

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0294(9)  
gel. VB zur öAnhörung am 25.06.  
2012\_ÄÄ Nr. 18 (A.-Drs. 287)  
20.06.2012



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

## **Stellungnahme**

### **der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di**

**zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages am 25. Juni 2012 zum**

**Änderungsantrag Nr. 18  
der Fraktionen der CDU/CSU und FDP  
auf A.-Drs. 17(14)287 zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz - PNG)  
- BT-Drs. 17/9369 -**

Berlin, den 20. Juni 2012  
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di  
Bundesvorstand – Ressort 9 – Bereich Gesundheitspolitik  
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

## **Allgemeiner Teil**

### Solidarität als Leitprinzip

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di hat die Einführung der Pflegeversicherung als eigenständige Säule der Sozialversicherung begrüßt. Als Teil unseres solidarischen Sicherungssystems hat sie sich grundsätzlich bewährt und genießt in der Bevölkerung hohe Akzeptanz. Wie jedes solidarische Sicherungssystem muss sie aber auch an bestehende und künftige Herausforderungen angepasst werden. Die Leistungen müssen sich am Pflege- und Betreuungsbedarf orientieren und müssen für alle unabhängig von ihren Einkünften zugänglich sein. Dazu bedarf es auch einer dauerhaften Sicherung der solidarischen Finanzierung.

Der Anspruch auf eine Versicherungsleistung muss in einem Solidarsystem die Regel sein. Bürgerinnen und Bürger wollen nicht abhängig von Sozialhilfe werden. Weil jedoch zunächst die Pflegeversicherung als ein Teilleistungssystem ausgestaltet wurde und weil trotz steigender Kosten eine Dynamisierung weitgehend unterblieben ist, steigt trotz bestehender Pflegeversicherung die Belastung des Einzelnen. Die Abhängigkeit von sozialen Hilfesystemen nimmt zu. Vor allem Pflegebedürftige in Heimen brauchen immer häufiger Hilfe zur Pflege, weil sie ihren Pflegebedarf aus der Pflegeversicherung nicht decken können oder weil vorhandenes Vermögen aufgezehrt wurde. Soll es zukünftig nicht zu einer ausgeprägten Mehrklassenpflege in der pflegerischen Versorgung kommen, ist das Pflegerisiko insgesamt solidarisch besser abzusichern.

Gegen eine private Zusatzversicherung für über die Pflegeversicherung hinausgehende „Wohlfühlleistungen“ gibt es keine Einwände. Eine private Zusatzversicherung ist jedoch ungeeignet die erforderliche Absicherung bei Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten. Sie bedeutet den Weg hin zu einer „Basisversorgung“ und auf das jeweilige „Sparvermögen“ abhebende und abgestufte Leistungsansprüche. Auch das führt unweigerlich in eine Mehrklassenversorgung.

ver.di weißt deshalb nochmals ausdrücklich darauf hin, dass Pflege nur nachhaltig finanziert werden kann, wenn dies solidarisch und paritätisch geschieht und von der gesamten Bevölkerung und allen Generationen gleichermaßen getragen wird. Eine, der paritätischen Finanzierung entzogene individualisierte private Zusatzversicherung als Ersatz für die ungelösten Finanzierungsfragen in der Pflege, lehnt die Gewerkschaft ver.di ab.

### Private Pflegezusatzversicherung verschärft Probleme

Die vorgelegte Gesetzesänderung mit einem 13. Kapitel: „Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge“ ist völlig ungeeignet, die bestehenden oder künftigen Probleme bei der Finanzierung zu lösen oder auch nur einen Beitrag dazu zu leisten. Sie geht nicht nur an den Problemen vorbei, sondern verschärft diese: Wer sich eine private Pflegezusatzversicherung leisten kann, erhält zusätzlich eine staatliche Förderung. Wer sich schon heute diese Zusatzversicherung nicht leisten kann, erhält nichts.

Für die Gruppe der Bevölkerung, für die am dringendsten eine verbesserte Finanzierung gebraucht wird, bietet die private Pflegezusatzversicherung keine Lösung. Das zeigt ein Blick auf Einkommensverteilung und Pflegebedürftigkeit: Haushalte mit pflegebedürftigen Personen gehören oft den unteren Einkommensgruppen an. Rund 40% der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person haben ein Einkommen knapp über 15.000 Euro pro Jahr oder auf den Monat gerechnet weniger als 1.300 EUR.

Für Pflegebedürftige in den unteren Einkommensgruppen kommt eine private Zusatzversicherung nicht in Frage und das ist auch mit dem Gesetz nicht gewollt. Die im Änderungsantrag dargestellten Kostenfolgen zeigen, dass die Fraktionen der CDU/CSU und FDP nur von einer sehr geringen Inanspruchnahme ausgehen. So wird erwartet, dass von den mehr als 65 Mio. Anspruchsberechtigten im Jahr 2013 nur etwa 1,5 Mio. förderfähige Verträge abschließen.

Könnten sich alle Anspruchsberechtigten die „private Pflegevorsorge“ leisten, so müssten aus dem Bundeshaushalt mehr als 4 Mrd. EUR aufgewendet werden. Das ist mehr als das, was für die vollständige Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gebraucht wird.

Die Antragsteller glauben also entweder selbst nicht daran, dass Bürgerinnen und Bürger dadurch beim Aufbau einer „nachhaltigen, generationengerechten Ausgestaltung der sozialen Sicherung“ unterstützt werden oder sie verschweigen die tatsächliche Belastung des Bundeshaushalts ab 2013.

Mit 1,5 Mio. förderfähigen Verträgen würde noch nicht einmal die Zahl der bislang abgeschlossenen privaten Pflegezusatzversicherungen von knapp 1,9 Millionen Pflegezusatzpolicen Ende 2011 erreicht. Auch dies deutet darauf hin, dass keinesfalls von attraktiven Verträgen für die Mehrheit der Bevölkerung gesprochen werden kann.

Die Verteilung des Staatszuschusses ist zudem mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. So wird in der Kostenfolgenabschätzung der Hoffnung Ausdruck gegeben, dass es möglich sei, die Verwaltungskosten auf unter 10 Mio. EUR jährlich zu begrenzen. Damit wären allein mehr als 10 Prozent der Mittel als Bürokratiekosten zu veranschlagen.

Die Verträge bieten zudem viel Neuland für die private Versicherungswirtschaft. Erste Äußerungen aus diesem Bereich zeigen, dass damit zu rechnen ist, dass die geförderten gegenüber den nicht geförderten Policen deutlich teurer werden. Als Grund wird angegeben, dass die Branche hier nicht nach ihren gewohnten Prinzipien arbeiten kann, also mit Gesundheitsprüfungen und Ausschlüssen. Das habe Auswirkungen auf die Kalkulation der Prämien. Es wird sogar in Frage gestellt, ob der geplante Zuschuss von 5 EUR ausreicht, um die Mehrbelastung durch die neue Kalkulation zu kompensieren. Eine Lösung der demographiebedingten Probleme mit der neuen Zusatzversicherung wird auch von den privaten Versicherungen nicht erwartet.

Insgesamt wird mit dem vorliegenden Änderungsantrag ein Irrweg beschritten, der die gemeinsame solidarische Basis in Deutschland und den sozialen Zusammenhalt in unserer Gesellschaft gefährdet. Stück für Stück wird das Prinzip der sozialen Selbstverwaltung unterhöhlt und durch privatwirtschaftliche Prägung ersetzt. ver.di erteilt einer solchen Politik eine klare Absage.

## Weiterentwicklung zur Bürger/-innenversicherung Pflege erforderlich

ver.di schlägt wie der DGB zur Absicherung des Pflegerisikos die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung zu einer Bürger/-innenversicherung Pflege vor. Diese kann von der gesetzlichen als auch von der privaten Pflegeversicherung angeboten werden. Mit einer Bürger/-innenversicherung wird das Pflegerisiko in Zukunft für alle durch einkommensabhängige und paritätisch finanzierte Beiträge abgesichert, ergänzt durch Beiträge auf andere Einkunftsarten. Notwendige Leistungsverbesserungen und eine angemessene Leistungsdynamisierung lassen sich mit einem Solidarbeitrag besser verwirklichen als mit einer privaten Zusatzversicherung, die die Versicherten allein unabhängig von ihrem Haushaltseinkommen zu tragen hätten. Auch wenn insgesamt mit einer Beitragssatzsteigerung für bessere Leistungen zu rechnen ist, wird ein solidarisch und paritätisch finanzierter Pflegeversicherungsbeitrag in der Bevölkerung als wesentlich gerechter empfunden. Ebenfalls hält ver.di wie der DGB die Steuerfinanzierung gesellschaftlich erwünschter Leistungen in der Pflegeversicherung (z.B. Rentenbeiträge für pflegende Angehörige) für erforderlich.

## **Bewertungen im Einzelnen**

### **zu Art. 1 (SGB XI), Nr. 49 § 127 Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen**

In Abs. 1 werden die Fördervoraussetzungen benannt. Demnach haben Versicherte, die einen jährlichen Mindestbeitrag in Höhe von 120 EUR für eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung leisten, Anspruch auf eine Zulage von jährlich 60 EUR. Der Gesamtbetrag ist für einen förderfähigen Tarif zu verwenden.

Nach Abs. 2 sind Versicherungsverträge förderungsfähig, in denen u.a. auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse verzichtet wird und die nicht vom Versicherungsunternehmen ordentlich gekündigt werden können. Bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit müssen in der Pflegestufe III sowie bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz Geldleistungen in Höhe von mindestens 600 Euro gezahlt werden. Die zusätzlichen Geldleistungen dürfen jedoch nicht die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen. Andere Leistungen könnten also nur über eine weitere nicht förderfähige Zusatzversicherung abgeschlossen werden, also eine nicht förderfähige private Zusatzversicherung zur förderfähigen privaten Zusatzversicherung zur

gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung. Die Wartezeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalls ist auf höchstens fünf Jahre beschränkt.

ver.di sieht in dieser Konstruktion keine nachhaltige und demographiefeste Absicherung des Pflegerisikos. Die Beiträge wären dann nämlich für die gleiche Versicherungssumme für ältere deutlich teurer als für Jüngere. Frauen müssten einen höheren Beitrag zahlen als Männer. Ein 60 jähriger Versicherter müsste etwa den zehnfachen Beitrag eines 20 jährigen zahlen. Frauen müssten 20 bis 25 Prozent mehr Beitrag zahlen als Männer.

Zudem wird eine private Pflegezusatzversicherung, die allen Personen über 18 Jahren einen Anspruch auf Versicherung gewähren muss und nicht nach ihren gewohnten Prinzipien mit Leistungsausschlüssen und Risikozuschlägen arbeiten kann, relativ teure Verträge anbieten. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass zum Nachteil der Versicherten keine solidarische Lösung im Rahmen der bestehenden Pflegeversicherung gesucht wird.

Es besteht zwar keine Altersgrenze für die Verträge, jedoch wird durch die Vorgabe einer Wartezeit von höchstens fünf Jahren ein Teil der älteren Menschen ausgeschlossen.

Versicherungsnehmer, die hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würden, sollen einen Anspruch erhalten, 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. Damit wären ihre Leistungen im Versicherungsfall berührt. Eine solche Versicherung, auf die im Falle von Hilfebedürftigkeit nicht zurückgegriffen werden kann, ist entbehrlich. Sie schafft eben keinen sozialen Ausgleich, sondern verschärft Unterschiede.

ver.di plädiert auch aus diesen Gründen dringend auf einen Verzicht der geförderten Pflegezusatzversicherung.

### **zu Art. 1 (SGB XI), Nr. 49 § 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens**

Für die förderfähige Pflege-Zusatzversicherung werden umfangreiche Bürokratiepflichten im Rahmen der Zulagengewährung eingeführt. Die Zulage wird auf Antrag nach amtlich vorgeschriebenem Muster gewährt. Es muss eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle beantragt werden. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung neben Antragsdaten, Höhe der Beiträge, Versicherungsnummer und Zulagenummer zu bestätigen, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person ist und der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen zur Förderung erfüllt.

Diese Daten müssen bei der zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung geprüft werden. Von dort erfolgt auch die Auszahlung der Zulage im Auftrag des Bundesversicherungsamtes. Mitteilungspflichten sind auch für die gesetzliche

Pflegeversicherung, das Versicherungsunternehmen oder die Künstlersozialkasse vorgesehen, bei der die Pflegeversicherung besteht.

Weitere Bürokratierepflichten sind vorgesehen, wenn die zentrale Stelle nachträglich erkennt, dass der Zulageanspruch nicht besteht oder weggefallen ist. Die Verwaltungskosten der zentralen Stelle werden vom Bundesministerium für Gesundheit in tatsächlicher Höhe erstattet.

In der Kostenabschätzung heißt es, dass die Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt werden sollen. Eine detaillierte Berechnung sei aber erst im Rahme einer Rechtsverordnung möglich, die bislang noch nicht vorliegt. Weiter wird mitgeteilt, man hoffe, die Bürokratiekosten auf unter 10 Prozent zu halten.

Im Vergleich dazu liegen die Verwaltungskosten der gesetzlichen Pflegeversicherung etwa bei 4 Prozent. Die erheblich höheren Abschluss- und Verwaltungskosten für eine Versicherung, die nur von einem kleinen Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen wird, hält ver.di für nicht verantwortbar. Schließlich werden nicht nur die Privatversicherer und der Bundeshaushalt, sondern auch insbesondere die Deutsche Rentenversicherung und das Bundesversicherungsamt belastet. Auch wenn eine Erstattungsregelung durch das BMG vorgesehen ist, werden diese Kosten von der Gesamtheit der Bevölkerung getragen werden müssen. Das heißt, auch wer sich gegen den Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung entscheidet, muss sich über Steuern an deren Kosten beteiligen.

ver.di lehnt auch aus diesem Grund eine zusätzlich geförderte private Pflegeversicherung strikt ab. Es gibt kein Argument dafür sie außerhalb der bestehenden Pflegeversicherung anzusiedeln und dazu noch einen erheblichen Bürokratieaufbau in Kauf zu nehmen. Angesichts der Verwaltungskosten und der enger werdenden Personalressourcen aufgrund der demografischen Entwicklung hält ver.di das im Gesetzentwurf vorgezeichnete Verfahren für nicht verantwortbar. Fördermittel und Bürokratielast müssen vermieden und direkt für eine Verbesserung der Pflegesituation eingesetzt werden.

Im Übrigen verweist die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di auf die für alle Gewerkschaften abgegebene Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).