

Frau
Dr. Martina Bunge MdB
Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
Platz der Republik 1
11011 Berlin

SOZIALE SICHERUNG
Tel. 030 2033-1607 Fax -1605
Abt_06@bda-online.de

Vorab per E-Mail:
ma01.pa14@bundestag.de


15. Januar 2008
06.06.00.06./Kr

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

Bezug nehmend auf Ihr Schreiben vom 14. Dezember 2007 erhalten Sie
anliegend unsere Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines Gesetzes
zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Mit freundlichen Grüßen



Eugen Müller



Dr. Martin Kröger

Anlage

BDA Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände
Mitglied von BUSINESSEUROPE

Hausadresse:
Haus der Deutschen Wirtschaft
Breite Straße 29
10178 Berlin

Briefadresse:
11054 Berlin

Tel. +49 30 2033-0
Fax +49 30 2033-1055
<http://www.bda-online.de>

Leistungsausweitungen verschärfen die ungelösten Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung

Stellungnahme zum Gesetzentwurf
des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG)
vom 17. Oktober 2007 (BT-Drs. 16/7439)

und zu den Anträgen von Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drs. 16/7136),
der FDP (BT-Drs. 16/7491) sowie der LINKEN (BT-Drs. 16/7472)

anlässlich der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses
des Deutschen Bundestages am 21. und 23. Januar 2008 in Berlin

BDA Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände
Mitglied von BUSINESSEUROPE

Hausadresse:
Haus der Deutschen Wirtschaft
Breite Straße 29
10178 Berlin

Briefadresse:
11054 Berlin

Tel. +49 30 2033-0
Fax +49 30 2033-1055
<http://www.bda-online.de>

Berlin, 15. Januar 2008

Zusammenfassung

Der am 17. Oktober 2007 vom Bundeskabinett vorgelegte Entwurf eines „Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) ist nicht geeignet, die soziale Pflegeversicherung auf den demografischen Wandel vorzubereiten. Insbesondere fehlt die im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 vereinbarte „Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve“.

Wegen der außerdem vorgesehenen umfangreichen Leistungsausweitungen wird die finanzielle Schieflage der sozialen Pflegeversicherung bei einer Umsetzung der geplanten Maßnahmen sogar verschärft. Denn bei einer rückläufigen Zahl potenzieller Beitragszahler werden die zu schulternden Finanzierungslasten nun nicht nur durch die steigende Zahl der Pflegefälle, sondern zusätzlich durch höhere Kosten je Pflegefall zunehmen.

Trotz der geplanten Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes von 1,7 auf 1,95 Prozent – was einer Steigerung von fast 15 Prozent entspricht – können die Leistungen der Pflegeversicherung laut Gesetzesbegründung nur bis „Ende 2014/Anfang 2015“ finanziert werden, „ohne dass die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch genommen werden muss“. Dabei wird sogar der weitere Abbau der vorhandenen Finanzreserven (Ende 2006: 2,29 Monatsausgaben) billigend in Kauf genommen. Bezeichnend ist zudem, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung die im Koalitionsbeschluss vom 19. Juni 2007 genannten Finanzschätzungen für die Jahre 2020 und 2030 nicht mehr enthält.

Die im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen widersprechen zudem ganz überwiegend dem Ziel, durch eine Absenkung der Lohnzusatzkosten Wachstum und Beschäftigung zu fördern. Zwar gibt es nachvollziehbare Gründe, Demenzzranke, Schwerstpflegebedürftige und pflegende Angehörige künftig stärker zu unterstützen, dies darf jedoch nicht zu einer Verteuerung der Arbeitskosten führen. Die Höhe des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes liegt im 1. Halbjahr 2008 mit 39,8 Prozent zwar leicht – erstmals seit 1996 – unter der im Koalitionsvertrag festgesetzten Zielmarke von 40 Prozent, aber bereits im 2. Halbjahr 2008 würde die 40-Prozent-Marke durch die Anhebung des Pflegebeitragsatzes wieder überschritten. Angesichts der demografischen Veränderungen und mit Blick auf die überhöhten gesetzlichen Personalzusatzkosten muss es deshalb oberstes Ziel der anstehenden Pflegereform sein, eine Beitragssatzanhebung zu vermeiden.

Bestandteile einer zukunftsweisenden Reform der Pflegeversicherung müssen insbesondere die Abkopplung der Pflegekosten vom Arbeitsverhältnis, eine strukturelle beitragsneutrale Neuausrichtung des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung sowie ein wirksamer Wettbewerb



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

sowohl zwischen den Pflegekassen als auch zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern sein. Außerdem ist ein Ausbau der Eigenbeteiligung der Versicherten erforderlich.

Grundsätzlich sollten Freistellungen von Arbeitnehmern, die sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern wollen, im Wege vertraglicher Vereinbarungen auf betrieblicher Ebene geregelt werden. Die nunmehr geplanten gesetzlichen Freistellungsansprüche bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (maximal 10 Arbeitstage) und bei Pflegezeit (maximal 6 Monate) für Beschäftigte bei Pflegebedürftigkeit ihrer Angehörigen müssen zumindest auf eng begrenzte Fälle beschränkt werden.

Außerdem muss bei der Ausgestaltung des Freistellungsanspruches für die Pflege von Angehörigen auf betriebliche Notwendigkeiten Rücksicht genommen werden. Der Arbeitgeber muss die Möglichkeit haben, den Anspruch abzulehnen, wenn betriebliche Gründe entgegenstehen. Ein Entgeltfortzahlungsanspruch muss sowohl bei kurzfristiger Arbeitsverhinderung, als auch bei Vereinbarung einer Pflegezeit ausdrücklich ausgeschlossen werden.

Im Einzelnen:

A. Gesetzliche Pflegeversicherung

I. Neue Finanzprobleme verhindern

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit einem Finanzvolumen von rund 2,5 Mrd. Euro bestehen im Wesentlichen aus Leistungsausweitungen. Die Kernfrage, wie die Pflegeversicherung angesichts des bevorstehenden demografischen Wandels dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar gestaltet werden kann, bleibt unbeantwortet. Das Maßnahmenpaket sieht insbesondere vor, dass

- die ambulanten Sachleistungsbeträge in allen drei Pflegestufen,
- die stationären Sachleistungsbeträge in der Pflegestufe III und in Härtefällen sowie
- das Pflegegeld in allen drei Pflegestufen

in den Jahren 2008, 2010 und 2012 schrittweise angehoben werden. Ferner ist beabsichtigt, die ergänzenden Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (z. B. Demenz- und Alzheimer-Kranke) zu erhöhen und den Anspruch auf Tagespflege auszubauen. Darüber hinaus soll erstmals im Jahr 2015 – und anschließend im dreijährigen Rhythmus – eine Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen erfolgen. Maßstab soll die kumulierte Inflationsentwick-



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

lung der jeweils letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre sein, wobei als Obergrenze der Anstieg der Bruttolohnentwicklung vorgesehen ist. Der Zeitraum ab 2015 liegt jedoch jenseits des Zeithorizonts des Gesetzentwurfs. Es ist unverantwortlich, eine regelmäßige Ausweitung der Pflegeleistungen festzuschreiben, ohne die Frage der langfristigen Finanzierung auch nur ansatzweise zu beantworten.

Eine stufenweise Anhebung oder regelmäßige Dynamisierung der Leistungen kann nur dann in Frage kommen, wenn alle im System vorhandenen Effizienzreserven ausgeschöpft sind, eine wirksame Qualitätssicherung implementiert worden ist und die Personalzusatzkosten hiervon unberührt bleiben.

Ferner sind Leistungsverbesserungen für einzelne Personengruppen (z. B. Demenz- und Alzheimer-Kranke) nur dann vertretbar, wenn sie durch mindestens gleichwertige Einsparungen an anderer Stelle voll kompensiert werden.

Statt die ambulanten Sachleistungen durch Anhebung an die stationären Sätze anzunähern, sollten die Sachleistungen in der ambulanten und stationären Pflege – entsprechend einem Vorschlag der „Rürup-Kommission“ – auf einem insgesamt niedrigeren Niveau angeglichen werden (einheitlich 400, 1.000 und 1.500 Euro in den Pflegestufen I, II und III). Das verhindert zum einen falsche Anreize zur Verlagerung der Pflege in teurere stationäre Einrichtungen, nimmt zum anderen in sachgerechter Weise den Pflegebedürftigkeitsgrad zum alleinigen Maßstab für die jeweilige Leistungshöhe und schafft darüber hinaus eine finanzielle Entlastung in Höhe von rund 2 Mrd. Euro pro Jahr bzw. von 0,2 Beitragssatzpunkten. Bereits dadurch kann das chronische Finanzierungsdefizit der Pflegeversicherung beseitigt, eine Anhebung des Pflegebeitragssatzes verhindert und eine verbesserte Versorgung von besonders schweren Pflegefällen erreicht werden.

Defizite bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen, die vor allem auf die verrichtungsbezogene Abgrenzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes zurückgehen, sollen in Zukunft durch eine Neudefinition der Pflegebedürftigkeit vermindert werden. Hierzu soll ein vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzter Beirat bis Ende 2008 Vorschläge ausarbeiten. Dies darf keinesfalls zu einer Ausweitung des Pflegebegriffes und damit zu zusätzlichem Finanzbedarf führen.

II. Eigenbeteiligung ausbauen

Zur Gewährleistung einer verantwortungsvollen und kostenbewussten Leistungsnachfrage sollten in der Pflegeversicherung prozentuale Selbstbehalte eingeführt werden. Das geltende Recht, das im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (Praxisgebühr, Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, etc.) keine steuernde Eigenbeteiligung



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

kennt, steht einer wirtschaftlichen Verwendung der knappen Mittel und einer Begrenzung des Gesamtleistungsvolumens entgegen.

Es ist außerdem unlogisch und widersprüchlich, dass die heutige Gestaltung der Geld- und Sachleistungen in der Pflegeversicherung bei eher geringer Pflegebedürftigkeit meist eine Vollabsicherung (Vollkasko) zur Folge hat, bei hoher Pflegebedürftigkeit dagegen lediglich eine Teilabsicherung (Teilkasko) bewirkt. Soziale Sicherungssysteme sollten aber gerade vor solchen Risiken schützen, deren Eintritt mit einer finanziellen Überforderung des Einzelnen verbunden sein kann, und nicht Risiken abdecken, die der Einzelne in der Regel selbst tragen kann. Dies gebietet insbesondere auch der Grundsatz der Subsidiarität.

Dieser Zielsetzung tragen in besonderer Weise nach dem jeweiligen Pflegeaufwand gestaffelte Selbstbehalte Rechnung: Beispielsweise 75 Prozent des Aufwandes bis 100 Euro (maximal 75 Euro), 50 Prozent des Aufwandes von 100 bis 500 Euro (maximal 200 Euro), 25 Prozent des Aufwandes von 500 bis 1.000 Euro (maximal 125 Euro) sowie 0 Prozent des Aufwandes von über 1.000 Euro (jeweils pro Monat). Der maximale Selbstbehalt beläuft sich damit auf monatlich 400 Euro.

Allein der Selbstbehalt für die ersten 100 Euro entlastet die Pflegekassen – bei derzeit rund 2 Mio. Pflegebedürftigen und durchschnittlichen Gesamtfallkosten von 8.320 Euro pro Jahr bzw. rund 695 Euro pro Monat – um jährlich rund 1,9 Mrd. Euro. Durch die auf diese Weise eingesparten Leistungsausgaben (rund 10 Prozent des gesamten bisherigen Ausgabenvolumens) stünden zusätzliche Mittel bereit, die zumindest teilweise zur Abdeckung höherer Pflegekosten für Leistungen an Demenzkranke sowie Schwer- und Schwerstpflegebedürftige eingesetzt werden könnten.

Im Übrigen würde durch die Einführung prozentualer – nach dem jeweiligen Pflegeaufwand gestaffelter – Selbstbehalte auch der Vorgabe des Koalitionsvertrages vom 11. November 2005 entsprochen, in der Pflegeversicherung „Eigenverantwortung und Eigeninitiative“ zu stärken.

III. Beitragssatzanhebung vermeiden

Die Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung von 1,7 auf 1,95 Prozent – bzw. von 1,95 auf 2,2 Prozent für Kinderlose – zum 1. Juli 2008 steht dem Ziel, durch eine Senkung der Personalzusatzkosten Wachstum und Beschäftigung zu fördern, diametral entgegen. Die unter Punkt A.I und A.II vorgeschlagenen Reformmaßnahmen bzw. Korrekturvorschläge zeigen, dass die angekündigte Beitragssatzanhebung vollständig vermieden werden kann.

Die geplante Beitragssatzerhöhung in der Pflegeversicherung konterkariert die positiven Wachstums- und Beschäftigungseffekte aus der Sen-



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

kung des Beitragssatzes zur Arbeitslosenversicherung zum 1. Januar 2008 von 4,2 auf 3,3 Prozent. Die dauerhafte Absenkung der Beitragssatzsumme in der Sozialversicherung auf unter 40 Prozent (derzeit 39,8 Prozent) setzt voraus, dass die erfolgte Beitragssatzsenkung in der Arbeitslosenversicherung (- 0,9 Prozentpunkte) nicht gleich wieder durch eine Zusatzbelastung in der Pflegeversicherung relativiert wird. Nur durch grundlegende Strukturreformen in allen Sozialversicherungszweigen kann das Ziel, den Gesamtsozialversicherungsbeitrag unter 40 Prozent zu senken, erreicht und dauerhaft eingehalten werden.

IV. Abkopplung der Pflege- von den Arbeitskosten beginnen

Der Pflegesektor ist ein bedeutender Wachstumsbereich, der Innovationen fördert und wegen seiner Personalintensität auch erhebliche Arbeitsmarktrelevanz hat. Soweit das Wachstum in diesem Bereich jedoch über eine lohnbezogene Finanzierung zu steigenden Personalzusatzkosten bzw. Arbeitskosten führt, entsteht daraus ein schwerwiegendes Beschäftigungshemmnis sowie eine Bremse für das Wirtschaftswachstum insgesamt. Genau dies ist bei der Pflegeversicherung gegenwärtig der Fall. Diese Einschätzung im Antrag der FDP wird von der BDA geteilt.

Zentraler Reformschritt einer zukunftsweisenden Reform muss deshalb die Abkopplung der Pflegekostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis sein. Der beste Weg dazu wäre, die lohnbezogene Beitragsfinanzierung auf ein einkommensunabhängiges Prämienmodell umzustellen, den Arbeitgeberanteil als Bruttolohn auszuführen und für Einkommensschwache einen steuerfinanzierten Ausgleich einzurichten. Die BDA hat hierzu im Juni 2007 ein aktualisiertes Finanzierungskonzept vorgelegt, das ohne zusätzliche Steuermittel auskommt. Alle derzeit in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Erwachsenen können gegen Entrichtung einer Pflegeprämie von durchschnittlich 24 Euro im Monat – bei beitragsfreier Mitversicherung der Kinder – gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert werden. Mit der von Bündnis 90/Die Grünen und der LINKEN geforderten Pflege-Bürgerversicherung lässt sich die erforderliche Abkopplung der Pflege- von den Arbeitskosten hingegen nicht erreichen. Stattdessen würde an der überwiegend lohnbezogenen Finanzierung weiter festgehalten.

V. Kapitalgedeckte Risikovorsorge aufbauen

Die Finanzierung des Pflegebereichs über die lohnbezogen finanzierte soziale Pflegeversicherung führt zu einer Erhöhung der Personalzusatz- und damit der Arbeitskosten und wirkt negativ auf die Schaffung neuer bzw. den Erhalt bestehender Arbeitsplätze. In den kommenden Jahrzehnten droht die Belastung der Arbeitskosten durch Pflegebeiträge in Folge der demografischen Entwicklung und des damit einhergehenden



Leistungsausweitungen verschärfen die ungelösten Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

deutlichen Anstiegs der Zahl der Pflegeleistungsempfänger zudem auch noch erheblich zu steigen.

Deshalb muss das heutige Umlagesystems durch den schrittweisen Aufbau einer – zumindest teilweise – kapitalgedeckten Risikovorsorge ergänzt werden. Nur so kann die langfristige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung gesichert und ein – angesichts der demografischen Entwicklung absehbarer – massiver Anstieg des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung verhindert werden.

Das Kapital sollte aber – anders als von Bündnis 90/Die Grünen vorgesehen – außerhalb der sozialen Pflegeversicherung angesammelt werden. Kapitaldeckung kann nur sinnvoll in privater Verantwortung organisiert werden. Bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften wie den Pflegekassen besteht die große Gefahr, dass sich der Gesetzgeber von vorhandenen Kapitalreserven zu Leistungsausweitungen oder dem Aufschub notwendiger Reformen verleiten lässt. Ebenso ist zu befürchten, dass einmal gebildetes Kapital zweckentfremdet wird oder der Staat in kontraproduktiver Weise Einfluss auf die Anlagepolitik nimmt. Der Abbau der ehemals viele Monatsausgaben hohen Rücklagen der Renten- und Pflegeversicherung sowie die in der Vergangenheit häufig aufgetretenen „Verschiebebahnhöfe“ zwischen Sozial- und öffentlichen Kassen bzw. zwischen den einzelnen Sozialversicherungszweigen sind ein deutlicher Beweis für diese Gefahr.

Durch den Gesetzentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes kommt es hingegen zu keiner nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Zum einen fehlt die dringend erforderliche Richtungsentscheidung zum Auf- und Ausbau einer kapitalgedeckten Risikovorsorge. Dadurch geht wertvolle Zeit verloren, die den Zins- und Zinseszinsseffekt des Kapitaldeckungsverfahrens erheblich schmälert. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sieht in seinem jüngsten Jahresgutachten sogar die Gefahr, dass sich das Zeitfenster eines Umstiegs auf das Kapitaldeckungsverfahren bereits „faktisch geschlossen“ habe, wenn das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in diesem Punkt nicht noch nachgebessert wird. Zum anderen reicht der Zeithorizont des Maßnahmenpaketes bestenfalls bis zum Jahr 2015. Dann sollen die Rücklagen der Pflegekassen – trotz Beitragssatzanhebung – gerade auf die gesetzlich definierte Mindestreserve von einer Monatsausgabe abgeschmolzen sein. Wie die ab 2015 vorgesehene Dynamisierung der Pflegeleistungen finanziert werden soll, bleibt also völlig offen.

Deshalb steht zu befürchten, dass Versicherte und Betriebe spätestens 2015 erneut mit einer Beitragssatzanhebung belastet werden, insbesondere wenn die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes weiteren Finanzbedarf verursacht (siehe Punkt A.I).



Leistungsausweitungen verschärfen die ungelösten Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

Zu begrüßen ist, dass der im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 vorgesehene Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung nicht umgesetzt wird. Denn zum einen wären dadurch die privaten Pflegeversicherungsunternehmen, die durch ihre Alterungsrückstellungen sehr viel besser auf die demografischen Entwicklung vorbereitet sind, unnötig geschwächt und die Pflegeversicherung insgesamt noch demografieanfälliger geworden. Zum anderen wären die Begehrlichkeiten zur Ausweitung der Pflegeversicherungsleistungen vermutlich noch größer gewesen. Der von Bündnis 90/Die Grünen geforderte Finanzausgleich bzw. die von der LINKEN geforderte Zusammenlegung von sozialer und privater Pflegeversicherung wäre daher absolut kontraproduktiv und wird von den Arbeitgebern deshalb nachdrücklich abgelehnt.

VI. Wettbewerb stärken

Der Ausbau von Wettbewerbselementen ist eines der wirksamsten Mittel zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung in der Pflegeversicherung. Bedarfsgerechte, qualitätssichernde sowie kostengünstige Strukturen und Angebote im Pflegewesen setzen wettbewerbsorientierte Steuerungsprozesse und Handlungsspielräume für alle Marktteilnehmer voraus.

Wie in der Krankenversicherung muss auch in der Pflegeversicherung, die organisatorisch unter dem Dach der Krankenkassen angesiedelt ist, der Preis- und Qualitätswettbewerb zur Erzielung kostengünstiger, qualitativ hochwertiger und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen verstärkt werden. Konkret ist statt einheitlichem und gemeinsamem Handeln aller Pflegekassen Vertragsfreiheit dringend erforderlich. Die Leistungsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege dürfen nicht länger das Ergebnis eines bilateralen Monopols sein, sondern müssen von jeder Pflegekasse frei mit den Leistungsanbietern – Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen – ausgehandelt werden können.

Zudem sollten künftig die Pflegekassen und Leistungsanbieter nicht mehr über feste Pflegesätze, sondern über zu erbringende Pflegeleistungen verhandeln. Das schafft für die Leistungsanbieter Transparenz über die von den Pflegekassen getragenen Aufwendungen und erleichtert damit die eigene Kostenkalkulation im Wettbewerb um Aufträge. Eine solche wettbewerbliche Ausrichtung der Pflegeversicherung wird mit den im jetzigen Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen jedoch nicht erreicht.

Ein grundsätzlich richtiger Schritt für mehr Wettbewerb ist allerdings immerhin die Entscheidung, die Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zukünftig in verständlicher Sprache aufzubereiten und zu veröffentlichen. Das dient der Transparenz und damit dem Wettbewerb. Auf diese Weise werden die Versicherten in die



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

Lage versetzt, die verfügbaren Pflegeeinrichtungen hinsichtlich ihrer qualitativen Leistungsfähigkeit zu beurteilen und zu vergleichen. Auch die beabsichtigte Erweiterung der Möglichkeit des Vertragsabschlusses zwischen Pflegekassen und Einzelpflegekräften ist zu begrüßen.

VII. Doppelstrukturen in der Pflegeberatung vermeiden

Die Überlegung, die häuslichen Versorgungsstrukturen nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ durch Pflegestützpunkte und Pflegebegleiter zu stützen und zu fördern, ist grundsätzlich richtig. Die Leistungen der Pflege- (SGB XI) und Krankenversicherung (SGB V) besser mit denen der kommunalen Altenhilfe sowie der Hilfe zur Pflege (SGB XII) zu verzahnen, ist sinnvoll.

Die Richtschnur, dass in jedem Bundesland für je 20.000 Einwohner ein Pflegestützpunkt vorgehalten werden soll, läuft auf die bundesweite Einrichtung von über 4.000 Pflegestützpunkten hinaus. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass bereits heute bestehende Beratungsstrukturen zerschlagen und durch neu eingerichtete Pflegestützpunkte ersetzt werden. Genauso wenig dürfen durch Pflegestützpunkte teure Doppel- oder Mehrfachstrukturen geschaffen werden. Vielmehr sind in erster Linie die vorhandenen Beratungsangebote besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen. Sie müssen darüber hinaus auch so ausgestaltet werden, dass Pflegebedürftige oder deren Angehörige auf Wunsch eine „zugehende Beratung“ erhalten.

Für die Etablierung von Pflegestützpunkten ist eine Anschubfinanzierung von 80 Mio. Euro bzw. maximal 45.000 Euro je Pflegestützpunkt – bei Einbeziehung von ehrenamtlichen Helfern und Selbsthilfegruppen 50.000 Euro – vorgesehen. Daraus folgt, dass nicht jeder Pflegestützpunkt eine Anschubfinanzierung erhalten kann. Von dieser Regelung („Windhundverfahren“) soll ein wirtschaftlicher Anreiz ausgehen, möglichst umgehend mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten zu beginnen. Da jedoch die dauerhafte Finanzierung der Pflegestützpunkte nicht geregelt ist, könnte die vorgesehene Regelung wirkungslos bleiben bzw. falsche Anreize auslösen. Die angestrebte Vernetzung aller Beratungsangebote muss auch vor dem Verbot einer Mischfinanzierung finanzverfassungsrechtlich Bestand haben.

Bevor bundesweit mit dem Aufbau flächendeckender Pflegestützpunkte oder neuer Infrastruktur begonnen wird, sollte zuvor in mehreren Modellregionen eine mehrjährige Erprobungsphase durchgeführt werden. Das legen insbesondere die Erfahrungen mit den kaum genutzten und daher wiederholt vom Bundesrechnungshof kritisierten Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger nahe.



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

VIII. Ansätze zur Qualitätssicherung gehen in die richtige Richtung

Der im August 2007 vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) vorgelegte zweite Bericht zur „Qualität in der ambulanten und stationären Versorgung“ zeigt, dass – trotz nicht zu übersehender Fortschritte – nach wie vor zum Teil erhebliche Qualitätsdefizite in der pflegerischen Versorgung bestehen. Deshalb sind die geplanten Maßnahmen zur Steigerung der Qualität in der Pflege grundsätzlich zu begrüßen. Hierzu zählt insbesondere die Absicht, künftig alle Pflegeanbieter im dreijährigen Turnus durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen.

Auch die Unterstützung des generationenübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements, der Abbau von Schnittstellenproblemen und die Förderung der Entbürokratisierung sind sachgerechte Schritte zur Fortentwicklung der Pflegeversicherung.

IX. Private Pflege-Pflichtversicherung nicht schwächen

Nach dem Kabinettsbeschluss sollen die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz enthaltenen Neuregelungen für die private Krankenversicherung zur Einführung des Basistarifs sowie zur Portabilität der Alterungsrückstellungen auf die private Pflege-Pflichtversicherung übertragen werden.

Die Übertragung des Basistarifs ist abzulehnen, da er von den Bestandskunden der privaten Pflege-Pflichtversicherung – und den zuschussverpflichteten Arbeitgebern – subventioniert werden müsste; denn bei Hilfebedürftigkeit ist die im Basistarif zu zahlende Prämie zunächst zu Lasten aller privat Pflegeversicherten und ihrer zuschussverpflichteten Arbeitgeber zu halbieren und erst bei fortbestehender Bedürftigkeit vom zuständigen Grundsicherungsträger zu bezuschussen. Die daraus resultierenden Quersubventionierungen aus anderen Tarifen werden nicht nur zu Prämien erhöhungen führen, sondern stellen auch einen verfassungsrechtlich problematischen Eingriff in das Eigentumsrecht aller bisherigen Mitglieder der privaten Pflegeversicherung.

Grundsätzlich sinnvoll ist dagegen die beschlossene Mitnahmemöglichkeit der Alterungsrückstellungen beim Wechsel zwischen Unternehmen der privaten Krankenversicherung bzw. Pflege-Pflichtversicherung (Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung), da hierdurch der Wettbewerb gestärkt wird.



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

B. Pflegezeitgesetz

Angesichts der demografischen Entwicklung wird die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Ein gesetzlicher Freistellungsanspruch zur Pflege von Angehörigen, wie ihn das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) regeln soll, ist dennoch nicht erforderlich. Individuelle vertragliche sind pauschalen gesetzlichen Lösungen vorzuziehen.

Schon heute werden in der Praxis vielfältige interessengerechte Lösungen in Form von Vereinbarungen zwischen den Arbeitsvertragsparteien gefunden. Insbesondere in großen Unternehmen gibt es spezielle Programme zur Unterstützung von Arbeitnehmern in Pflegesituationen. Die Arbeitszeit wird durch Gleit- oder Teilzeit sowie Job-Sharing individuell und flexibel gestaltet und so den Erfordernissen der Pflege angepasst. Gleiches geschieht im Bereich der Arbeitsorganisation z. B. durch Telearbeit. Im Rahmen der Personalentwicklung werden Arbeitnehmer unterstützt, indem sie an betrieblichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auch während Pflegezeiten teilnehmen. Die Unternehmenskommunikation sensibilisiert Mitarbeiter und Führungskräfte für das Thema Pflege. Schließlich werden Informationshinweise zu internen und externen Ansprechpartnern durch Unternehmen gegeben und individuelle Beratungsgespräche angeboten oder vermittelt. Dabei wird auf eine Vernetzung mit Pflegeeinrichtungen, Altenhilfen etc. hingewiesen.

Kleinere und mittlere Unternehmen gestalten ihre Absprachen und Unterstützungsleistungen, indem sie im Einzelfall informell und unbürokratisch reagieren. Sie sind bemüht, gemeinsam mit betroffenen Arbeitnehmern individuelle Lösungen zu finden. Denn gerade diese Unternehmen haben ein großes Interesse an stabilen Belegschaften.

Ein Anspruch auf Freistellung von der Arbeit zur Pflege von Angehörigen würde die Personalplanung und -organisation insbesondere in den kleinen und mittleren Betrieben erheblich erschweren. Gerade auf Dauer angelegte Tätigkeiten (z. B. Kunden- oder Projektbetreuung) leiden erheblich bei längeren Freistellungsphasen. Zudem verursacht jede zu Vertretungszwecken zu organisierende Personaleinstellung und anschließende Personaleinarbeitung zusätzliche Kosten für die Betriebe. Da der Freistellungsanspruch voraussichtlich vor allem von älteren Arbeitnehmern und Frauen genutzt würde, würde er zusätzlich deren Arbeitsmarktchancen verschlechtern.

Die Vereinbarung einer Pflegezeit sollte daher weiterhin allein auf vertrauensvoller Basis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer ohne einen zusätzlichen gesetzlichen Zwang geregelt werden. Sofern der Gesetzgeber dennoch gesetzliche Regelungen zur Freistellung zur Pflege von Angehörigen anstrebt, müssen die Freistellungsansprüche auf eng begrenzte Fälle beschränkt und so ausgestaltet werden, dass eine finan-



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

zielle und bürokratische Belastung der Unternehmen weitestgehend vermieden wird:

I. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

1. Freistellungsanspruch bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nicht erforderlich

Für einen Freistellungsanspruch bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 2 PflegeZG) besteht kein Bedarf. Schon heute gibt es verschiedene Möglichkeiten, auf kurzfristig eintretende Pflegesituationen zu reagieren. Nötigenfalls hat der Arbeitnehmer nach § 275 Abs. 3 BGB ein Leistungsverweigerungsrecht, wenn ihm die Erbringung der Arbeitsleistung unzumutbar ist.

Soweit Arbeitnehmern ein über den gesetzlichen Mindesturlaub hinausgehender Urlaubsanspruch zusteht, ist es ihnen zumutbar, diesen vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Sofern der Gesetzgeber einen Freistellungsanspruch konstituieren will, sollte dieser auf maximal fünf Tage beschränkt werden. Es ist davon auszugehen, dass eine Freistellung von fünf Tagen ausreicht, um eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren. Schließlich stehen den Angehörigen bei der Organisation der Pflege die Pflegekassen und die Pflegebegleiter zur Verfügung. Hinzu kommt, dass auch in Fällen einer „akut aufgetretenen Pflegesituation“ regelmäßig ein zeitlicher Vorlauf besteht, der eine Vorbereitung der späteren Pflege ermöglicht (z. B. vorausgehender Krankenhausaufenthalt).

Schließlich sind die Tatbestandsvoraussetzungen des Freistellungsanspruchs nicht hinreichend präzise. Was unter einer „akut aufgetretenen Pflegesituation“ zu verstehen ist, bleibt ebenso unklar wie die Frage, wann eine Freistellung „erforderlich“ ist, um eine „pflegerische Versorgung [...] sicherzustellen“. Hier sollten klare, eng begrenzte Tatbestandsvoraussetzungen formuliert werden, um unnötige Rechtsunsicherheit und Rechtsstreitigkeiten zu verhindern.

2. Entgeltfortzahlung bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung ausschließen

Der allgemeine Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei vorübergehender Arbeitsverhinderung nach § 616 BGB muss für Fälle kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 PflegeZG ausdrücklich ausgeschlossen werden. Andernfalls würden neue Lohnzusatzkosten geschaffen. Nur mit einem Ausschluss des Entgeltfortzahlungsanspruchs würde dem Beschluss des Koalitionsausschusses vom 19. Juni 2007 entsprochen, nach dem die Freistellung bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung „unbe-



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

zahlt“ sein soll. Von dieser klaren Vorgabe weicht der Gesetzentwurf ausdrücklich ab, indem er auf bestehende Vorschriften zur Entgeltfortzahlung verweist.

Soweit der Arbeitnehmer eine bezahlte Freistellung wünscht, kann er zudem regelmäßig den ihm zustehenden übergesetzlichen Urlaub nutzen. Im Übrigen besteht in vielen Fällen die Möglichkeit, Lohnausfälle aufgrund kurzfristiger Arbeitsverhinderungen durch flexible Arbeitszeitregelungen (insbesondere Arbeitszeitkonten, Gleitzeit- und Jahresarbeitszeitkonten sind inzwischen weit verbreitet) zu vermeiden.

II. Anspruch auf Pflegezeit

1. Ausreichende Ankündigungsfrist festlegen

Bei einem Anspruch auf Freistellung von bis zu sechs Monaten ist eine Ankündigungsfrist von zehn Arbeitstagen vor Beginn der Pflegezeit (§ 2 Abs. 3 PflegeZG) zu kurz, um adäquat auf den Ausfall eines Mitarbeiters zu reagieren, eine Vertretung zu finden und die erforderliche Übergabe zu organisieren. Gegebenenfalls muss eine entsprechend ausgebildete Ersatzkraft eingestellt und eingearbeitet werden. Entsprechend der Regelung bei der Elternzeit in § 16 Abs. 1 BEEG muss eine Ankündigungsfrist von mindestens sieben Wochen die Regel sein. Denn dass sich Pflegesituationen einstellen, ist in aller Regel im Voraus erkennbar. In vielen Fällen entwickelt sich eine Pflegebedürftigkeit über Jahre hinweg. Ist Arbeitnehmern die rechtzeitige Ankündigung einer Pflegezeit möglich, müssen sie auch dazu verpflichtet sein, diese dem Arbeitgeber frühzeitig mitzuteilen. Es muss vermieden werden, dass der Arbeitgeber ohne Not in eine Situation gebracht wird, die es ihm kaum möglich macht, rechtzeitig auf den Personalausfall zu reagieren. Für die Fälle einer „akut aufgetretenen Pflegesituation“ kann eine Abweichung von der siebenwöchigen Ankündigungsfrist vorgesehen werden. Das Tatbestandsmerkmal einer akut aufgetretenen Pflegesituation gibt es bereits in § 2 Abs. 1 PflegeZG, so dass damit keine erneute Definition und Abgrenzung erforderlich wird.

2. Wartezeit festlegen

Arbeitnehmer, die weniger als ein Jahr im Betrieb beschäftigt sind, müssen vom Anspruch auf Pflegezeit ausgeschlossen sein. Muss der Arbeitnehmer bereits während oder kurz nach seiner Einarbeitung wieder freigestellt und eine Ersatzkraft gefunden und erneut eingearbeitet werden, bedeutet dies eine unverhältnismäßige organisatorische und finanzielle Belastung für den Betrieb.

In jedem Fall muss die Wartezeit mindestens sechs Monate betragen. Die Wartezeit dient Arbeitgeber und Arbeitnehmer dazu, im Rahmen



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

einer angemessenen Zeitspanne Klarheit zu gewinnen, ob eine dauerhafte Zusammenarbeit möglich erscheint. Ohne eine entsprechende Mindestwartezeit im Pflegezeitgesetz würde die Wartefrist des Kündigungsschutzgesetzes ausgehebelt. Denn für den jeweiligen Arbeitnehmer soll bereits nach Ankündigung der Pflegezeit ein umfassendes Kündigungsverbot bestehen (§ 5 PflegeZG). Dadurch wird allein dem Arbeitgeber die Möglichkeit genommen, seine Personalauswahl zu überprüfen und ggf. zu korrigieren, während der Arbeitnehmer den Zweck der Wartezeit ausschöpfen kann.

3. Aufteilung des Anspruchs ausschließen

Um den Ausfall eines Arbeitnehmers für den Betrieb kalkulierbar zu machen, muss sichergestellt sein, dass es nicht zu einer Aufteilung des 6-monatigen Freistellungsanspruchs auf mehrere Freistellungszeiträume kommt. Dies sollte im Gesetz hinreichend klargestellt werden. Beispielsweise sind drei zweimonatige Freistellungen eine deutlich größere Belastung für den Arbeitgeber als eine halbjährige Freistellung. Denn jede Freistellung verlangt eine erneute Lösung des Arbeitgebers, wie er mit dem Personalausfall umgeht. Dabei entsteht jedes Mal erneut ein Einarbeitungsaufwand und die Notwendigkeit einer geregelten Übergabe.

4. Ablehnung aus betrieblichen Gründen ermöglichen

Die Inanspruchnahme von Pflegezeit darf sich nicht ausschließlich nach den Wünschen des Arbeitnehmers richten, sondern muss auch die betrieblichen Belange berücksichtigen. Dies entspricht auch der Wertung von § 275 Abs. 3 BGB, der eine Freistellung des Arbeitnehmers von der Arbeit nur dann vorsieht, wenn ihm die Arbeit „unter Abwägung des seiner Leistung entgegenstehenden Hindernisses mit dem Leistungsinteresse des Gläubigers [=Arbeitgebers] nicht zugemutet werden kann“. Dem Arbeitgeber muss daher die Ablehnung des Anspruchs auf Pflegezeit möglich sein, wenn betriebliche Gründe entgegenstehen. Das kann beispielsweise der Fall sein, wenn die besondere Kompetenz des Arbeitnehmers unverzichtbar ist, um einen größeren Auftrag zu erledigen oder ein umfassendes Projekt durchzuführen, für das seine Mitarbeit von wesentlicher Bedeutung ist.

Gleiches gilt, wenn der Arbeitnehmer seine Arbeitszeit im Rahmen der Pflegezeit lediglich reduzieren will. In diesem Fall muss der Arbeitgeber den Anspruch ablehnen können, wenn betriebliche Gründe entgegenstehen. Das Erfordernis „dringender“ betrieblicher Gründe geht unangemessen weit; auch beim allgemeinen Teilzeitanspruch ist das Vorliegen betrieblicher Gründe nach § 8 Abs. 4 TzBfG ausreichend.



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

5. Keine automatische Beendigung regeln

Endet die Pflegebedürftigkeit vor dem Ende des vereinbarten Zeitraums oder ist die Pflege unmöglich oder unzumutbar, darf die Pflegezeit nicht automatisch vier Wochen später enden. Zum einen sollte der Arbeitnehmer verpflichtet sein, die Beendigung seiner Pflegezeit mit der Frist von vier Wochen beim Arbeitgeber zu beantragen. Die betriebliche Praxis zeigt, dass einige Arbeitnehmer ein Interesse daran haben, die vereinbarte Pflegezeit voll auszuschöpfen, auch wenn die Pflegesituation vorzeitig endet. Zum anderen muss eine vorzeitige Beendigung entsprechend § 16 Abs. 3 BEEG nur mit Zustimmung des Arbeitgebers möglich sein. Jedenfalls muss der Arbeitgeber der vorzeitigen Rückkehr des Arbeitnehmers aus der Pflegezeit aus dringenden betrieblichen Gründen widersprechen können. Denn der Arbeitgeber hat eine Personalplanung vorgenommen, die die gesamte Pflegezeit abdeckt. Zwar kann er befristet eingestellten Aushilfskräften mit einer Frist von zwei Wochen kündigen. Hat der Arbeitgeber aber einen anderen Weg in der Personalplanung gefunden, um den Ausfall des pflegenden Arbeitnehmers zu überbrücken, muss er einer vorzeitigen Rückkehr widersprechen können, sofern dieser dringende betriebliche Gründe entgegen stehen.

6. Kleinbetriebe bis 20 Beschäftigte ausnehmen

Freistellungsansprüche belasten gerade kleine und mittlere Unternehmen mit Bürokratie und Kosten, denn sie sind in besonderer Weise zur Erfüllung ihrer Aufträge auf die Mitarbeit und den Einsatz jedes einzelnen Arbeitnehmers angewiesen. Den Ausfall von Arbeitnehmern zu überbrücken, stellt für sie eine besondere Herausforderung dar. Grundsätzlich sollten daher alle gesetzlichen Ansprüche, die dem Arbeitnehmer einseitig ermöglichen, seine arbeitsvertraglich vereinbarte Arbeitszeit zu reduzieren, auf Betriebe mit mindestens 20 Beschäftigten (unter Ausschluss der Auszubildenden) beschränkt werden.

Der Betrieb ist – wie in der Koalitionsvereinbarung vom 19. Juni 2007 vorgesehen – auch der richtige Anknüpfungspunkt für eine solche Regelung. Der Betrieb ist die organisatorische Einheit, die die für die Umsetzung des Unternehmenskonzepts des Arbeitgebers maßgebliche Bezugsgröße darstellt. Der Gesetzentwurf knüpft dagegen an den Arbeitgeber an, der eine Vielzahl von selbstständigen Betrieben leiten kann mit der Folge, dass alle Arbeitnehmer zu berücksichtigen sind, auch wenn sie in einem anderen Betrieb beschäftigt sind als der Arbeitnehmer, der Pflegezeit beanspruchen will. Ein Handwerksmeister, der zwei Niederlassungen an räumlich getrennten Orten mit jeweils sechs Arbeitnehmern in zwei unterschiedlichen Betrieben führt, müsste in beiden Betrieben den Anspruch auf Pflegezeit gewähren.



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008

Die Feststellung der Zahl der Beschäftigten muss außerdem wie in § 23 KSchG abhängig von der Dauer ihrer wöchentlichen Arbeitszeit anteilig erfolgen. Andernfalls würde ein Hemmnis für die Beschäftigung von Teilzeitarbeitskräften entstehen.

III. Vertragliche Abweichungen zulassen

Den Arbeitsvertragsparteien, zumindest den Tarifvertragsparteien, muss es entgegen § 8 PflegeZG ermöglicht werden, vom Pflegezeitgesetz abweichende Regelungen zu vereinbaren. Die Vertragsparteien müssen z. B. einvernehmlich vereinbaren können, inwieweit Arbeitszeitguthaben bei Pflegezeiten eingesetzt werden können. Das Gesetz darf flexible betriebliche Lösungen auf keinen Fall ausschließen, sondern sollte ihnen ausdrücklich Vorrang einräumen.

IV. Auf Privilegien beim Kündigungsschutz verzichten

Nachvollziehbar ist, dass der Gesetzgeber vermeiden möchte, dass Arbeitnehmer, die Angehörige pflegen, im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Pflegezeit ihre Kündigung erhalten. Das vorgesehene umfassende Kündigungsverbot (§ 5 PflegeZG) geht jedoch deutlich über dieses Ziel hinaus. Es führt dazu, dass Arbeitnehmer in Pflegezeit einen höheren Kündigungsschutz genießen als sonstige Arbeitnehmer. Hierfür gibt es keine Rechtfertigung. Wenn der Arbeitgeber z. B. zu betriebsbedingten Kündigungen gezwungen ist, gibt es keinen Grund, Arbeitnehmer in Pflegezeit besser zu stellen und davon auszunehmen. Die Folge wäre, dass in diesen Fällen Arbeitnehmer entlassen werden müssten, die nach den Kriterien des allgemeinen Kündigungsschutzes sozial schutzbedürftiger sind, z. B. weil sie viele Kinder haben und damit höhere Unterhaltspflichten.



Leistungsausweitungen verschärfen
die ungelösten Finanzierungsprobleme
der Pflegeversicherung

Berlin, 15. Januar 2008