

Änderungsantrag 18

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

- BT-Drs. 17/9369 -

I. Zu Artikel 1 (SGB XI)

(Ergänzung um Regelungen
zur privaten Pflegevorsorge)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Der Nummer 1 wird folgender Buchstabe i angefügt:

,i) Nach der Angabe zu § 125 werden die folgenden Angaben eingefügt:

- „Dreizehntes Kapitel: Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge
- § 126 Zulagenberechtigte
- § 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen
- § 128 Verfahren
- § 129 Verordnungsermächtigung“.

Begründung:

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, mit denen die Inhaltsübersicht an die Regelungen der §§ 126 bis 129 – neu – angepasst wird.

2. Nach Nummer 47 wird folgende Nummer 47a eingefügt:

47a. § 121 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bb) Folgende Nummer 7 wird angefügt:

„7. entgegen § 128 Absatz 1 Satz 6 die dort genannten Daten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt.“

b) In Absatz 3 werden die Wörter „nach Absatz 1 Nr. 2“ durch die Wörter „nach Absatz 1 Nummer 2 und 7“ ersetzt.’

Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift regelt die Bußgeldbewehrung für den Fall, dass ein Versicherungsunternehmen vorsätzlich oder leichtfertig die erforderlichen Daten an die zentrale Stelle nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt. Dies gilt insbesondere, wenn das Versicherungsunternehmen vorsätzlich oder leichtfertig zu Unrecht bestätigt, dass bei einer Pflege-Zusatzversicherung die Voraussetzungen zur Förderfähigkeit gegeben sind oder der Antragsteller eine zulageberechtigte Person ist.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird das Bundesversicherungsamt auch in den in Buchstabe a Doppelbuchstabe bb neu geregelten Fällen der Bußgeldbewehrung zur sachlich zuständigen Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten. Damit wird auf bestehende und bewährte Strukturen zurückgegriffen.

3. Folgende Nummer 49 wird angefügt:

,49. Folgendes Dreizehntes Kapitel wird angefügt:

„Dreizehntes Kapitel: Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge

§ 126 Zulagenberechtigte

(1) Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits Leistungen nach § 123 oder als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel beziehen.

§ 127 Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von 120 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von jährlich 60 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jedes Beitragsjahr nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2 und § 12a des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen in Höhe von mindestens 600 Euro für die in § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 aufgeführte Pflegestufe III sowie bei Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a

- einen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung der Pflegestufe dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 sowie den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a folgt,
 6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
 7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
 8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 129 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatz-versicherungen zu verwenden sind. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. übt hierzu das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Dieser ist nach amtlich vorgeschriebenem Muster bis zum Ablauf des zweiten Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, bei dem Versicherungsunternehmen einzureichen, bei dem die private Pflege-Zusatzversicherung besteht. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte

Person noch nicht vergeben ist, hat diese über ihr Versicherungsunternehmen eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Abweichend von Satz 1 kann die zulageberechtigte Person ihr Versicherungsunternehmen schriftlich bevollmächtigen, für sie die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Ein Widerruf der Vollmacht ist bis zum Ablauf des Beitragsjahres, für das das Versicherungsunternehmen keinen Antrag auf Zulage stellen soll, gegenüber dem Versicherungsunternehmen zu erklären. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. das Vorliegen der nach Satz 4 erteilten Vollmacht
7. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
8. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. In diesem Fall ist Satz 6 sinngemäß anzuwenden.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch das Bundesversicherungsamt, das sich zur Durchführung dieser Aufgaben einer zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung im Wege der Organleihe bedient; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Beantragt die zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag, so wird die Zulage nur für den Vertrag gewährt, der zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der

Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Abweichend von Absatz 1 Satz 6 Nummer 7 kann die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person ist, auch durch den Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung, das Versicherungsunternehmen oder die Künstlersozialkasse direkt mittels Datenfernübertragung an die zentrale Stelle übermittelt werden. Voraussetzung ist, dass der Antragsteller schriftlich in die Datenübermittlung einwilligt. Die zentrale Stelle stellt auf Grund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Besteht kein Anspruch auf Zulage, so teilt die zentrale Stelle dies dem Versicherungsunternehmen mit. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 11 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht besteht oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Das Versicherungsunternehmen hat die zulageberechtigte Person jährlich über die im abgelaufenen Beitragsjahr getroffenen, aufgehobenen oder geänderten Ermittlungsergebnisse der zentralen Stelle zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen; die Verwaltungskosten werden nach

Ablauf eines jeden Beitragsjahres in tatsächlicher Höhe erstattet. Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt. Die Fachaufsicht über die zentrale Stelle obliegt dem Bundesversicherungsamt, die Rechtsaufsicht dem Bundesministerium für Gesundheit.

§ 129 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres regeln über

1. die zentrale Stelle gemäß § 128 Absatz 2 und ihre Aufgaben,
2. das Verfahren für die Ermittlung, Festsetzung, Auszahlung, Rückzahlung und Rückforderung der Zulage,
3. die Inhalte des für die Antragstellung erforderlichen Musters,
4. den Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle nach § 128 Absatz 1 und 2
5. die Begrenzung der Höhe der bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten.“

Begründung:

Zum 13. Kapitel

Angesichts des demografischen Wandels wird die soziale Pflegeversicherung als umlagefinanziertes System künftig zunehmenden Belastungen ausgesetzt sein. Um die Bürgerinnen und Bürger beim Aufbau einer ergänzenden, eigenständigen Pflegevorsorge zu unterstützen, hat sich die Regierungskoalition daher mit Beschluss vom 6. November 2011 auf die Einführung einer Pflegevorsorgeförderung verständigt. Die staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge ist ein wichtiger Beitrag zur nachhaltigen, generationengerechten Ausgestaltung der sozialen Sicherung. Sie soll einen wirksamen Anreiz zu zusätzlicher Pflegevorsorge schaffen. Künftig wird daher zu den Beiträgen für eine neu abgeschlossene private Pflege-Zusatzversicherung eine staatliche Zulage gezahlt, wenn die Pflege-Zusatzversicherung bestimmte gesetzlich vorgegebene Rahmenbedingungen erfüllt. Die §§ 126 bis 129 regeln Art, Umfang, Voraussetzungen und Verfahren der Förderung der privaten Pflegevorsorge.

Zu § 126

§ 126 bestimmt, welcher Personenkreis Anspruch auf Gewährung einer Pflegevorsorgezulage hat. Zu diesem Personenkreis gehören grundsätzlich alle in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versicherten Personen, wenn sie eine private Pflege-Zusatzversicherung abgeschlossen haben, die den Vorgaben des § 127 Absatz 2 genügt. Ausgenommen sind nur Kinder und Jugendliche vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie Personen, die bereits pflegebedürftig sind. Die Regelung korrespondiert mit dem in § 127 Absatz 2 für förderfähige Pflege-Zusatzversicherungen geltenden Kontrahierungszwang.

Zu § 127

Absatz 1 benennt als Voraussetzung der Förderung einen jährlichen Mindestbeitrag des Versicherten in Höhe von 120 Euro, um sicherzustellen, dass die abgesicherte Leistung ein gewisses Mindestniveau umfasst und staatliche Förderung und Eigenleistung in einem angemessenen Verhältnis stehen. Die Höhe der staatlichen Förderung beläuft sich ab dem 1.1.2013 auf 60 Euro jährlich.

Absatz 2 führt aus, welche Voraussetzungen eine Pflege-Zusatzversicherung erfüllen muss, damit die Pflegevorsorgezulage gewährt werden kann. Ziel der an die Versicherungsunternehmen gerichteten Vorgaben ist insbesondere, dass möglichst viele Bürgerinnen und Bürger die Förderung in Anspruch nehmen können. Deshalb sieht Nummer 2 einen Kontrahierungszwang für die Anbieter entsprechender Pflege-Zusatzversicherungen vor. Außerdem muss der Versicherer gemäß Nummer 3 bei einer förderfähigen Pflege-Zusatzversicherung auf die Möglichkeit der ordentlichen Kündigung verzichten und darf keine Risikozuschläge und keine Leistungsausschlüsse vereinbaren. Wartezeiten sind nur bis zur Gesamtdauer von fünf Jahren zulässig.

Bietet ein Versicherungsunternehmen eine gemäß Absatz 2 förderfähige Pflege-Zusatzversicherung für Neukunden nicht mehr an, hat dies auf die Förderfähigkeit dieser Pflege-Zusatzversicherung für Bestandskunden keine Auswirkungen; die Zulage kann in diesem Fall beim Vorliegen der in Absatz 2 genannten Voraussetzungen weiter gewährt werden.

Förderfähig sind gemäß Nummer 4 Pflege-Zusatzversicherungen, die bei Eintritt des Pflegefalls im Sinne dieses Buches oder bei Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz eine Mindestgeldleistung zur Sicherstellung der Pflege (zur selbstbestimmten Verwendung, also entsprechend dem Pflegegeld im Sinne des § 37) auszahlen. Weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht umfassen. Dies schließt nicht aus, dass ein Vertrag über eine Pflege-Zusatzversicherung sowohl förderfähige als auch nicht förderfähige Tarife umfassen kann.

Um eine Überversicherung zu verhindern, dürfen geförderte Pflege-Zusatzversicherungen nur Geldleistungen vorsehen, die im Ergebnis maximal zu einer Verdoppelung der Höhe der durch dieses Buch gewährten Leistungen führen. Um dem Wertverlust des auf die aktuellen Leistungsbeträge bezogenen Höchstbetrags der Leistungen entgegenzuwirken, ist eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate zulässig.

Der Eintritt des Leistungsfalls und die Höhe der Leistungen in Abhängigkeit von den Pflegestufen folgen laut Nummer 5 dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 sowie den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a, um eine unbürokratische Auszahlung der Versicherungsleistungen zu ermöglichen und um für die Versicherten Transparenz zu erreichen. Die Entscheidung der Pflegekasse beziehungsweise des privaten Versicherungsunternehmens, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, über die Zuordnung zu einer Pflegestufe hat daher für die Zusatzversicherung verbindlichen Charakter. Die Einreichung von Kostennachweisen ist damit nicht erforderlich. Etwaige Änderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gelten somit auch für die geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherungen.

Außerdem wird klargestellt, dass es sich bei den förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen um eine nach Art der Lebensversicherung kalkulierte Risikoversicherung handeln muss (Nummer 1). Es gelten Rechnungszinssatz und Kalkulationsgrundlagen gemäß den §§ 12 und 12a des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Die Beiträge können nach Eintrittsalter differenziert kalkuliert werden. Eine Differenzierung nach Geschlecht ist nicht zulässig.

Absatz 2 Nummer 7 sieht Sonderregelungen für Personen vor, die wegen Hilfebedürftigkeit auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende oder Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind oder allein durch Zahlung des Beitrags zur privaten Pflege-Zusatzversicherung hilfebedürftig würden. Zum einen haben förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen für diesen Personenkreis einen Anspruch auf eine mindestens drei Jahre befristete Ruhensregelung ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes vorzusehen. Damit sollen die finanziellen Folgen einer sonst notwendigen Kündigung in Verbindung mit einem späteren neuen Vertragsabschluss spürbar abgemildert werden. Zum anderen müssen förderbare private Pflege-Zusatzversicherungen ein Sonderkündigungsrecht beinhalten, welches binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit ausgeübt werden kann. Für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt. Diese Regelung soll mit Blick auf das verfassungsrechtliche Existenzminimum eine wirtschaftliche Belastung durch Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung im Falle der Hilfebedürftigkeit vermeiden. Mit der Vorgabe wird in Verträgen

für eine private Pflege-Zusatzversicherung von der ansonsten geltenden allgemeinen Vorschrift zur Kündigung gemäß § 205 des Versicherungsvertragsgesetzes zugunsten der betroffenen Versicherungsnehmer abgewichen. Dem Versicherer steht in diesem Fall die Prämie nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Hilfebedürftigkeit zu. Der Nachweis der Hilfebedürftigkeit kann regelmäßig mittels Vorlage des Bewilligungsbescheides erfolgen.

Im Interesse der Versicherten soll gemäß Nummer 8 die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten einer Begrenzung unterworfen werden; das Nähere dazu soll auf dem Verordnungsweg bestimmt werden.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, für förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die gewährleisten sollen, dass die Versicherungsverträge die in Absatz 2 als Voraussetzung für eine Zulagenförderung verlangten Bedingungen erfüllen. Die Vertragsmuster sind von den Versicherungsunternehmen als Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden; sie haben dies gemäß § 128 Absatz 1 Satz 6 Nummer 8 im Falle eines Zulageantrags der zentralen Stelle jeweils zu bestätigen. Die Bestätigung ist Voraussetzung für eine Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage durch die zentrale Stelle. Auf diese Weise wird eine verwaltungskostenintensive Prüfung einzelner Versicherungsverträge durch die zentrale Stelle vermieden.

Vor dem Inkrafttreten der Regelung bereits bestehende Pflege-Zusatzversicherungen können nur gefördert werden, wenn sie die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllen.

Gemäß Absatz 3 entsteht der Anspruch auf Zulage mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem Beiträge zu einer förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung entrichtet worden sind. Auf den Zeitpunkt der Entrichtung innerhalb des entsprechenden Jahres kommt es dabei nicht an.

Zu § 128

Absatz 1 regelt das Verfahren der Antragstellung der Zulage. Dies schließt die Datenübermittlungspflichten des Versicherungsunternehmens gegenüber der zentralen Stelle ein.

Absatz 2 überträgt die Zuständigkeit für die Auszahlung der Pflegevorsorgezulage an das Bundesversicherungsamt, welches sich zur Durchführung dieser Aufgaben einer zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung im Wege der Organleihe bedient, da diese bereits über Erfahrungen bei der Durchführung eines entsprechenden Zulageverfahrens verfügt. Um das Förderverfahren möglichst bürokratiearm auszugestalten und den Aufwand für die

Versicherten und die Zulagenstelle möglichst gering zu halten, soll die Zulage direkt an den Anbieter der förderfähigen Pflege-Zusatzversicherung ausgezahlt und von diesem unverzüglich dem Versicherungsvertrag der zulageberechtigten Person gutgeschrieben werden. Darüber hinaus können Bürokratiekosten vermieden werden, wenn der Antragsteller schriftlich einwilligt, dass das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzung direkt vom Versicherungsunternehmen, dem Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung oder der Künstlersozialkasse elektronisch an die zentrale Stelle übermittelt wird. Die Zulage je zulageberechtigter Person wird nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. § 128 beinhaltet darüber hinaus grundsätzliche Vorgaben zum Verfahren der Antragstellung, der Auszahlung und – gegebenenfalls – der Rückzahlung beziehungsweise Rückforderung der Zulage sowie der entsprechenden Pflichten des jeweiligen Anbieters einer geförderten Pflege-Zusatzversicherung und Verfahrensvorgaben für die zentrale Stelle bei Feststellung von entsprechenden Pflichtverletzungen.

Absatz 3 regelt die Pflicht des Versicherungsunternehmens zur Unterrichtung des Versicherungsnehmers über die Ermittlungsergebnisse der zentralen Stelle.

Der Anspruch auf die Zulage ist unter anderem daran geknüpft, dass die Pflege-Zusatzversicherung die in § 127 Absatz 2 aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. Für die Erfüllung dieser Voraussetzungen haften die Versicherungsunternehmen gemäß Absatz 4 gegenüber den Zulageempfänger. Sie sind also etwa für Schäden verantwortlich, die dem Zulageempfänger dadurch entstehen, dass er zum Zwecke der Pflegevorsorge Verbindlichkeiten einget, die er ohne Zulage nicht eingegangen wäre. Da kein besonderer Haftungsmaßstab bestimmt ist, richtet sich dieser nach § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Das Versicherungsunternehmen hat also hinsichtlich der Erfüllung der Zulagevoraussetzungen Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten.

Die entsprechende Pflege-Zusatzversicherungen anbietenden Versicherungsunternehmen unterliegen zudem insgesamt – einschließlich der Einhaltung der in § 127 Absatz 2 aufgeführten Bedingungen – der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, wie das heute schon der Fall ist.

Zudem wird in Absatz 5 bestimmt, dass die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten vom Bundesministerium für Gesundheit getragen werden. Die Fachaufsicht über die zentrale Stelle obliegt dem Bundesversicherungsamt, die Rechtsaufsicht dem Bundesministerium für Gesundheit.

Zu § 129

§ 129 ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales Vorschriften zu erlassen, die das Nähere zu der zentralen Stelle und ihren Aufgaben, zum Verfahren für die Ermittlung, Festsetzung, Auszahlung, Rückzahlung und Rückforderung der Zulage, zu den Inhalten des für die Antragstellung erforderlichen Vordrucks und der Bescheinigung, zum Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle sowie zur Begrenzung der Höhe der bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten regeln. Dies schließt das Verfahren nach § 128 Absatz 1 Satz 6 ein.

Kostenfolgen

Es wird angenommen, dass im Jahr 2013 etwa 1,5 Millionen förderfähige Versicherungsverträge abgeschlossen werden, auf die dann ein Zulagenvolumen von rund 90 Millionen Euro entfällt. Die längerfristige Entwicklung des Fördervolumens hängt von der Entwicklung der Zahl der abgeschlossenen förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen ab.

Die Kosten, die der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Ausführung des Gesetzes entstehen, sind ihr durch BMG zu erstatten. Dazu sind ab dem Jahr 2014 monatliche Abschläge zu zahlen. Dabei können pauschalisierte Zahlungen vereinbart werden. Beim Bundesversicherungsamt entsteht durch die Gesetzesänderung ein sächlicher und personeller Mehraufwand.

Eine detaillierte Berechnung der Kosten der Zulagenstelle für die Durchführung der Pflegevorsorgeförderung ist erst im Rahmen der Erarbeitung der Rechtsverordnung möglich. Insgesamt erscheint es möglich, die Verwaltungskosten auf unter 10 Millionen Euro jährlich zu begrenzen.

II. Artikel 4a – neu – (Versicherungsaufsichtsgesetz)

(Ergänzung um private
Pflegevorsorge)

Nach Artikel 4 wird folgender Artikel 4a eingefügt:

„Artikel 4a

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

In § 12f Satz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 15. März 2012 (BGBl. I S. 462) geändert worden ist, werden die Wörter „private Pflegepflichtversicherung“ durch die Wörter „private Pflege-Pflichtversicherung und die geförderte Pflegevorsorge“ ersetzt.’

Begründung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Regelung des § 127 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI-neu, mit der gewährleistet wird, dass die Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes über die Prämienkalkulation nach Art der Lebensversicherung auch auf die neue geförderte Pflegevorsorge angewendet werden.