen zurückfordern und Unterhaltsforderungen Beitreiben.

Im weiteren Verlauf erhalten Sie einen Überblick über die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen der Finanzierung der Pflegekosten und der Haftung von Angehörigen. Zugunsten des Verständnisses werden systematisch die wesentlichen Eckpunkte erläutert, ohne bis in das letzte Detail zu gehen. Eine vollständige rechtliche Aufarbeitung des Themas kann und will dieses Buch nicht leisten. Es sollte jedoch grundsätzlich bedacht werden, dass durch den rechtzeitigen Abschluss einer Pflegevorsorge alle folgend beschriebenen Probleme einfacher, schneller und kostengünstiger gelöst werden können als durch Anwälte.

3.2.1 Einzusetzendes Einkommen

Zunächst werden alle nicht durch die gesetzliche Pflegeversicherung gedeckten Kosten für Pflege und Unterkunft aus den laufenden Einkünften des Pflegebedürftigen finanziert. Sollten alle offenen Pflegekosten bereits hiervon problemlos gezahlt werden können, so bleibt das Vermögen des Pflegebedürftigen und der unterhaltspflichtigen Personen unangetastet. Sollte es aber dazu kommen, dass Teile des Vermögens zur Finanzierung herangezogen werden müssen – was der Normalfall sein wird – dann ist die individuelle Vermögenssituation ausschlaggebend.

3.2.2 Einzusetzendes Vermögen

§ 90 SGB XII Einzusetzendes Vermögen.

(1) Einzusetzen ist das gesamte verwertbare Vermögen.

Dieser Satz des § 90 SGB XII lässt wenig Interpretationsspielraum offen. Als Einschränkung wird zum § 90 SGB XII ein Vermögensfreibetrag (kleinerer Barbetrag) von 2.600 Euro für Alleinstehende und 3.214 Euro für Verheiratete/ eingetragene

Lebenspartnerschaften ab vollendetem 60. Lebensjahr ausgewiesen [10]. Dies zeigt, dass der Ehegatte/ eingetragene Lebenspartner aufgrund der Unterhaltspflicht ebenfalls mit seinem Vermögen haftet. Dies ist unabhängig von der Form der Gemeinschaft. Ob Gütertrennung, Zugewinnngemeinschaft oder Gütergemeinschaft – der Ehegatte/ eingetragener Lebenspartner haftet als Unterhaltspflichtiger (gem. § 1360 BGB). Der Pflegebedürftige und der Ehegatte stehen also fast mit ihrem gesamten Vermögen in der Haftung.

Hierzu zählt auch das Haus (der Anteil) des Pflegebedürftigen. Bei alleinstehenden Leistungsberechtigten ist die Immobilie grundsätzlich nicht geschützt und muss immer im Bedarfsfall sofort verwertet werden. Sofern die Immobilie bei Ehegatten noch von dem Nichtpflegebedürftigen bewohnt wird **und** die Immobilie als angemessen gilt, so ist sie zunächst vor der Verwertung geschützt. Allerdings wird die Immobilie dann nach dem Tod des bis dahin noch im Haus lebenden Ehegatten verwertet (§ 102 SGB XII – Haftung aus dem Erbe). Doch was passiert, wenn die Immobilie den Angemessenheitskriterien nicht entspricht und der Ehegatte darin lebt? In diesen Fällen hat das Sozialamt, je nachdem ob die Verwertung für den bewohnenden Ehegatten eine Härte darstellt oder nicht, drei Möglichkeiten:

- a) Keine Härte: Die Immobilie wird sofort verwertet
alternativ
- b) Keine Härte: Die darlehensweise Gewährung der Sozialhilfe (Dies geht einher mit einer Eintragung ins Grundbuch und führt im Laufe der Jahre zu nicht unerheblichen Schuldzinsen). Die Immobilie wird in diesem Fall erst nach dem Tode des bewohnenden Ehegatten verwertet (§102 SGB XII).
- c) Härte ist gegeben: Die Sozialhilfe wird als Beihilfe gewährt und die Immobilie erst nach dem Tode des bewohnenden Ehegatten verwertet (§ 102 SGB XII). In diesem Fall wird die Sozialhilfe nicht als Darlehen gezahlt und entsprechend laufen keine Schuldzinsen auf.

Ob eine Härte vorliegt oder nicht, prüft der Sachbearbeiter des Sozialamtes.

Wie Sie sehen, die Immobilie des Pflegebedürftigen kann in jedem Fall zur Finanzierung der Kosten herangezogen werden. Die Frage ist nicht ob, sondern wann. Noch ein Wort zu den Angemessenheitskriterien. Diese sind nicht so üppig, wie man vielleicht vermutet. Als angemessen gilt für eine Einzelperson eine Wohnfläche von 80 m² bei Eigentumswohnungen und 90 m² bei Einfamilienhäusern zzgl. einer Grundstücksgröße von max. 500 m² [11]. Dies dürfte dann wohl eher auf die eine oder andere Eigentumswohnung zutreffen, wohl kaum aber auf die Masse der Einfamilienhäuser. Die ursprünglichen Ziele (das Haus als Sicherheit für beide Partner im Alter und evtl. Vererbung des Hauses an die Kinder), können nun jedoch nicht mehr erreicht werden.

3.2.3 Schenkungen

§ 528 BGB Rückforderung wegen Verarmung des Schenkers.

(1) Soweit der Schenker nach der Vollziehung der Schenkung außerstande ist, seinen angemessenen Lebensunterhalt zu bestreiten (...), kann er von dem Beschenkten die Herausgabe des Geschenkes (...) fordern. Der Beschenkte kann die Herausgabe durch Zahlung des für den Unterhalt erforderlichen Betrages abwenden.

Zum Vermögen gehören ebenfalls Schenkungen der letzten zehn Jahre. Der Schenker (Pflegebedürftige) wird aber in den seltensten Fällen in der Praxis eine einmal gemachte Schenkung zurückfordern. Sofern das Sozialamt jedoch in Leistung (Vorleistung) geht, gehen die Forderungsrechte gem. § 93 SGB XII auf das Sozialamt über. In diesem Fall

wird dann das Sozialamt die Rückforderung der Schenkung betreiben, oder alternativ die Sozialhilfe gem. § 2 SGB XII ablehnen mit dem Verweis auf die mögliche Rückforderung der Schenkung durch den Pflegebedürftigen. Von dem Verfahren nach § 2 SGB XII machen die Sozialämter immer häufiger Gebrauch, da in diesem Fall ein wesentlich geringerer Verwaltungsaufwand betrieben werden muss.

Hierzu ein Beispiel:

Der Vater überträgt dem Sohn im Rahmen einer Erbplanung als Schenkung ein Barvermögen von 80.000 Euro. Nach vier Jahren wird der Vater pflegebedürftig, nach weiteren vier Jahren ist das Vermögen des Pflegebedürftigen aufgebraucht und die Schenkung würde vom Sozialamt rückgefordert werden oder die beantragte Sozialhilfe mit Verweis auf § 2 SGB XII abgelehnt.

Aber selbst, wenn die Rückforderungsfrist von zehn Jahren verstrichen ist, gibt es durch die einstige Schenkung oft ein Problem. Sofern noch Kosten offen sind, die nicht durch Schenkungsrückforderungen gegenfinanziert werden können, so greift das Sozialamt als nächstes auf die Unterhaltspflichtigen zu und nimmt diese in Anspruch. Sofern die einstige Schenkung noch im Vermögen eines Unterhaltspflichtigen zu finden ist, hat er – im Verhältnis zu der Zeit vor der Schenkung – ein um den Schenkungswert höheres Vermögen. Dieses erhöhte Vermögen bildet nun aber die Grundlage für die Höhe des zu zahlenden Elternunterhalts.

Hierzu ein Beispiel:

Sollte der Pflegebedürftige erst nach Ablauf der zehnjährigen Schenkungsfrist sozial bedürftig werden, so kann das Sozialamt die Schenkung i. H. v. 80.000 Euro nicht mehr zurückfordern. Allerdings würde man nun die Unterhaltspflichtigen in die Haftung nehmen. Die Höhe der Forderung bemisst sich nach der Leistungsfähigkeit des Unterhaltspflichtigen. Diese setzt sich aus laufendem Einkommen und dem Vermögen zusammen. Durch die einstige Schenkung hat der Unterhaltspflichtige nun aber ein um 80.000 Euro höheres Vermögen (sofern noch vorhanden), welches sich auf die Höhe seiner Unterhaltszahlung negativ auswirken wird.

Insofern wirkt sich der Vermögenswert einer Schenkung nach Ablauf der „Zehn-Jahresfrist“ nur dann nicht mehr aus, wenn die Schenkung an eine *nicht unterhaltspflichtige Person* gegangen ist oder bereits verbraucht wurde. Sollten Immobilien verschenkt werden, an denen der Schenker noch Wohnrechte oder Nießbrauch hält, hebt das oftmals die Schenkungsfrist aus. In diesen Fällen kann dann auch noch nach Ablauf der „Zehn-Jahresfrist“ auf die Immobilie zugegriffen werden.

Achtung: Eine Schenkung hat grundsätzlich nichts mit Verwandtschaftsgraden zu tun. Häufig sind die Beschenkten zwar die Kinder oder Enkel, von denen dann eine Rückforderung betrieben wird, allerdings kann – und wird – die Rückforderung genauso gegenüber Beschenkten nichtverwandten Dritten betrieben.

Im Zusammenhang mit Schenkungen haben Sie vielleicht einmal etwas von einer 1/10 Regelung gehört. Um es vorweg zu nehmen – diese gilt hier nicht! Die im Erbrecht mit der Pflichtteilsreform in 2010 geänderte Regelung besagt, dass die Erben des Schenkers noch Ansprüche auf den Pflichtteil aus Schenkungen der letzten 10 Jahre haben. Dieser Anspruch reduziert sich jedes Jahr um 1/10. Da es sich in unserem Fall aber nicht um einen Todesfall des Schenkers handelt, sondern um einen Pflegefall, ist bei einer

Rückforderung durch das Sozialamt der geforderte Wert, max. die volle Schenkung, fällig und dies bis zu 10 Jahren nach Schenkung.

Zum Abschluss des Kapitels der Schenkungen erfolgt nun noch die Klärung der Frage, was passiert, wenn die Schenkung durch das Sozialamt rückgefordert wird, der Vermögenswert jedoch nicht mehr vorhanden ist (z.B. weil die geschenkten 80.000 Euro vom Beschenkten ausgegeben wurden). In diesem Fall kann das Sozialamt sich die Forderung mit einem Titel sichern und auf eine spätere Rückzahlung bestehen, sofern der Beschenkte momentan nicht leistungsfähig ist (gem. § 91 SGB XII). Sollte der Beschenkte zum Zeitpunkt der Rückforderung jedoch über keine angemessenen Vermögenswerte mehr verfügen, kann das Sozialamt von einer Rückforderung Abstand nehmen (gem. § 818 BGB Abs. 3).

§ 91 SGB XII Darlehen.

Soweit nach § 90 für den Bedarf der nachfragenden Person Vermögen einzusetzen ist, jedoch der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung des Vermögens nicht möglich ist, oder für die, die es einzusetzen hat, eine Härte bedeuten würde, soll die Sozialhilfe als Darlehen geleistet werden. Der Leistungsanspruch kann davon abhängig gemacht werden, dass der Anspruch auf Rückzahlung dinglich oder in andere Weise gesichert wird.

Sollte nun aber weder das Einkommen des Pflegebedürftigen, noch das Vermögen, noch die rückgeforderten Schenkungen ausreichen, um die entstehenden Pflegekosten zu finanzieren, so werden die unterhaltspflichtigen Personen in Haftung genommen.

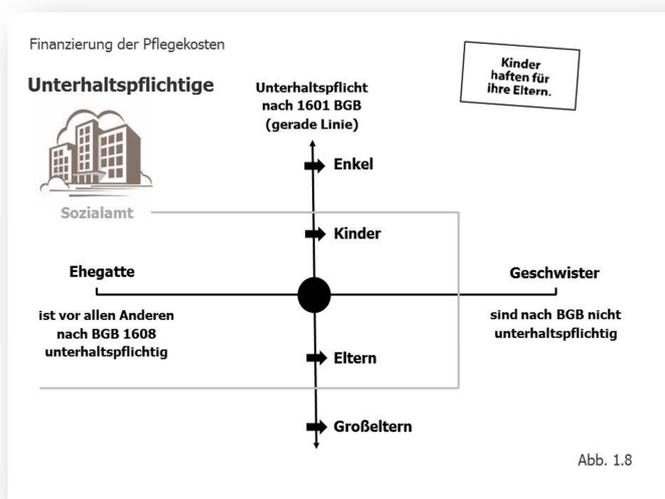
3.3 Leistungen der Unterhaltspflichtigen

§ 1601 BGB Unterhaltsverpflichtete.

Verwandte in gerader Linie sind verpflichtet, einander Unterhalt zu gewähren.

Der § 1601 BGB benennt keine Einschränkung der unterhaltspflichtigen Personen. Das bedeutet, dass der Unterhaltsberechtigte tatsächlich aus seiner gesamten geraden Linie von leistungsfähigen Unterhaltspflichtigen Unterhalt fordern kann. Sollte er aus verständlichen Gründen heraus seine gerade Linie nicht zur Unterhaltszahlung heranziehen wollen, so geht das Sozialamt in Vorleistung. Seine rechtlichen Unterhaltsansprüche gehen dann nach § 94 SGB XII auf das Sozialamt über. Der hieraus entstehende Effekt ist, dass der Unterhaltsbedürftige nie seine eigenen Kinder oder Eltern auf Unterhalt verklagen muss – das macht dann das Sozialamt. Allerdings gibt es für das Sozialamt eine wesentliche Einschränkung. Nach § 94 SGB XII kann das

Sozialamt nur innerhalb des ersten Verwandtschaftsgrades Unterhalt fordern, das bedeutet: Nur bei Kindern oder Eltern, (nicht aber z.B. von Enkeln! (siehe Abb. 1.8)



Die gerade Linie ist die Abstammungslinie, d.h. die Eltern stammen von den Großeltern, ich von meinen Eltern, meine Kinder von mir und meine Enkel von meinen Kindern ab. Man

spricht deshalb auch von der „Blutlinie“. Meine Geschwister haben ihre eigene Linie, genauso wie der Ehegatte. Beide sind nicht Verwandte in gerader Linie. Bezogen auf die Geschwister bedeutet dies, dass sie nie zu gegenseitiger Unterhaltszahlung verpflichtet werden können. Sofern man nur den § 1601 BGB betrachtet, wäre auch kein Ehegatte/ eingetragene Lebenspartnerschaft unterhaltspflichtig. Die Unterhaltspflicht des Ehegatten/ der eingetragenen Lebenspartnerschaft wird deshalb separat im § 1608 BGB geregelt:

3.3.1 Einzusetzendes Einkommen und Vermögen des unterhaltspflichtigen Ehegatten/ eingetragene Lebenspartner

§ 1608 BGB Haftung des Ehegatten oder Lebenspartners

(1) Der Ehegatte des Bedürftigen haftet vor dessen Verwandten. Soweit jedoch der Ehegatte bei Berücksichtigung seiner sonstigen Verpflichtungen außerstande ist, ohne Gefährdung seines angemessenen Unterhalts den Unterhalt zu gewähren, haften die Verwandten vor dem Ehegatten.

Bleiben wir zunächst bei dem Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartner. Dieser haftet mit seinem Einkommen und mit dem Vermögen. Das Vermögen hatten wir bereits abgehandelt. Die Ehegatten/ eingetragene Lebenspartner haben zusammen einen Freibetrag (kleinerer Barbetrag) i. H. v. 3.214 Euro. Das bedeutet, wenn der Pflegebedürftige in die Sozialhilfe abrutscht, hat zu diesem Zeitpunkt auch der Partner kein Vermögen – somit auch keine Altersversorgung – mehr.

Bleibt noch die Betrachtung des Einkommens des Ehegatten/ eingetragener Lebenspartner. Hier gilt gem. § 85 SGB XII folgende Einkommensgrenze (Anhang zu § 28 SGB XII): Der doppelte Regelsatz RBS 1 (2014: 391 Euro x 2 = 782 Euro) zzgl. Unterbringungskosten (angemessene Miete oder bei eigener Immobilie angemessene Bewirtschaftungskosten) zzgl. eines Familienzuschlages von 70 % des RBS 1 (2014: 274 Euro). Wie Sie sehen, kommt man so schnell über einen Betrag von 1.000 Euro. Sofern die Einkünfte des Ehegatten/ eingetragener Lebenspartner innerhalb dieser Einkommensgrenze liegen, wird kein Unterhaltsanspruch aus dem Einkommen geltend gemacht. „Normale“ Rentenhöhen liegen weitestgehend innerhalb dieser Grenze. Bei entsprechenden Rentenhöhen/ Pensionen müssen aber auch Ehegatten ihrer Unterhaltspflicht entsprechend nachkommen.

Sofern die unterhaltsrechtliche Inanspruchnahme des Ehegatten nicht zu einer vollständigen Deckung der offenen Kosten führt, werden die weiteren unterhaltspflichtigen Personen (Kinder) auf eine mögliche Haftung geprüft.

Stellt sich noch eine letzte Frage in Bezug auf den Partner. Was ist in diesem Zusammenhang eigentlich mit nicht verheirateten, zusammenlebenden Personen? Nun, hier besteht keine eheliche Unterhaltspflicht, insofern greifen die bisher genannten gesetzlichen Regelungen zunächst hier nicht. Allerdings bilden diese Personen eine Bedarfsgemeinschaft. Hier greift der § 20 SGB XII.

3.3.2 Eheähnliche Gemeinschaft

§ 20 SGB XII Eheähnliche Gemeinschaft.

Personen, die in einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten.

Dies kann, nach Offenlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse beider Personen, zur Versagung der Sozialhilfe führen.

3.3.3 Einzusetzendes Einkommen der unterhaltspflichtigen Kinder

Auch bei Kindern wird bei der Berechnung der Unterhaltszahlung nach Einkommen und Vermögen unterschieden. Um dies zu veranschaulichen, wird nachfolgend zunächst die Einkommensseite betrachtet.

Die Düsseldorfer Tabelle 2013 weist für unterhaltspflichtige Kinder die Freibeträge für monatliche Einkommen i. H. v. 1.600 Euro netto für Alleinstehende und weitere 1.280 Euro netto für den verheirateten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner aus. Haben die Kinder noch eigene Kinder (aus Sicht des Pflegebedürftigen sind das dann die Enkel), die noch im Kindergeldbezug sind, erhöht sich der Freibetrag nach der Düsseldorfer Tabelle meistens in der Spanne von 500 bis 700 Euro je Kind, da es sich i. d. R. nicht mehr um kleine Kinder handelt (Freibetrag abhängig vom Alter des Kindes und vom Einkommen des Unterhaltspflichtigen).

Unterhaltspflichtige Kinder sind leibliche und adoptierte Kinder. Dies impliziert, dass Schwiegerkinder nicht unterhaltspflichtig sind. Trotzdem sind sie Teil der Berechnung des zu zahlenden Unterhalts des unterhaltspflichtigen Kindes. Hintergrund ist hier, dass sich die Unterhaltshöhe am monatlichen Überschuss der Familie bemisst.

Hier nun die Grundlagen der Berechnung im Einzelnen:

Der Selbstbehalt beinhaltet die durchschnittlichen Kosten für die allgemeine Lebensführung und ist bundesweit einheitlich. Da nun aber die individuelle Lebensführung von diesem Standard abweichen kann und wird, obliegt es dem örtlichen Sozialamt diesen Freibetrag den individuellen Lebensverhältnissen anzupassen. Zunächst wird die Unterhaltsberechnung anhand der pauschalen Freibeträge durchgeführt. Der Unterhaltspflichtige kann aber seine individuellen Kosten zur Prüfung vorlegen. Im Rahmen einer Einzelfallentscheidung wird dann jede einzelne Position geprüft und im Einzelfall genehmigt – oder nicht.

Ein Beispiel hierzu:

Aufgrund der im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höheren Miete in München erhöht sich der Freibetrag hier um den Anteil, den die tatsächliche Miete über dem im Freibetrag festgesetzten Mietanteil liegt (ausgehend von einer dem Status des Unterhaltspflichtigen angemessenen Wohnung).

Auch Finanzierungen für selbstgenutzte Immobilien werden nach diesem Muster bewertet und führen, soweit die monatliche Belastung für die angemessene Immobilie über dem pauschalen Mietanteil in dem Freibetrag liegt, zu einer Erhöhung des Freibetrages. Anerkannt werden hier aber nur normale Tilgungsraten. Künstlich hohe Tilgungsraten von Immobilien werden nicht in vollem Umfang anerkannt. Der Umfang der Anerkennung ist immer eine Einzelfallentscheidung und obliegt dem Sozialamt.

Des Weiteren werden auch Verbindlichkeiten anerkannt.

Ein Beispiel hierzu:

Das finanzierte angemessene Auto wird anerkannt, sofern kein direkter zeitlicher Zusammenhang zwischen Vertragsabschluss und Unterhaltspflicht bestand. Hierdurch soll verhindert werden, dass durch das kurzfristige Eingehen von Verbindlichkeiten die Unterhaltszahlungen umgangen werden. Auch hier gibt es

eine Ausnahme. Sollte beispielsweise ein Leasingvertrag für ein selbstgenutztes angemessenes Fahrzeug kurz vor Beginn der Unterhaltszahlung auslaufen, dann würde ein neuer Leasingvertrag für ein gleichwertiges Fahrzeug akzeptiert werden. Die Leasingrate wird dann als laufende Ausgabe der normalen Lebensführung gewertet.

Die Anerkennung dieser, sowie aller weiteren Kosten, sind Einzelfallentscheidungen des Sozialamtes. Genauere Ausführungen hierzu finden Sie in den Leitlinien der Oberlandesgerichte.

Nachdem nun die Kosten geklärt sind, schauen wir uns die Berechnung der Höhe der Unterhaltszahlung an.

Ist das unterhaltspflichtige Kind weder verheiratet noch in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft, wird der Selbstbehalt zunächst von den monatlichen Nettoeinkünften (ggf. zzgl. weiterer vom Sozialamt genehmigter Kosten) abgezogen. Von diesem verbleibenden Überschuss wird nach den Leitlinien der Oberlandesgerichte ein zusätzlicher Selbstbehalt i. H. v. 50 % erlassen, sofern dies der Angemessenheit entspricht. Der verbleibende Rest ist dann der zu zahlende Elternunterhalt.

Ein Beispiel hierzu:

Die unterhaltspflichtige Tochter verdient monatlich 2.200 Euro netto. Nach Abzug des Selbstbehaltes i. H. v. 1.600 Euro und weiterer anerkannter zusätzlicher Kosten i. H. v. 300 Euro verbleiben monatlich 300 Euro. Diese Summe vermindert sich um den zusätzlichen Selbstbehalt i. H. v. 50 %. Somit sind als Elternunterhalt monatlich 150 Euro abzuführen.

Bei Verheirateten/ eingetragenen Lebenspartnerschaften wird zunächst die Quote ermittelt, welcher Partner wie viel zum Familieneinkommen beiträgt.

Ein Beispiel hierzu:

Der unterhaltspflichtige Mann verdient 3.000 Euro netto, die Frau 1.000 Euro netto monatlich (75 %/ 25 %). Von dem Gesamtnettoeinkommen beider Ehegatten (4.000 Euro) werden die Selbstbehalte abgezogen (1.600 Euro für das unterhaltspflichtige Kind und weitere 1.280 Euro für das Schwiegerkind). Es verbleibt 1.120 Euro Familienüberschuss in unserem Beispiel. Diese Summe reduziert sich ggf. noch durch weitere vom Sozialamt genehmigte Kosten. Der erzielte Überschuss gehört beiden Ehegatten. Da aber nur das unterhaltspflichtige Kind zu Zahlungen herangezogen werden kann, wird der Anteil des unterhaltspflichtigen Kindes am Überschuss analog der Einkünfte ermittelt (in diesem Fall 75 % Anteil von 1.120 Euro Überschuss = 840 Euro). Dieser Wert vermindert sich zunächst um 10 % Haushaltsersparnis = 756 Euro. Hiervon wird dann der zusätzlichen Selbstbehalt i. H. v. 50 % abgezogen (756 Euro x 50 % = 378 Euro). Die ermittelte Summe entspricht der Höhe der Unterhaltszahlung.

Durch diese prozentuale Rechnung wird das Schwiegerkind selbst nicht in die Haftung genommen. Allerdings führt dies oftmals dazu, dass durch diese Rechnung das unterhaltspflichtige Kind höher in Haftung genommen wird, als wenn man es alleine betrachtet hätte.

Zwei Beispiele hierzu:

A) Der pflegebedürftige Mann hat eine verheiratete Tochter. Alleine betrachtet verdient die Tochter 1.000 Euro netto und würde damit unter dem Selbstbehalt liegen und gar keinen Elternunterhalt zahlen. Da sie jedoch verheiratet ist und ihr Mann 3.000 Euro netto verdient, wird der Überschuss der Familie berechnet: 4.000 Euro Gesamtnettoeinkommen abzüglich 1.600 Euro Selbstbehalt des unterhaltspflichtigen Kindes abzüglich 1.280 Euro Selbstbehalt für den Partner = 1.120 Euro Überschuss. Dieser Wert vermindert sich zunächst wieder um 10 % Haushaltsersparnis = 1.008 Euro. Da sie zu 25 % zum Familieneinkommen beiträgt, werden auch nur 25 % vom Familienüberschuss angesetzt = 252 Euro. Hiervon wiederum den zusätzlichen Selbstbehalt i. H. v. 50 % abgezogen, ergibt das einen Elternunterhalt von 126 Euro monatlich.

B) Der pflegebedürftige Mann hat eine verheiratete Tochter mit einem Nettoverdienst i. H. v. 2.500 Euro monatlich. Da sie verheiratet ist und ihr Mann ebenfalls 2.500 Euro netto verdient, wird der Überschuss der Familie wie folgt berechnet: 5.000 Euro Gesamtnettoeinkommen abzüglich 1.600 Euro Selbstbehalt des unterhaltspflichtigen Kindes abzüglich 1.280 Euro Selbstbehalt für den Partner = 2.120 Euro Überschuss. Dieser Wert vermindert sich wieder um 10 % Haushaltsersparnis = 1.908 Euro. Da sie zu 50 % zum Familieneinkommen beiträgt, werden auch nur 50 % des verbleibenden Familienüberschusses angesetzt = 954 Euro. Hiervon wiederum den zusätzlichen Selbstbehalt i. H. v. 50 % abgezogen, ergibt das einen Elternunterhalt von 477 Euro monatlich.

Berechnung des Selbstbehaltes bei gutverdienenden Schwiegerkindern

Wenn das unterhaltspflichtige Kind mit einem in guten/ sehr guten Einkommensverhältnissen lebenden Partner verheiratet ist, hat der BGH eine Herabsetzung des Selbstbehaltes gerechtfertigt. Dies kann in Abhängigkeit der Höhe des Mehrverdienstes des Schwiegerkindes dazu führen, dass „nur“ der zusätzliche Selbstbehalt von 50 % aufgrund der nicht gegebenen Angemessenheit reduziert wird oder entfällt. Sollte das Schwiegerkind jedoch in sehr guten Einkommensverhältnissen leben, kann es sogar dazu führen, dass dem unterhaltspflichtigen Kind nur ein reduzierter oder gar kein Selbstbehalt zuerkannt wird. Hierdurch kann es dazu kommen, dass das unterhaltspflichtige Kind durch die Unterhaltszahlung unter das Existenzminimum fällt. Dies wird vom BGH mit dem Argument gerechtfertigt, dass aufgrund der Ehe der Lebensunterhalt des pflichtigen Kindes je nach Einzelfall bereits ganz oder zumindest teilweise durch das Einkommen des Ehegatten gedeckt sei, BGH Urteil v. 15.10.2003, FamRZ 2004, 366ff.

3.3.4 Rangverhältnisse der unterhaltspflichtigen Kinder

Der Gesetzgeber hat festgehalten, dass Kinder in Abhängigkeit von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit Elternunterhalt zu zahlen haben.

§ 1606 BGB Rangverhältnisse mehrerer Pflichtiger.

- (1) Die Abkömmlinge sind vor den Verwandten der aufsteigenden Linie unterhaltspflichtig.*
- (2) Unter den Abkömmlingen und unter den Verwandten der aufsteigenden Linie haften die Näheren vor den Entfernteren.*
- (3) Mehrere gleich nahe Verwandte haften anteilig nach ihren Erwerbs- und Vermögensverhältnissen.*

Dies kann zu einer subjektiv empfundenen Ungleichbehandlung der Kinder führen, da Normal- und Geringverdiener aufgrund der Selbstbehalte oftmals aus dem laufenden Einkommen keinen Elternunterhalt zahlen müssen.

Ein Beispiel hierzu:

Der Pflegebedürftige hat drei Kinder im Alter um die 50 Jahre, hiervon zwei „Normalverdiener“ und einen „Gutverdiener“. Die beiden Kinder mit Normalverdienst haben gute Chancen aufgrund der Selbstbehalte aus dem Einkommen nicht in Haftung genommen zu werden, während der Gutverdiener Gefahr läuft, die komplette offene monatliche Summe der Pflegekosten als Elternunterhalt alleine zu zahlen.

3.3.5 Unterhaltspflichtige Kinder ohne eigenes Einkommen

Grundsätzlich besteht unter Ehegatten ein Anspruch auf Taschengeld in Höhe von 5 % bis 7 % des um berufliche Ausgaben bereinigten Nettoeinkommens.

Ein Beispiel hierzu:

Eine Sachbearbeiterin verdient 2.100 Euro netto. Davon werden ihr 100 Euro berufsbezogene Ausgaben zugestanden. Ihr erwerbsloser Ehegatte hat Anspruch auf Taschengeld in Höhe von 100 bis 140 Euro.

Dieses Taschengeld ist jedoch nicht in voller Höhe als Elternunterhalt einzusetzen. Geschützt hiervon ist der Betrag i. H. v. 5 % bis 7 % des Selbstbehaltes des unterhaltspflichtigen Kindes (1.600 Euro), in diesem Fall also etwa 80 bis 110 Euro. Vom Restbetrag wird nun die Hälfte (zusätzlicher Selbstbehalt) als Unterhaltsleistung herangezogen.

3.3.6 Einzusetzendes Vermögen der unterhaltspflichtigen Kinder

Neben den laufenden Einkünften wird natürlich auch das Vermögen der unterhaltspflichtigen Kinder bewertet. Das Vermögen des Schwiegerkindes kann nicht eingefordert werden, da das Schwiegerkind nicht unterhaltspflichtig ist.

Dem Unterhaltspflichtigen ist neben der gesetzlichen Rente als Altersvorsorge ein Schonvermögen im Sinne einer angemessenen privaten Altersvorsorge zu belassen. Hierzu gelten folgende Richtwerte:

Der Bundesgerichtshof hält eine Rücklage für die zusätzliche Altersfürsorge für angemessen, welche 5 % für Arbeitnehmer (25 % für Selbstständige) des gegenwärtigen Bruttoeinkommens entspricht, verzinst mit 4 % für jedes Berufsjahr. Auch wenn die aktuellen Zinssätze weit unter diesem Wert liegen, hält der BGH derzeit an diesem Satz fest (Urteil vom 07.08.2013, Az. XII ZB 269/12).

Ein Beispiel hierzu:

Das 55-jährige unterhaltspflichtige Kind verdient monatlich 2.140 Euro brutto, hieraus 5 % monatlich = 107 Euro x 35 Jahre Berufsleben inkl. 4 % Verzinsung = ~ 97.000 Euro Vermögensfreibetrag.

Ein Hinweis zum Selbstständigen: Die angesprochenen 25 % beziehen sich auf das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen. Dieser erhöhte Satz wird gewährt, da Selbstständige nicht – wie die Arbeitnehmer zusätzlich – in der gesetzlichen Rentenversicherung beitragspflichtig versichert sind. Voraussetzung ist allerdings, dass tatsächlich entsprechende Beträge monatlich zurückgelegt werden und nicht in den

laufenden Lebensunterhalt fließen, also verbraucht werden. Es spielt jedoch keine Rolle, wie das Geld investiert ist (OLG Düsseldorf, Urteil vom 21.06.2012, Az. II-9 UF 190/11).

Einen Sonderstatus stellt jedoch die eigengenutzte Immobilie des unterhaltspflichtigen Kindes dar. Sofern die Immobilie abbezahlt ist, wird der Wert der Immobilie nicht mehr wie früher gegen das Vermögen gerechnet. Nach aktueller Rechtsprechung (Urteil des BGH vom 17.10.2012, AZ: XII ZR 17/11) wird ein sog. „subjektiver Wohnwert“ für die Immobilie ermittelt. Dies ist der ortsübliche Mietpreis, reduziert um Abschläge. Da der Unterhaltspflichtige sich nun ja in der komfortablen Situation befindet, lastenfremd zu wohnen, wird der subjektive Wohnwert auf das Einkommen des Unterhaltspflichtigen aufgeschlagen und wirkt sich entsprechend einkommenserhöhend – und somit unterhaltserhöhend – aus.

3.3.7 Die Zahlung des Elternunterhalts mit Eintritt in die Rente

Mit Erreichung des gesetzlichen Rentenalters erfolgt eine Umrechnung des bisherigen Schonvermögens in Einkommen. Hintergrund ist hierzu, dass die Rücklagen für das Alter nun auch ihrem Zweck zugeführt und verbraucht werden müssen. Hier kann es dazu kommen, dass das Sozialamt von dem anzurechnenden Gesamtvermögen einen Sockelbetrag als geschützt anerkennt, der nicht verwertet werden muss.

Vervielfältiger § 14 BewG		
Alter	Männer	Frauen
60	12,713	13,772
61	12,458	13,541
62	12,196	13,296
63	11,923	13,045
64	11,643	12,783
65	11,354	12,508
66	11,058	12,224
67	10,754	11,930
68	10,447	11,624
69	10,123	11,303
70	9,801	10,972
71	9,467	10,630
72	9,125	10,278
73	8,782	9,915
74	8,431	9,546
75	8,079	9,166
76	7,727	8,787
77	7,376	8,398
78	7,032	8,005
79	6,690	7,615
80	6,358	7,223
81	6,030	6,837
82	5,708	6,450
83	5,392	6,071
84	5,082	5,701
85	4,780	5,342
86	4,487	4,994
87	4,203	4,668
88	3,945	4,357
89	3,698	4,063
90	3,472	3,802
91	3,242	3,553
92	3,042	3,341
93	2,857	3,134
94	2,678	2,933
95	2,523	2,747
96	2,375	2,584
97	2,235	2,428
98	2,103	2,279
99	1,987	2,147

Abb 1.9

(Bundesgerichtshof, Urteil vom 21.11.2012 (Aktenzeichen XII ZR 150/10)) Die Höhe eines möglichen Sockelbetrages ist jedoch Einzelfallentscheidung des Sozialamtes.

Die Berechnung im Einzelnen:
Sofern eine Unterhaltspflicht bereits besteht, wird das Vermögen mit Erreichen der gesetzlichen Altersrente auf Basis der Restlebenserwartung in laufende Erträge umgerechnet und erhöht somit die bestehenden Einkünfte (Rente etc.). Hierzu bedient man sich folgender Formel:

Vermögen \cdot 12 \cdot Vervielfältiger nach § 14 BewG

Ein Beispiel hierzu:

Die 67-jährige Frau mit einem Vermögen von 100.000 Euro hat aus der Tabelle 1.9 einen Vervielfältiger von 11,930. Die Umrechnung basiert somit auf folgender Formel:

$$100.000 \text{ Euro} \cdot 12 \cdot 11,930 = 698,52 \text{ Euro}$$

Sollte die Frau noch Einkünfte aus der gesetzlichen Rente i. H. v. 1.000 Euro monatlich beziehen, so wird als Berechnungsbasis für die zukünftige Unterhaltszahlung nun ein Einkommen i. H. v. 1.698,52 Euro angesetzt.

Tritt die Unterhaltspflicht erst später ein, so ist das jeweilige Alter bei Eintritt der Unterhaltspflicht aus der Tabelle 1.9 zu entnehmen.

Bitte beachten Sie, dass in dieser Berechnung fremd vermietete Immobilien nicht zum Vermögen gehören, da der Ertrag ja bereits neben der gesetzlichen Rente zu einem höheren Einkommen führt. Genauso zählt die eigengenutzte Immobilie nicht zum Vermögen, da – sofern die Immobilie abbezahlt ist – der subjektive Wohnwert ebenfalls die Einkünfte erhöht.

3.3.8 Unterhaltsrelevanter Anspruch auf Taschengeld

Dem Pflegebedürftigen steht ein kleiner Barbetrag (Taschengeld) zur persönlichen Verfügung zu. Dieser beträgt 27 % des Eckregelsatzes (2014 = 105,57 Euro). Dieses Taschengeld dient zur Finanzierung der Dinge des täglichen persönlichen Bedarfs (z.B. Zeitschriften, Schreibmaterial, Körperpflegeprodukte und sonstige Kleinigkeiten des täglichen Lebens). Dieses Taschengeld gehört zum unterhaltsrechtlichen Bedarf des Pflegebedürftigen und kann im Rahmen des Elternunterhalts von den unterhaltspflichtigen Personen gefordert werden.

Fazit zum Kapitel: Wie Sie gerade in diesem Kapitel gelesen haben, kann durch einen Pflegefall bei allen Familienmitgliedern ein erheblicher finanzieller Schaden entstehen, der zusätzlich zu der emotionalen Belastung noch Geldsorgen und Probleme verursacht.

4) Vorteile einer privaten Pflegevorsorge

Grundsätzlich wird mit einer privaten Pflegevorsorge der Vermögensschaden des Pflegebedürftigen durch den Pflegefall abgesichert. Aus diesem Grunde wird auch von einer „Vermögenssicherungspolice“ gesprochen.

Da Geld keinen Selbstzweck hat, findet sich der tiefere Sinn der Pflegevorsorge in der Sicherung der Zweckbestimmung des laufenden Einkommens oder des Vermögens. Dies kann die eigene Altersversorgung oder die des Partners sein. Möglicherweise ist das Geld später als Erbe für die Kinder gedacht, oder es geht um die Absicherungen von Schenkungen an Dritte. Natürlich wäre auch die Absicherung des Partners oder der Kinder vor Unterhaltszahlungen ein wichtiger Grund genauso wie die Sicherung der eigenen Immobilie. Neben den finanziellen Motiven sollte man an dieser Stelle auch die emotionalen Motive nicht außer Acht lassen. Hierzu zählt der Familienfrieden genauso wie die Tatsache, dass die Angehörigen (Kinder/ Schwiegerkinder) nicht zu stark durch die Pflege belastet werden. Sie sehen, die möglichen Motive für eine entsprechende Vorsorge sind vielfältig.

Sollte weder Vermögen noch ein entsprechendes laufendes Einkommen vorhanden sein, wäre zu prüfen, ob finanziell potente Unterhaltspflichtige vorhanden sind, die im Pflegefall relativ schnell in die Unterhaltspflicht genommen werden würden.

Letztlich dient das Vermögen – und damit auch die Vermögenssicherungspolice – der Sicherung der Lebensqualität im Alter und der Absicherung der Familie. Aus diesem Grund ist eine Pflegevorsorge daher fast zwingend notwendig.

5) Formen der privaten Pflegeversicherungen

Ansprüche über die gesetzlichen Leistungen hinaus werden aus einer privaten Pflegezusatzversicherung erbracht.

Der Markt der Pflegezusatzversicherungen in Deutschland findet seinen eigentlichen Start – obwohl auch schon vorher angeboten – mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995. Die mediale Präsenz des Themas führt zu einer stärkeren Nachfrage und zu einem verstärkten Angebot von Pflegeversicherungsprodukten am Markt. Die Angebote beschränkten sich damals noch auf Pfl egetagegeldversicherungen und Pflegekostenversicherungen der Krankenversicherungen. Im Jahr 2002 hatte der erste Pflegerententarif eines Lebensversicherungsunternehmens seine Markteinführung. Eine Sonderform der Pflegevorsorge stellen sogenannte „Rentenversicherungen mit Pflegeoptionsrecht“ dar, die unter Punkt 5.5 näher beschrieben wird.

Die drei Hauptprodukte (Pfl egetagegeldversicherung, die Pflegekostenversicherung und die Pflegerentenversicherung) sind auch heute die wesentlichen Pflegezusatztarife am deutschen Versicherungsmarkt. Auf diese Systeme werden wir nun im weiteren Verlauf eingehen. Schnell stellt sich die Frage nach dem besten Tarif. Die Beantwortung ist allerdings abhängig von den gestellten Anforderungen an die Pflegevorsorge. Ist ein möglichst niedriger Beitrag das Hauptkriterium, so fällt das Ergebnis anders aus, als wenn Leistungskomponenten des Tarifs im Vordergrund stehen. Während der Beitrag recht einfach zu vergleichen ist, erfordert der Vergleich des möglichen Leistungskatalogs eine wesentlich intensivere Betrachtung der Tarife. Insofern kann diese Frage nicht pauschal beantwortet werden.

5.1 Die Pfl egetagegeldversicherung

Begriff: Die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen angebotenen Pfl egetagegeldversicherungen zahlen einen vereinbarten Tagessatz monatlich nachschüssig, sofern die versicherte Pflegestufe erreicht wurde. Maßgeblich hierfür ist die Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI, welches auch Grundvoraussetzung für Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung/ Pflegepflichtversicherung ist. Ein Kostennachweis in Form von Rechnungen etc. ist nicht erforderlich. Der Kunde kann also völlig frei über die Versicherungsleistung verfügen.

Leistungen: Die meisten Pfl egetagegeldtarife unterscheiden zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Bei ambulanter Pflege wird i. d. R. nur ein geringerer Anteil der Versicherungsleistung fällig, bei notwendiger stationärer Pflege dann 100 %. Die Notwendigkeit muss vom Gutachter festgestellt werden. Je nach Tarif können die Pflegestufen individuell versichert werden. Bei den meisten Anbietern ist neben den regulären Pflegestufen auch Demenz mit versicherbar, oftmals analog der gesetzlichen Regelung der „Eingeschränkten Alltagskompetenz“ (sog. Pflegestufe 0). Die Beitragszahlungsweise ist monatlich, wie es für private Krankenversicherungen üblich ist. Beitragsbefreiung im Leistungsfall ist in der privaten Krankenversicherung keine Standardleistungskomponente, in der Pfl egetagegeldversicherung wird sie jedoch von vielen Gesellschaften angeboten. Ein besonderes Highlight der Pfl egetagegeldversicherung ist die Kindernachversicherungsgarantie ohne Gesundheitsfragen, wodurch das Produkt gerade für junge Paare mit Kinderwunsch interessant sein dürfte. Die Möglichkeit des Einschlusses einer Dynamik ist i. d. R. ebenso gegeben wie verschiedene Assistenzleistungen.

Prämien und Kalkulation: Der Vorteil einer Pflagegeldversicherung liegt zunächst im günstigen Beitrag. Dieser ist deshalb so günstig, weil die Leistungen festgeschrieben sind und sich *nicht* durch Überschüsse erhöhen. Die Pflagegeldversicherung ist als Risikoversicherung nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert. Es wird eine Altersrückstellung nach dem Kapitaldeckungsprinzip gebildet, die eine Prämienhöhung im Alter aufgrund des steigenden Risikos verhindern soll. Im Fall der Kündigung des Tarifs geht das Guthaben aus der Altersrückstellung auf die Versichertengemeinschaft über und der Kunde erhält kein Geld zurück. Sollte der Leistungsfall bis zum Tod nicht eintreten, ist keine Todesfalleistung vorgesehen.

Fazit: Als Risikoversicherung bietet die Pflagegeldversicherung einen soliden Versicherungsschutz als Ergänzung zur gesetzlichen Grundversorgung. Durch die Kindernachversicherungsgarantie kann die gesetzliche Versorgungslücke geschlossen werden, wenn Kinder bereits pflegebedürftig geboren werden. Der Beitrag ist im Vergleich zu Pflagerentenversicherungen niedriger, kann jedoch im Laufe der Jahre steigen.

5.1.1 Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung

Auch die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung (sog. „Pflege-Bahr“) ist eine Pflagegeldversicherung. Allerdings schreibt der Staat aufgrund der Förderung gewisse Mindeststandards für diesen Tarif vor.

Bereits im Koalitionsvertrag von 2009 zwischen der FDP und der CDU/ CSU war die Einführung einer entsprechenden kapitalgedeckten privaten Zusatzversicherung festgehalten worden. Die zentralen Punkte waren damals ein Kontrahierungszwang für den Versicherer (jeder Kunde sollte ohne Gesundheitsprüfung versicherbar sein) und die Einführung dieser kapitalgedeckten Zusatzversorgung als private Pflichtversicherung für alle Bundesbürger. Hierdurch wäre für die Versicherer automatisch eine entsprechende Risikostreuung gegeben. Bei den Verhandlungen zu der tatsächlichen Umsetzung dieser Vereinbarung (Beschluss des Bundeskabinetts am 06.06.2012 und Inkrafttreten am 01.01.2013) entfiel jedoch diese Versicherungspflicht im Rahmen der Verhandlungsgespräche zwischen den Parteien wieder, so dass die Versicherer nun vor einer schwierigen Aufgabe standen. Um den geförderten Tarif anbieten zu können, hatten sie neben den geforderten Mindeststandards auch noch den Kontrahierungszwang einer freiwillig abzuschließenden Versicherung einzukalkulieren. Aufgrund dieses Kontrahierungszwanges bestand für den einzelnen Versicherer die Gefahr, dass sich zu viele kranke und schwerstkranke Personen in diesem Tarif versichern, und damit der Tarif auf Dauer aufgrund der Kosten nicht tragbar sein würde. Ein Versuch der Versicherer, einen gemeinsamen Risikopool hierzu zu bilden, scheiterte jedoch 2012. So oblag es jedem einzelnen Versicherer für ein gemischtes Risiko (Anteil gesunde und vorerkrankte Kunden) im eigenen Tarif Sorge zu tragen.

Ein wesentlicher Punkt um eine entsprechende Risikostreuung im Tarif zu erhalten, ist der Vertriebsweg/ die Vertriebsart des Versicherers. Es ist für das entstehende Versicherungskollektiv ein großer Unterschied, ob diese Versicherung über Vermittler angeboten wird, die unter Umständen nur die vorerkrankten Kunden in diesem Tarif versichern oder ob die Versicherung über das Internet angeboten wird, wo sich Kunden unabhängig vom Gesundheitszustand selber versichern. Manche Versicherer entscheiden sich auch für einen Vertrieb über Kundenanschriften (Mailings), wobei nur Kunden bis etwa 45 Jahren angeschrieben werden, die insgesamt betrachtet erheblich gesünder sind,

als bei einem höherer Altersdurchschnitt. In diesem Alterssegment ist der Beitrag auch wesentlich niedriger und es gibt zunächst viel weniger Leistungsfälle.

In einem direkten Vergleich zwischen einer Pfl egetagegeldversicherung (klassisch) und der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung – sofern die Leistungen identisch wä ren – müsste die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung aufgrund des Kontrahierungszwanges des Versicherers grundsätzlich teurer sein als die klassische Pfl egetagegeldversicherung mit Gesundheitsprüfung. Aufgrund der staatlichen Förderung wird dieser „Mehrbeitrag“ jedoch teilweise oder ganz wieder aufgefangen. Dies ist jedoch stark vom Eintrittsalter des Kunden abhängig. Bei jungen Kunden entspricht die Förderung max. 33 % des Gesamtbeitrages, bei älteren Kunden geht der Anteil in einen einstelligen Prozentbereich zurück. Nach den Erhebungen des PKV Verbandes sind aber nur knapp 30 % der Versicherten die einen „Pflege-Bahr-Vertrag“ abgeschlossen haben jünger als 40 Jahre und nur 50 % jünger als 50 Jahre [12]. Es lohnt sich also durchaus, aus Leistungs- und Beitragssicht die Tarife zu vergleichen. Für viele Kunden gibt es oftmals mit der klassischen Pfl egetagegeld-/ Pflegekosten-/ oder Pflegerentenversicherung interessantere Tarife als die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung.

Die Kalkulation eines Tarifs ist immer eine Wahrscheinlichkeitsrechnung des Versicherers. Sollte die Kalkulation mit der späteren Realität jedoch nicht übereinstimmen, so hat der Krankenversicherer die Möglichkeit – und die Pflicht – der Beitragsanpassung. Die tatsächliche gesellschaftsabhängige Beitragshöhe werden wir somit erst ab dem Jahr 2018 und in den Folgejahren kennen, wenn die Wartezeit von fünf Jahren abgelaufen ist und die ersten Verträge in die Leistung kommen. Erst dann weiß auch der Versicherer wie schadenträchtig das Versicherungskollektiv seines geförderten Pfl egetarifes ist.

Zu den staatlich vorgegebenen besonderen Rahmenbedingungen dieser Vorsorge:

Berechtigter Personenkreis

Förderberechtigt sind alle Personen, die eine soziale oder private Pflegepflichtversicherung haben, mindestens 18 Jahre alt sind und nicht bereits pflegebedürftig sind.

Höhe der Förderung

Gezahlt wird eine Zulage von jährlich 60 Euro (5 Euro pro Monat), es muss ein Eigenbeitrag von mindestens 120 Euro pro Jahr (10 Euro pro Monat) gezahlt werden. Die Zulage ist ein zusätzlicher Beitragsteil, der Mindestbeitrag beträgt somit 180 Euro pro Jahr (15 Euro im Monat). Die Höhe des Beitrages ist abhängig vom Eintrittsalter.

Weitere Voraussetzungen

Voraussetzung für die Förderung ist der Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung. Der Versicherer hat alle zulagenberechtigten Personen ohne Altersbegrenzung anzunehmen. Ebenfalls hat er auf eine Risikoprüfung zu verzichten, sowie auf Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge. Die maximal Wartezeit beträgt 5 Jahre (entfällt bei Unfall).

Geldleistung in Höhe von mindestens

- 600 Euro für die Pflegestufe III -> 100 %
- 180 Euro für die Pflegestufe II -> 30 %
- 120 Euro für die Pflegestufe I -> 20 %
- 60 Euro für die Pflegestufe 0 -> 10 %

Eine Vielzahl der Gesellschaften erhöht diese Mindestleistungen oftmals mit folgenden Leistungsstufen: 100 % in Pflegestufe III, 60 % in Pflegestufe II, 30 % in Pflegestufe I, 10 % in der sog. Pflegestufe 0 – jeweils bezogen auf den Mindesttagessatz von 20 Euro bzw. monatlich 600 Euro in Pflegestufe III.

In der Abb. 2.0 sehen Sie den exemplarischen Verlauf von Beitrag und Leistung eines Versicherers bezogen auf das jeweilige Eintrittsalter. Während in jungen Jahren aufgrund der altersabhängigen Beitragshöhe noch für die 15 Euro Mindestbeitrag hohe

Alter	Beitrag je 100 € Monatsgeld	Monatsgeld Pflegestufe III	Gesamtbeitrag	Zahlbeitrag abzgl. Förderung
18	1,06 €	1.415,09 €	15,00 €	10,00 €
39	2,49 €	602,40 €	15,00 €	10,00 €
40	2,59 €	600,00 €	15,54 €	10,54 €
50	3,95 €	600,00 €	23,70 €	18,70 €
60	6,26 €	600,00 €	37,56 €	32,56 €
70	10,68 €	600,00 €	64,08 €	59,08 €
80	20,20 €	600,00 €	121,20 €	116,20 €

Berechnung: Beitrag je 100 Euro Monatsgeld = Gesamtbeitrag*100/Monatsgeld PS III

Abb.2.0

Versicherungssummen erzielt werden, kommt es ab einem Eintrittsalter (gesellschaftsabhängig) von ca. 40 bis 45 Jahren bei einer Mindestversicherungssumme von 600 Euro in der PS III zu einem sukzessiven Anstieg des Beitrages in Abhängigkeit vom Eintrittsalter. Die staatliche Förderung i. H. v. 5 Euro monatlich wird jedoch unabhängig vom Eintrittsalter in gleichbleibender Höhe gewährt.

Fazit: Die geförderte Pflegezusatzversicherung ist aus staatlicher Sicht ein wahrer Segen, auch wenn die ursprüngliche Abschlusserwartung der Bundesregierung von 1,5 Mio. Verträgen in 2013 wurde mit tatsächlich abgeschlossenen 353.400 Verträgen weit verfehlt wurde. Aufgrund des Kontrahierungszwanges in Verbindung mit der kurzen Wartezeit von fünf Jahren übernimmt die private Versicherungswirtschaft kurzfristig einen Großteil der finanziellen Pflegerisiken.

Ein Beispiel hierzu:

Ein Pflegebedürftiger in der PS III der 24.000 Euro Altersrücklagen hat, kommt bei einem Selbstbehalt i. H. v. ca. 2.000 Euro monatlich (hiervon 1.000 Euro aus der Rente und 1.000 Euro aus dem Vermögen) zwei Jahre ohne die Hilfe des Sozialamtes aus. Hat er jedoch eine staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung abgeschlossen, so kann er 1.000 Euro aus der Rente finanzieren, 600 Euro aus der staatlich geförderten Vorsorge und muss „nur“ 400 Euro aus dem Vermögen entnehmen. Hierdurch kommt er fünf Jahre ohne die Hilfe des Sozialamtes aus. Sollte er bis dahin in der Pflege verstorben sein, so entfällt eine Leistung des Sozialamtes komplett. Sollte die Pflegebedürftigkeit andauern, so muss das Sozialamt nach den fünf Jahren nur eine verminderte Leistung i. H. v. 400 Euro monatlich erbringen.

Somit hat der Staat neben den zukünftigen langfristigen finanziellen Pflegerisiken auch einen großen Teil der kurzfristigen Finanzierungsprobleme (in fünf Jahren) der Pflege auf die private Versicherungswirtschaft umgelegt. Die sieht in der geförderten Vorsorge jedoch nur einen weiteren, ergänzenden Tarif, der neben den klassisch kalkulierten (und meist ertragreicheren) Tarifen bestehen muss.

Da die geförderte Vorsorge nie die gesamte Versorgungslücke schließen kann, nutzen die Versicherer die Förderung häufig als Gesprächseinstieg, um die Versorgungslücke dann mit einem Mix aus geförderter Vorsorge und regulären Tarifen zu schließen.

5.2 Die Pflegekostenversicherung

Begriff: Die Besonderheit der ebenfalls von den privaten Krankenversicherungsunternehmen angebotenen *Pflegekostenversicherung* ist, dass sie keine fest vereinbarten Summen leistet, sondern sich an den Rechnungshöhen der tatsächlich entstandenen Kosten für die Pflege orientiert. Je nach Tarif übernimmt die Pflegekostenversicherung die anfallenden Pflegekosten bis zu 100 %. Maßgeblich hierfür ist die Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI, welches auch Grundvoraussetzung für Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung/ Pflegepflichtversicherung ist. Aufgrund des geforderten Kostennachweises kann der Kunde *nicht frei* über die Versicherungsleistung verfügen.

Leistung: Um zu ermitteln, ob und in welcher Höhe dann eine Leistungspflicht für die private Pflegekostenversicherung besteht, müssen die entsprechenden Kosten jeweils durch Rechnungen und Belege nachgewiesen werden. Rechnungen aus dem Ausland werden i. d. R. nicht akzeptiert. Ein Vorteil der Pflegekostenversicherung ist, dass Kosten für Hilfsmittel (Rollstuhl, Krücken,...) ebenfalls erstattet werden, jedoch sollte man diesbezüglich die Bedingungswerke der Versicherer genau studieren, da manche Versicherer die Leistungen für Hilfsmittel begrenzen. Je nach Tarif können die Pflegestufen individuell versichert werden. Eine Absicherung des Demenzrisikos („eingeschränkte Alltagskompetenz“) ist i. d. R. genauso vorgesehen wie die Möglichkeit einer Dynamik und Assistenzleistungen. Auch die Pflegekostenversicherung beinhaltet die Kindernachversicherungsgarantie ohne Gesundheitsfragen.

Prämien und Kalkulation: Der Vorteil der Pflegekostenversicherung liegt darin, dass Kostensteigerungen im Pflegebereich automatisch ausgeglichen werden, da sich die Erstattung immer an den aktuellen Kosten (Rechnungen) orientiert. Dies führt jedoch genauso konsequent zu entsprechenden Beitragssteigerungen analog der Kostenentwicklung. Der Anfangsbeitrag ist relativ günstig. Auch die Pflegekostenversicherung ist als Risikoversicherung nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert. Es wird eine Altersrückstellung nach dem Kapitaldeckungsprinzip gebildet, die eine Prämienerrhöhung im Alter aufgrund des individuell steigenden Pflegerisikos verhindern soll. Allgemeine Preissteigerungen können hierdurch jedoch nicht aufgefangen werden und führen zu einer laufenden Anpassung der Beiträge. Im Fall der Kündigung des Tarifs geht das Guthaben aus der Altersrückstellung auf die Versichertengemeinschaft über und der Kunde erhält kein Geld zurück. Sollte der Leistungsfall bis zum Tod nicht eintreten, ist keine Todesfalleistung vorgesehen. Die Pflegekostenversicherung bietet ebenfalls die Kindernachversicherungsgarantie ohne Gesundheitsprüfung. Auch beim Pflegekostentarif runden Assistenzleistungen i. d. R. das Leistungsspektrum ab.

Fazit: Als Risikoversicherung bietet die Pflegekostenversicherung immer einen aktuellen und ausreichenden Versicherungsschutz als Ergänzung zur gesetzlichen Grundversorgung. Der Anfangsbeitrag ist im Vergleich zu Pflegerentenversicherungen zunächst niedriger, wird sich jedoch entsprechend der Kostensteigerungen im Laufe der Jahre erhöhen. Besondere Beachtung muss darauf gelegt werden, ob für Laienpflege (Pflege durch Angehörige) auch ohne Rechnung geleistet wird und ob bei Bedarf auch Rechnungen aus dem Ausland akzeptiert werden.

5.3 Die Pflegerentenversicherung

Begriff: Die Pflegerentenversicherung ist ein Versicherungsprodukt der Lebensversicherung. Basis ist eine Rentenversicherung, die sich an der Pflegedefinition gemäß § 15 SGB XI und/ oder der Pflegedefinition des ADL-Punktesystems (Activities of Daily Living – Tätigkeiten des täglichen Lebens) als Leistungsauslöser orientiert. Die Rente wird im Leistungsfall monatlich vorschüssig gezahlt. Ein Kostennachweis ist nicht erforderlich. Über die Versicherungsleistung kann frei verfügt werden.

Leistungen: Im Leistungsfall wird eine fest vereinbarte Pflegerente gezahlt. Diese erhöht sich nach Art der Lebensversicherung durch Überschüsse im Laufe der Jahre. Manche Anbieter bilden zusätzlich Risikoreserven aus Risikogewinnen, aus denen der einzelne Leistungsfall eine zusätzliche Rentenzahlung erhält. Die Höhe der Absicherung in den Pflegestufen kann je nach Tarif frei gewählt werden. Auch bei der Pflegerentenversicherung ist es möglich, das Demenzrisiko ergänzend abzuschließen. Die Zahlung der Pflegerente ist unabhängig von den tatsächlichen durch die Pflegebedürftigkeit verursachten Kosten, weshalb keine Kostennachweise erforderlich sind. Eine Unterscheidung bei der Leistung nach ambulanter und stationärer Pflege erfolgt nicht. Beitragsbefreiung im Leistungsfall ist bei der Pflegerentenversicherung der Regelfall. Neben möglichen Optionen, wie zusätzlichen Sonderzahlungen im Pflegefall oder Dynamik, bietet die Pflegerentenversicherung oftmals die Möglichkeit, eine Todesfalleistung einzuschließen. Diese wird gezahlt, sofern kein Leistungsfall bis zum Tod eingetreten ist. Die Pflegerentenversicherer lassen als Besonderheit alternativ das ADL Gutachterverfahren zu. Dies kann im Einzelfall zu einer höheren Pflegestufe führen und ist für Makler auch aus haftungsrechtlichen Aspekten zu bedenken. Auch beim Pflegerententarif runden Assistenzleistungen i. d. R. das Leistungsspektrum ab.

Prämien und Kalkulation: Die Kalkulation der Prämien erfolgt nach Art der Lebensversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) und sichert somit die dauerhafte Prämienstabilität. Der Versicherer bildet aus Teilen der Prämie die Deckungsrückstellung, die die dauerhafte Erfüllung der Verpflichtung gegenüber dem Versicherungsnehmer sichert. Aufgrund der nur in Ausnahmefällen gegebenen Möglichkeit der Prämienerrhöhung (§ 163 VVG) muss der Lebensversicherer hier entsprechend höhere Risikorücklagen bilden. Die Zugriffsmöglichkeit des Kunden auf einzelvertragliche Rückkaufswerte, die Erhöhung der Rückkaufswerte und Leistung durch Überschüsse sowie die Auszahlung einer Todesfalleistung, sofern keine versicherte Pflegestufe erreicht wurde, führen im Verhältnis zur Pflegekosten- und Pflegeetagegeldversicherung (zunächst) zu einem höheren Beitrag.

Fazit: Die Pflegerentenversicherung überzeugt durch ihre Leistungsdichte und durch ihre Flexibilität in der Beitragszahlung. Die unterjährigen (monatlichen) Beiträge sind zunächst höher als bei den Pflegeetagegeld- und Pflegekostenversicherungen. Durch die Möglichkeit der Einmalbeitragszahlung unter Erhalt der Liquidität entstehen attraktive Möglichkeiten, die Risiken einer Ruhestandsplanung sinnvoll auszulagern.

5.4 Leistungsübersicht der privaten Pflegeversicherung

Nachdem nun die grundsätzlichen Merkmale des jeweiligen Durchführungsweges aufgezeigt wurden, folgt hier nun eine Gesamtübersicht der wesentlichen Produktleistungen zur Orientierung. Von diesen grundsätzlichen Angaben kann es in vereinzelt Fällen zu Abweichungen kommen. Insgesamt kann man sagen, dass die Pflegeversicherungstarife in den letzten Jahren deutlich an Qualität zugenommen haben (siehe Abb. 2.1).

Leistungsvergleich der Pflegezusatztarife	Pflegetaggeldversicherung	Staatlich geförderte Pflegevorsorge	Pflegekostenversicherung	Pflegerentenversicherung
Leistungen in allen Pflegestufen möglich	Ja	Ja	Ja	Ja
Leistungen für ambulante und stationäre Leistungen	Ja	Ja	Ja	Ja
Leistungen auch für Laienpflege	Ja	Ja	Nein	Ja
Leistungen bei Demenz	Gesellschafts-abhängig	Ja	Gesellschafts-abhängig	Ja
Einstufung analog MDK Gutachten (SGB XI)	Ja	Ja	Ja	Ja
Ergänzend/alternativ ADL-Einstufung zugelassen	Nein	Nein	Nein	Ja
Keine Wartezeiten	Gesellschafts-abhängig	Nein	Gesellschafts-abhängig	Ja
Karenzzeiten	Nein	Nein	Nein	Gesellschafts-abhängig
Dynamisierung des Versicherungsschutzes möglich	Ja	Gesellschafts-abhängig	Gesellschafts-abhängig	Ja
Dynamisierung der Leistung im Pflegefall möglich	Ja	Gesellschafts-abhängig	Gesellschafts-abhängig	Ja
Option auf Höherversicherung	Ja	Gesellschafts-abhängig	Ja	Ja
Beitragsbefreiung im Pflegefall	Gesellschafts-abhängig	Nein	Gesellschafts-abhängig	Ja
Leistung ohne Vorleistung der gesetzlichen Pflegeversicherung	Gesellschafts-abhängig	Ja	Nein	Ja
Leistung unabhängig von tatsächlichen Pflegekosten	Ja	Ja	Nein	Ja
Kein Kostennachweis erforderlich	Ja	Ja	Nein	Ja
Todesfallleistungen einschließbar	Nein	Nein	Nein	Ja
Aktive Rückkaufswerte vorhanden	Nein	Nein	Nein	Ja
Unterbrechung der Beitragszahlung möglich	Nein	Nein	Nein	Ja
Beitragsfreistellung	Nein	Nein	Nein	Ja
Einmalbeiträge	Nein	Nein	Nein	Ja
Kombinierte Beitragszahlung lfd. Beitrag/ Einmalbeiträge	Nein	Nein	Nein	Gesellschafts-abhängig
Auszahlung aus dem Deckungskapital	Nein	Nein	Nein	Gesellschafts-abhängig
Kindernachversicherungsgarantie ohne Gesundheitsprüfung	Ja	Nein	Ja	Nein

Abb. 2.1

5.5 Sonderform: Rentenversicherung mit Pflegeoptionsrecht

Im Rahmen der Pflegevorsorge geht die „Rentenversicherung mit Pflegeoptionsrecht“ einen anderen Weg. Als primäres Ziel steht zunächst der weitere Aufbau der Altersversorgung im Vordergrund, als sekundäres Ziel die Absicherung des Pflegefalls. Somit ist das Produkt für Menschen interessant, die ihre (momentan) begrenzten finanziellen Mittel zunächst in den Aufbau der eigenen Altersversorgung investieren wollen, ohne dabei das wichtige Risiko der Pflege völlig zu ignorieren.

Die Rentenversicherung stellt sich hierbei i. d. R. als klassische aufgeschobene Rentenversicherung dar, die mit einem Pflegeoptionsrecht versehen wurde. Das Pflegeoptionsrecht besagt, dass der Kunde mit Beginn der Rentenzahlung eine Pflegeversicherung bei gleicher Gesellschaft in begrenzter Höhe ohne Gesundheitsprüfung und ohne Risikozuschläge abschließen kann. Hierdurch schließt der Kunde das Risiko aus, aufgrund eines möglicherweise verschlechterten Gesundheitszustandes später nicht mehr in den Genuss der gewünschten Pflegevorsorge zu kommen.

Dieses Pflegeoptionsrecht gibt es in zwei Formen. Als kostenpflichtige „Pflegeanwartschaftsversicherung“, die die spätere Aufnahme des Kunden in die Pflegeversicherung zu 100 % garantiert und in der Form einer kostenfreien bedingungsgemäßen Zusage des Versicherers, dass der Kunde zu Rentenbeginn das Recht auf Abschluss der Pflegeversicherung hat. Bei der kostenfreien Zusage des Versicherers schließen die Gesellschaften i. d. R. die Extremrisiken aus. So ist es bei einer kostenfreien Zusage dieses Rechts nicht möglich, die Pflegeversicherung abzuschließen, sofern zum Zeitpunkt der gewünschten Ausübung des Rechts z. B. bereits der Pflegefall eingetreten ist. Das bedeutet, bei der kostenfreien Zusage des Versicherers trägt der Kunde ein Restrisiko.

In der Praxis geht es bei Rentenversicherungen mit Pflegeoptionsrecht i. d. R. primär um den Aufbau der Altersversorgung. In der heutigen Zeit erbringen die Rentenversicherungen jedoch aufgrund der stetig sinkenden Zinsen nicht mehr die Erträge wie noch vor einigen Jahren. Des Weiteren führen die relativ kurzen Laufzeiten durch das oftmals schon vorangeschrittene Alter der Kunden nur zu einem geringen Zinseszinsseffekt. Kosten für eine Pflegeanwartschaftsversicherung würden in diesem Zusammenhang die Erträge noch weiter dezimieren. Dies ist oftmals nicht im Interesse des Kunden. Da die Absicherung des Pflegerisikos nur das sekundäre Ziel des Kunden ist und i. d. R. nur „Extremrisiken“ ausgeschlossen werden, kann die kostenfreie Zusage des Versicherers hier eine gute Handlungsalternative darstellen. Wem Sicherheit wichtiger als Ertrag ist und dieses letzte Risiko ausschließen möchte, wählt bevorzugt die Variante mit einer Pflegeanwartschaftsversicherung.

Die Aufschubzeit in der Rentenversicherung ist i. d. R. bei dieser Versicherungsform mit einer Wartezeit für die Ausübung des Pflegeoptionsrechtes verbunden. Hierdurch minimiert der Versicherer das Risiko, das bereits schwer vorerkrankte Personen kurzfristig in den Genuss der Versicherungsleistung kommen. Durch diese Wartezeit kann es dazu kommen, dass nur verminderte oder sogar gar keine Gesundheitsfragen bezüglich des Pflegeoptionsrechtes bei Abschluss gestellt werden.

6) Leistungsvergleich „Versicherungsschutz“ und „Beiträge“ im Fokus der Ruhestandsplanung

Die situationsbedingte Angemessenheit einer Ware oder Dienstleistung misst sich oftmals im Verhältnis der eingesetzten finanziellen Mittel zur Leistung. Bezogen auf das Thema „Pflegevorsorge in der Ruhestandsplanung“ betrachten wir deshalb diese Faktoren etwas genauer. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Pflegerentenversicherung zunächst beitragsintensiver ist als die Pfl egetagegeld- und Pflegekostenversicherung, stellt sich die Frage nach den ruhestandsspezifischen Leistungen der einzelnen Versicherungsformen. Hierbei sollten die Themen „Versicherungsschutz“ und auch die „laufende Anpassung der Versicherung an die aktuelle Kostenentwicklung“ sowie die Themen „Flexibilität“, „Stabilität“ und „Liquidität“ bei der Beitragszahlung genauer beleuchtet werden.

6.1 Leistungsvergleich Versicherungsschutz

Alle dargestellten Durchführungswege (Pflegetagegeld-, Pflegekosten- und Pflegerentenversicherungen) bieten für den Pflegefall einen soliden Versicherungsschutz. Versichert werden können alle drei Pflegestufen und bei vielen Anbietern auch die „Leistung für eingeschränkte Alltagskompetenz“ (sog. PS 0). Alternativ zum letzten Punkt bieten einige Gesellschaften einen Versicherungsschutz bei Demenzerkrankungen.

Wie bereits in der Darstellung der einzelnen Versicherungsformen (siehe 5.1 bis 5.3) genauer beschrieben, hat hierbei jede Versicherungsform ihre Besonderheiten. Pfl egetagegeldversicherungen leisten im versicherten Pflegefall ein vereinbartes Tagegeld ohne Kostennachweis, Pflegerentenversicherungen leisten eine vereinbarte monatliche Rente ohne Kostennachweis und Pflegekostenversicherungen übernehmen anteilig (oder ganz) die Pflegekosten, die durch Rechnungen und Kostenbelege nachgewiesen werden müssen.

6.1.1 Anpassung des Versicherungsschutzes an die laufende Kostenentwicklung

Die rasant steigenden Kosten im Pflegebereich (siehe 3.1) machen eine laufende Anpassung der Vorsorge unabdingbar. Bei Pflegerentenversicherungen werden hierfür die aus dem Vertrag entstandenen Überschüsse einzelvertraglich jährlich gutgeschrieben und zur Erhöhung der Rückkaufswerte und der Leistung im Pflegefall verwendet. Da das einzelvertragliche Deckungskapital auch noch im Leistungsfall bereitsteht, führt es auch im Leistungsbezug i. d. R. weiterhin zu einer jährlichen Erhöhung der Rentenzahlung aus der Gewinnbeteiligung der Gesellschaft. Die Versicherungsleistung erhöht sich im Laufe der Jahre durch diese Faktoren wesentlich und ganz ohne Dynamik und ohne höhere (zusätzliche) Beiträge. Natürlich ist ergänzend eine dynamische Gestaltung der Vorsorge möglich.

Auch im Rahmen von Pfl egetagegeld- und Pflegekostenversicherungen ist es möglich, den Versicherungsschutz zu erhöhen und somit jeweils an das aktuelle Risiko anzupassen. Da die Überschüsse bei Krankenversicherungen generell zur Reduzierung der Beiträge verwendet werden, bleibt hier nur die Möglichkeit des Einschlusses einer dynamischen Erhöhung des Versicherungsschutzes, um einen vergleichbaren Versicherungsschutz darzustellen. Da dies jedoch mit zusätzlichen Beitragserhöhungen verbunden ist, hebt sich der anfängliche Beitragsvorteil der Krankenversicherung gegenüber der Pflegerentenversicherung unter Umständen im Laufe der Zeit wieder auf.

6.2 Leistungsvergleich Beiträge

Um den Anforderungen eines angehenden Ruheständlers gerecht zu werden ist es unter Umständen sinnvoll, mehrere Beitragszahlungsweisen zu kombinieren. Die Flexibilität der Beitragszahlung kann daher in diesen Fällen genauso wichtig sein, wie die Stabilität der Beitragshöhe, um im Alter vor einer zu starken Beitragsbelastung geschützt zu sein. Ebenso kann die komplette Bezahlung des Risikos über einen Einmalbeitrag aus der Altersvorsorge unter Liquiditätserhalt für Ruheständler sinnvoller sein, als das ohnehin knappe Monatsbudget aus der gesetzlichen Rente noch weiter durch monatliche Beiträge zur Pflegeversicherung zu belasten. Hier stellt sich ergänzend oftmals noch die Frage der Liquidität der eingesetzten Mittel.

6.2.1 Flexibilität der Beitragszahlung

Neben den klassischen Beitragszahlungsmöglichkeiten (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich und Einmalbeiträge), sollte der Kunde die Möglichkeit haben, mit laufender Beitragszahlung zu beginnen und diese selbstbestimmt durch Einzahlung von später freiwerdendem Kapital zu reduzieren oder auch ganz abzulösen. Daneben sind auch Kombinationen von laufender Beitragszahlung und Einmalbeiträgen zu Beginn der Versicherung denkbar.

Zwei Beispiele hierzu:

A) Die Kundin ist zum Zeitpunkt des Abschlusses 60 Jahre alt. Eine Einmalbeitragszahlung wäre aus ihrer Sicht die sinnvollste Lösung, jedoch steht hierfür noch nicht genug Kapital zur Verfügung, da die Anlagen für ihre zusätzliche Altersversorgung erst mit 65 Jahren zur Auszahlung kommen. Daher beginnt die Kundin mit einem Monatsbeitrag von 75 Euro und löst den Vertrag durch einen Rest-Einmalbeitrag i. H. v. 13.000 Euro mit 65 Jahren ab. Hierdurch hat die Kundin neben dem wertvollen Versicherungsschutz wieder die volle Rente zu ihrer Verfügung und noch immer Zugriff auf große Teile der eingezahlten Beiträge in Form der Rückkaufswerte, welche sich entsprechend verzinsen.

B) Bei gleicher Ausgangslage beginnt die Kundin mit einem Einmalbeitrag von 5.000 Euro und reduziert hierdurch sofort die Höhe des monatlichen Beitrages von 75 Euro auf 50 Euro. Nach drei Jahren wird eine weitere Anlage der Kundin fällig und sie löst einen weiteren Teil der laufenden Beiträge durch eine Einmalzahlung von 3.000 Euro ab. Der neue Beitrag beträgt nun 35 Euro. Nach einer weiteren Einmalbeitragszahlung von 2.000 Euro zwei Jahre später beträgt der laufende Beitrag noch 20 Euro, welchen die Kundin zwei weitere Jahre später durch eine letzte Einmalbeitragszahlung von 2.000 Euro ablöst.

Wie man sieht, kann eine passende Pflegevorsorge sich völlig individuell an den speziellen Bedarf anpassen. Die flexiblen Möglichkeiten der Beitragszahlung in Verbindung mit der möglichen Liquidität auf die eingezahlten Beiträge bieten interessante Lösungen für die Auslagerung der finanziellen Folgen des Pflegerisikos. Vor diesem Hintergrund ist diese Vorsorgeform auch für das Thema „Wiederanlage von auslaufenden Lebensversicherungen“ äußerst interessant. Durch die aktiven Rückkaufswerte ist es ebenfalls möglich, bei laufender Beitragszahlung die Pflegeversicherung beitragsfrei zu stellen. Die Gesellschaften stellen darüber hinaus ebenfalls Möglichkeiten bereit, bei Arbeitslosigkeit oder finanziellen Engpässen die Versicherung nach einer Beitragsfreistellung in einem begrenzten Zeitraum ohne Gesundheitsprüfung wieder in alter Höhe zu aktivieren.

Die beschriebene Flexibilität bieten zurzeit nur Pflegerentenversicherungen auf dem Markt an. Pfl egetagegeld- und Pflegekostenversicherungen kennen nur das System der monatlichen laufenden Zahlung.

Laufende Beitragszahlung versus Einmalbeitrag

Die Sinnhaftigkeit der Einmalbeitragszahlung ergibt sich aus der Situation des (zukünftigen) Ruheständlers. In den letzten Jahren vor Beginn der aktiven Rentenzeit versuchen viele mit Blick auf die zukünftige Einkommenssituation im Alter die laufenden Kosten möglichst zu reduzieren. Eine laufende Zahlungsweise der Pflegevorsorge würde dem entgegenstehen. Viele (angehende) Ruheständler verfügen ergänzend über weitere Einkünfte aus Zinszahlungen. Die niedrigen Zinserträge der vergangenen Jahre haben aber selbst bei wohlhabenden Kunden zu einer deutlichen Reduzierung der laufenden Einkünfte geführt. Eine monatlich gezahlte Pflegevorsorge wird daher oftmals als zusätzliche Kostenbelastung empfunden, die vermeidbar ist. Aber auch aus reinen Ertragsgesichtspunkten ist ein Einmalbeitrag häufig zweckmäßig.

Ein Beispiel hierzu:

Eine sinnvolle Pflegeabsicherung ist für den/die 60-Jährige/n bereits ab ca. 16.000 Euro Einmalbeitrag abschließbar. Die festverzinsten Anlage bei der Bank i. H. v. 16.000 Euro würde bei einer Verzinsung von 2 % einen monatlichen Zinsertrag von 26,66 Euro erbringen. Der alternative monatliche Beitrag für die Pflegerentenversicherung liegt bei ca. 75 Euro. Vor dem Hintergrund der monatlichen Kosten-/ Nutzenrechnung überwiegt hier klar der Vorteil des Einmalbeitrages. Neben diesem großen finanziellen Vorteil ist aber auch die Frage der Liquidität des eingezahlten Einmalbeitrages von entscheidender Bedeutung. Da die Liquidität für den Kunden in dieser Vertragsgestaltung oftmals teilweise oder ganz gewährleistet werden kann, stellt die Pflegeversicherung gegen Einmalbeitrag für viele Kunden mit Rücklagen für das Alter eine äußerst interessante Variante der Absicherung des Pflegerisikos in der Ruhestandsplanung dar.

Aufgrund der Vertragsgestaltungsmöglichkeiten einzelner Anbieter können die Pflegerentenversicherungen zum Teil zunächst wie ein „Konto“ geführt werden. Hierbei wird ein Teil des Vermögens als Einmalbeitrag unter größtmöglichem Liquiditätserhalt in eine Pflegevorsorge „umgebucht“. Das Vermögensportfolio des Kunden wird also um einen weiteren Punkt „Pflegevorsorge“ ergänzt. Durch diesen Teil des Vermögens wird das Gesamtvermögen vor Verlust durch einen Pflegefall geschützt. Das Risiko ist somit ausgelagert.

Die vorgestellten Möglichkeiten der Einmalbeitragszahlung werden momentan von allen Pflegerentenversicherungen angeboten. Vereinzelt sind auch bei Pfl egetagegeldversicherungen Einmalbeitragszahlungen möglich, jedoch sollte man beachten, dass es sich hierbei nur um reine Risikoprämien handelt. Diese Gelder stehen in dieser Form liquiditätsmäßig nicht zur Verfügung.

6.2.2 Stabilität der Beitragshöhe

Die Beitragsstabilität ist bei einer Versicherungslaufzeit von mehreren Jahrzehnten sehr wichtig. Zumal diese Zeit i. d. R. in die Rentenbezugszeit fällt. Da Rentenanpassungen nur marginal stattfinden, ist es möglich, dass bei einer kontinuierlichen Beitragsanpassung der Pflegeversicherung der Versicherungsbeitrag im Verhältnis zum Einkommen (hier der Rente) zu teuer wird. Dies kann dazu führen, dass in der Zeit des

höchsten Risikos die Versicherung aus Kostengründen gekündigt werden müsste, was definitiv nicht Sinn einer guten Pflegevorsorge sein kann.

Wie bereits in den Beschreibungen der einzelnen Durchführungswege aufgeführt, ist je nach Versicherungsart mit einer unterschiedlichen Beitragsentwicklung zu rechnen. Am unempfindlichsten gegen Beitragserhöhungen ist die Pflegerentenversicherung. Grundsätzlich hat der Pflegerentenversicherer keine Möglichkeit der Beitragserhöhung. Jedoch gibt es zum Schutz der Versichertengemeinschaft mit dem § 163 Versicherungsvertrags-Gesetz (VVG) die Möglichkeit, in seltenen Ausnahmefällen den Beitrag von Rentenversicherungen anzupassen. Aufgrund der stark eingeschränkten Möglichkeiten der Beitragserhöhung müssen die Gesellschaften im Verhältnis zu Pfl egetagegeld- und Pflegekostenversicherungen erhöhte Altersrückstellungen (Risikoreserven) bilden, wodurch es unter anderem zu einem höheren Anfangsbeitrag kommt.

Auch die Pfl egetagegeldversicherung zeigt sich zunächst relativ unempfindlich gegenüber Beitragsanpassungen. Die Pfl egetagegeldversicherung ist als Summenversicherung unabhängig von der aktuellen Preisentwicklung im Pflegebereich, da im Leistungsfall immer nur das vereinbarte Tagegeld gezahlt wird. Sollte der Versicherer jedoch zu wenige Leistungsfälle kalkuliert oder zu wenige Altersrückstellungen gebildet haben, kann dies zu Beitragserhöhungen führen. Dies wäre bei Pflegerentenversicherungen aufgrund der gesetzlichen Vorschriften nicht statthaft.

Die Pflegekostenversicherung misst ihre Leistungen jeweils an den aktuellen Pflegekosten, da sie die entstehenden Kosten jeweils bis zu 100 % (je nach Tarif) ersetzt. Da die Entwicklung der Pflegekosten momentan über der allgemeinen Teuerungsrate liegt und die Pflegekostenversicherung daher von Jahr zu Jahr höhere Leistungen zahlt, kann sich auch der Beitrag entsprechend den Kosten entwickeln. Dies sollte man grundsätzlich bei Abschluss einer Pflegekostenversicherung mit beachten. Jedoch würde aufgrund der laufenden Leistungsanpassung bei der Pflegekostenversicherung auch die grundsätzliche Notwendigkeit einer Dynamik entfallen.

6.2.3 Liquidität der eingesetzten Mittel

Im Zuge der Ruhestandsplanung kann ein wichtiger Aspekt sein, dass auf bereits gezahlte Beiträge wieder zurückgegriffen werden kann. Dies kann bei laufender Beitragszahlung oder bei Einmalbeiträgen der Fall sein. Ziel ist es, das Kapital für Notfälle noch im liquiden Zugriff zu haben oder es im Todesfall den Angehörigen als Erbe zu übertragen, sofern kein Leistungsfall eingetreten ist.

Die Krankenversicherungsprodukte (Pfl egetagegeld- und Pflegekostenversicherungen) bieten hier als reine Risikoversicherungen jedoch keinen Zugriff auf gezahlte Beiträge und sehen keine Rückerstattung vor, sofern kein Leistungsfall eingetreten ist.

Bei Pflegerentenversicherungen, die auf Basis der Lebensversicherung kalkuliert sind, besteht i. d. R. jederzeit die Möglichkeit des Rückkaufes im Rahmen der Rückkaufswerte. Gerade bei Einmalbeiträgen werden hier je nach Tarif und Anbieter bis zu 90 % des eingezahlten Beitrages sofort als garantierter Rückkaufswert ausgewiesen. Dieser Wert erhöht sich in den Folgejahren durch die ausgewiesene Verzinsung (Rechnungs- und außerrechnungsmäßiger Zins) des Anbieters. Die Rückkaufswerte übersteigen hierdurch nach einigen Jahren die Höhe des eingezahlten Einmalbeitrages. Während der gesamten Zeit stehen die ausgewiesenen Rückkaufswerte liquiditätsmäßig zur Verfügung. Auch bei laufender Beitragszahlung baut sich im Laufe der Jahre ein entsprechender Rückkaufswert auf. Bei vorzeitigem Rückkauf sollte auf die möglichen Stornoabschläge

einzelner Gesellschaften geachtet werden. Ein Rückkauf bzw. ein Teilrückkauf führen allerdings zu einem Verlust bzw. einer Reduzierung des Versicherungsschutzes.

Um dem Kunden die Möglichkeit zu geben, unter Erhalt des vereinbarten Versicherungsschutzes auch noch nach Abschluss liquide über die eingesetzten Mittel zu verfügen, bieten derzeit einige Gesellschaften eine sogenannte „Auszahlung aus dem Deckungskapital“ an. Dies besagt, dass nach Abschluss des Vertrages gegen Einmalbeitrag ein Großteil des eingezahlten Beitrages ohne Verlust des Versicherungsschutzes wieder an den Kunden ausbezahlt werden kann. Für den ausgezahlten Anteil des Einmalbeitrages wird dann ein laufender monatlicher Beitrag erhoben. Somit hat der Kunde auch unter Erhalt des vollen Versicherungsschutzes seine Liquidität gewahrt.

Todesfalleistung als „Geld zurück Garantie“

Eine Todesfalleistung wird i. d. R. dann gezahlt, wenn der Leistungsfall bis zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person nicht eingetreten ist. Sie erstattet dann teilweise oder ganz den eingezahlten Beitrag. Die Auszahlung erfolgt an die bezugsberechtigten Personen. Somit bleiben auch in diesem Falle die eingezahlten Beiträge als „Erbteil“ erhalten. Generell ist zu bedenken, dass diese Option einen zusätzlichen Beitrag kostet. Daher ist im Einzelfall zu klären, ob die eingezahlten Beiträge den Erben erhalten bleiben sollen, oder ob es dem Kunden wichtiger ist - bezogen auf eine gleiche Beitragshöhe - dafür eine höhere laufende Versicherungsleistung zu erhalten. Aktuell wird diese Leistung ebenfalls nur von Pflegerentenversicherungen angeboten.

7) Fazit

Eine Pflegesituation in der Familie ist immer eine besondere zeitliche, körperliche und psychische Belastung für alle Angehörigen. Wenn unter diesem Druck dann noch finanzielle Probleme hinzukommen, zerstört dies oftmals völlig die Lebensqualität der Beteiligten. Eine private Pflegevorsorge sichert das Einkommen und Vermögen aller Angehörigen. Durch die angebotenen Tarife steht ein breites Spektrum an Vorsorgemöglichkeiten zur Verfügung. Pflegekostenversicherungen und Pfl egetagegeldversicherungen überzeugen mit guten Basisleistungen und günstigen laufenden Beiträgen, allerdings sind die Gestaltungsmöglichkeiten stark eingeschränkt. Die Pflegerentenversicherung überzeugt durch die hohe Flexibilität der Beitragszahlung, die Gestaltungsmöglichkeiten und durch den Zugriff auf die Rückkaufswerte, speziell für die Ruhestandsplanung auch aufgrund der Gestaltungsvarianten der Einmalbeitragszahlung. Die Auslagerung des finanziellen Pflegerisikos ist heutzutage im Rahmen einer guten Beratung zur Ruhestandsplanung ein wesentlicher Aspekt für alle, bei denen eine Pflegebedürftigkeit zur Auflösung von Teilen des Vermögens führt und/oder Angehörige betroffen sind.

„Es macht keinen Sinn, sein Leben lang bei den Erträgen auf den Cent zu achten und bei den Kosten im Alter zehntausende Euro zu ignorieren.“

Birger Mählmann

8) Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt, Geburtenziffern in Deutschland 1871 bis 2006
- [2] Rüdiger Overmans, Deutsche militärische Verluste im Zweiten Weltkrieg, 3. Aufl. 2004
- [3] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend - Gender Datenreport Frauen und Männer in der Kranken- und in der Pflegeversicherung
- [4] Roth und Rothgang (1999), Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen, ZeS-Arbeitspapier 11/1999
- [5] Barmer/ GEK Pflegereport 2013
- [6] Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2013 [8] Barmer/GEK Pflegereport 2010
- [7] Umfrage SDK "Pflege und Absicherung für den Pflegefall"
- [8] Barmer/ GEK Pflegereport 2010
- [9] AOK Medienservice 01/2014
- [10] Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Sozialgesetzbuches
- [11] Deutscher Verein „Empfehlungen für den Einsatz von Einkommen und Vermögen in der Sozialhilfe“
- [12] Versicherungsjournal 23.09.2014, Pflege-Bahr auf dem Prüfstand

Jährliche Aktualisierung

Sehr geehrter Leser,

ich hoffe, Ihnen durch die Ausführungen in diesem Buch einen umfassenden Einblick in den Bereich der Pflegeversicherung und Pflegevorsorge gegeben zu haben. Durch gesetzliche Änderungen und Anpassungen sind diese Ausführungen jedoch nicht dauerhaft aktuell. Daher wird dieses Buch jährlich auf Aktualität geprüft, den laufenden gesetzlichen Änderungen angepasst und die neue Auflage jeweils Anfang März veröffentlicht. Auf Wunsch können Sie sich auf folgender Internetseite informieren, wann und wo eine aktualisierte Auflage dieses Buches zur Verfügung steht.

www.pflegevorsorge-in-der-ruhestandsplanung.de

Teilnehmer des IHK Zertifikatslehrgangs „Generationenberater“ der Deutschen Makler Akademie erhalten dieses Buch kostenfrei über die Deutsche Makler Akademie (DMA) gGmbH

Vertriebspartner der IDEAL Versicherung können dieses Buch ebenfalls kostenfrei über die IDEAL Versicherung beziehen.

Ausblick auf die Ausgabe März 2015

Neben der Aktualisierung des Zahlenmaterials erwartet Sie ein Ausblick auf die neuen Pflegestufen, die ab 2017 gelten werden, die Aufnahme des neuen Pflegeunterstützungsgeldes und des Pflegestärkungsgesetzes 2015 sowie die Erweiterung des Inhaltes um den Punkt „Pflegevorsorge für Beamte“.

Noch eine wichtige Bitte:

Dieses Buch soll Ihnen eine Orientierung im Thema „Pflegevorsorge in der Ruhestandsplanung“ geben und Ihnen als Nachschlagewerk zu grundsätzlichen Fragenstellungen dienen. Es stellt nicht die Grundlage für eine Rechtsberatung zu diesem Thema dar.

Fachfragen, die über den Inhalt dieses Buches hinausgehen, sollten Sie einzelfallbezogen durch einen Fachanwalt klären lassen. Daher bitte ich aus verständlichen Gründen von Einzelanfragen zu Haftungsthemen Abstand zu nehmen.

Vielen Dank!

Der Autor:



Birger Mählmann, geb. 24.06.1965 in Stade

Leitender Vertriebstrainer der IDEAL Lebensversicherung a.G.

Kurzvita:

1987 bis 1989 Hamburg Mannheimer - Versicherungsaußendienst

1989 bis 1990 R+V Versicherung - Versicherungsaußendienst (Bankenbetreuung)

1990 bis 1994 R+V Versicherung – Organisationsleiter (Bankenbetreuung)

1994 bis 2002 R+V Versicherung – Vertriebstrainer (Banken/ Außendienst)

2002 bis 2004 Selbstständiger Trainer (Banken/ Erstversicherer)

2004 bis dato IDEAL Versicherung – Leitender Vertriebstrainer (Banken/ Makler/
Erstversicherer/ Vertriebe)

Seit 2004 intensive Beschäftigung mit allen fachlichen und vertrieblichen Bereichen der Pflegevorsorge. Ein hoher fachlicher Praxisbezug wird durch die engen Kontakte zu den Sozialämtern hergestellt. Dieser erfolgt mehrmals im Jahr durch gemeinsame mehrtägige Aus- und Weiterbildungen in den kommunalen Bildungswerken. Der Schwerpunkt seiner Tätigkeit liegt in der kundenorientierten Ansprache und Beratung des Themas. Durch den langjährigen bundesweiten Einsatz in allen Vertriebsbereichen (Makler, Banken, Erstversicherer und Vertriebe) verfügt er über ein dezidiertes Expertenwissen zur vertrieblichen Umsetzung des Themas.

Kurzrezensionen:

*"Wichtige und sowohl didaktisch wie inhaltlich äußerst gelungene Informationsbroschüre.
Sehr empfehlenswert!"*

Alexander Schrehardt - Geschäftsführer Consilium Beratungsgesellschaft
für betriebliche Altersversorgung

*„Aktuelle Informationen zur Pflegevorsorge, zum richtigen Zeitpunkt für eine professionelle
Ruhestandsplanung und die lebensphasen-bezogene Generationenberatung – das ist im Sinne
der „Betroffenheit“ vieler Kunden in deren generationenübergreifenden Familienverbund mit
diesem Standardwerk gelungen!“*

Robert Zimmerer - Geschäftsführer IME Initiative MaklerErfolg UG

Pflegevorsorge in der Ruhestandsplanung

Pflegebedürftigkeit als Risiko für die ganze Familie

Das Standardwerk für Versicherungsexperten und Ruhestandsplaner

Erste Auflage – Jährliche Aktualisierung

ISBN: 978-3-00-047375-3

Schutzgebühr 12 €

Gedruckte Ausgabe (Broschüre)

