



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0294(6)

gel. VB zur öAnhörung am 25.06.  
2012\_ÄÄ Nr. 18 (A-Drs. 287)\_PNG

20.06.2012

## Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20. Juni 2012

zu Änderungsantrag Nr.18 der CDU/CSU und FDP auf  
Ausschussdrucksache (17(14)0287)

zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)  
(17/9369)

GKV-Spitzenverband  
Mittelstraße 51, 10117 Berlin  
Telefon +49 (0) 30 206 288-0  
Fax +49 (0) 30 206 288-88  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20. Juni 2012  
zu Änderungsantrag Nr. 18 der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksache (17(14)0287)  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)  
Seite 2 von 10

## Vorbemerkung

Die mit diesem Konzept vorgesehene staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge trägt nicht dazu bei, die Pflegeversicherung insgesamt perspektivisch zu entlasten. Das Ziel einer nachhaltigen Absicherung einer generationengerechten Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung wird verfehlt.

Auf konkrete Änderungsvorschläge wird daher verzichtet.



## Änderungsantrag 18

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47a

§ 121 Bußgeldvorschrift

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung legt fest, dass ein Versicherungsunternehmen ordnungswidrig handelt, wenn es die Daten zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage für die private Pflege-Zusatzversicherung nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig übermitteln.

Die Zuständigkeit des Bundesversicherungsamts für die Verfolgung der Ordnungswidrigkeiten von privaten Versicherungsunternehmen wird auf diesen Fall ausgeweitet.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung soll verhindert werden, dass ein Versicherungsunternehmen die Förderfähigkeit oder die Zulagenberechtigung des Antragstellers für die private Pflege-Zusatzversicherung zu Unrecht, z. B. zur Verkaufsförderung nicht zulagefähiger Produkte, bestätigen. Ob bei Ordnungswidrigkeiten eine Geldbuße von bis zu 2.500 Euro als Sanktionsandrohung ausreichend ist, wird nicht belegt.

Wegen der Einzelheiten zur generellen Bewertung der Einführung einer Zulagenförderung der privaten Pflege-Zusatzversicherung wird im Übrigen auf die Ausführungen zu § 127 verwiesen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49

§ 126 Zulagenberechtigte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zulagenberechtigt sind danach alle Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres, die in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind und eine private Pflege-Zusatzversicherung abschließen, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllt. Ausgenommen sind dagegen alle Personen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

B) Stellungnahme

Die Eingrenzung des zulagenberechtigten Personenkreises führt dazu, dass weder für unter 18jährige noch bei Leistungsbezug von Leistungen der Pflegeversicherung eine private Pflege-Zusatzversicherung abgeschlossen werden kann.

Derzeit gilt in der sozialen wie der privaten Pflegeversicherung, dass jeder – auch eine bei Abschluss der Pflegeversicherung bereits pflegebedürftige Person – nach Erfüllung der entsprechenden Vorversicherungszeiten die Leistungen seiner Pflegeversicherung in Anspruch nehmen kann. Durch die vorgesehene Neuregelung wird denjenigen – für die eine private Pflegezusatzversicherung besonders sinnvoll wäre – der Zugang dazu verwehrt. Das gilt z. B. grundsätzlich für alle Menschen mit Behinderungen, die auch pflegebedürftig sind. Dadurch findet eine – auch vor dem Hintergrund der UN-Konvention – nicht erklärbare Risikoselektion statt.

Angesichts der vom Gesetzgeber genannten Zielsetzung einer nachhaltigen, generationengerechten Ausgestaltung der sozialen Sicherung ist der Abschluss von unter 18jährigen nicht nachvollziehbar, da gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels die zunehmenden Belastungen der sozialen Pflegeversicherung ausgeglichen werden soll. Gerade für den Personenkreis der unter 18jährigen ist davon auszugehen, dass sie am meisten von der Förderung profitieren würden. Wenn die Einführung einer privaten Pflege-Zusatzversicherung einen Beitrag zur nachhaltigen Absicherung des Pflegerisikos leisten soll, muss sie für alle Bürgerinnen und Bürger offen stehen.

C) Änderungsvorschlag

Sofern an dem vorgesehenen Konzept der privaten Pflegevorsorge festgehalten wird, ist § 126 Abs. 1 Satz 2 zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49

§ 127 Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage in Höhe von jährlich 60 Euro ab dem 1. Januar 2013 eingeführt, die jeweils am Ende des Förderjahres ausgezahlt wird. Voraussetzung für die Gewährung der Pflegevorsorgezulage ist ein Eigenbeitrag des Zulagenberechtigten von mindestens 120 Euro im Jahr.

Darüber hinaus muss der Versicherungsvertrag bestimmte Anforderungen erfüllen. Dazu gehören u. a.

- eine Kalkulation nach Art der Lebensversicherung (Altersstufen),
- ein Kontrahierungszwang für alle Zulagenberechtigten
- der Verzicht auf ein ordentliches Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens und der Vereinbarung von Risikozuschlägen
- eine Mindestgeldleistung bei Vorliegen der Voraussetzungen der Pflegestufe 3 von 600 Euro
- eine der Höhe nach nicht festgelegte Geldleistung bei Vorliegen der Voraussetzung für eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz
- eine Begrenzung der Höchstleistungen auf die jeweils geltende Höhe der Leistungen des SGB XI
- die Übernahme der Begutachtungsergebnisse nach § 18 und 45a SGB XI,
- die Beschränkung der Wartezeit auf höchstens 5 Jahre
- die Möglichkeit einer Ruhendstellung bei Hilfebedürftigkeit und
- eine Begrenzung der Abschluss- und Verwaltungskosten auf eine in einer noch zu erstellenden Rechtsverordnung bestimmten Höhe

Der Verband der privaten Krankenversicherung wird damit beliehen, dafür ein brancheneinheitliches Vertragsmuster als Teil der Allgemeinen Geschäftsbedingungen festzulegen.

B) Stellungnahme

Den Versicherungsunternehmen bleibt es überlassen, die Höhe des Beitrags gestaffelt nach Altersstufen, die Höhe der Leistungen bis zur jeweils geltenden Höhe der Leistungen des SGB XI zuzüglich Dynamisierung und die Wartezeit festzulegen. Damit bieten die Regelungen den Versicherungsunternehmen erheblichen Gestaltungsspielraum und legen nur eine Untergrenze für die Beiträge und eine Obergrenze für die Leistungen der Versicherung fest.



Vor dem Hintergrund der zunehmend älter werdenden Gesellschaft ist die Absicherung des Pflegerisikos für die geburtenstarken Jahrgänge (Geburtsjahrgänge 1955 bis 1965) von zentraler Bedeutung. Diese Generation ist zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes mindestens 47 bzw. 48 Jahre alt. Je nach Berechnung und Leistungsvolumen müssen nach heutigem Stand und unter Verzicht auf die Unisextarife nach Angabe des BMG unter Bezugnahme auf Berechnungen des PKV-Verbandes ein 50jähriger Mann mit einem Monatsbeitrag von rund 37 Euro und eine 50jährige Frau mit einem Monatsbeitrag von 57 Euro rechnen. Damit – wie in der Gesetzesbegründung formuliert – möglichst viele Bürgerinnen und Bürger die Förderung in Anspruch nehmen können, wurden der Kontrahierungszwang für das Versicherungsunternehmen und der Verzicht auf eine Risikokalkulation vorgegeben. Dies führt dazu, dass der Beitrag voraussichtlich deutlich höher als die vorgenannten Beträge liegen wird. Die Neuregelung führt dadurch zu einer Verschlechterung der Konditionen zu den bisherigen privaten Pflege-Zusatzversicherungen. Darüber hinaus können Personen mit geringem Einkommen Summen von 444 Euro (37 Euro x 12 Monate) bzw. 684 Euro (57 Euro x 12 Monate) im Jahr schon heute im Zweifel nicht aufbringen.

Derzeit zahlt ein 25jähriger Mann nach Angaben des PKV-Verbandes etwa 11 Euro im Monat für eine private Pflegezusatzversicherung. Bei einer fiktiven Anrechnung der Pflegevorsorgezulage in Höhe von 5 Euro monatlich würde ein Eigenanteil von 6 Euro monatlich und damit 72 Euro im Jahr verbleiben. Damit würde die Voraussetzung für den vorgesehenen Mindestbeitrag von 120 Euro im Jahr verfehlt und der Anspruch auf die Pflegevorsorgezulage entfallen. Ein 25jähriger Mann könnte von der gesetzlichen Regelung daher nur profitieren, wenn der Beitrag bei gleichbleibender Leistung erhöht wird. Eine Leistungsanhebung wäre dabei ausgeschlossen, wenn die Leistung dadurch den Wert der Leistungen der Pflegeversicherung zuzüglich der Inflationsrate übersteigen würde. Damit würde die Regelung dazu führen, dass die Versicherungen insbesondere für jüngere Personen ab 18 Jahren deutlich teurer werden müssen, damit sie von der Pflegevorsorgezulage profitieren können.

Unabhängig von den für die jeweilige Altersstufe geltenden Beiträge erhalten Versicherte, die hilfebedürftig sind oder durch die Beitragszahlung hilfebedürftig werden, einen Anspruch auf Ruhendstellung von längstens 3 Jahren oder ein Sonderkündigungsrecht. Damit wird diesem Personenkreis von vorneherein die Möglichkeit einer privaten Pflegezusatzversorgung verwehrt, da sie keine Möglichkeit haben, die Beträge zu finanzieren. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die Bürger zukünftig privaten Versicherungsunternehmen ihre Einkommensverhältnisse offenlegen müssen, um eine Prüfung der Zahlungsfähigkeit zu ermöglichen.



Nicht nachvollziehbar ist auch die Finanzkalkulation. Es wird in der Gesetzesbegründung davon ausgegangen, dass 90 Mio. Euro für 1,5 Mio. förderfähige Verträge im Jahr 2013 reichen. Die Verwaltungskosten für das aufwendige Verfahren zur Abwicklung der Pflegevorsorgezulage sind dabei nicht berücksichtigt. Selbst wenn die Fördersummen frühestens Anfang 2014 fällig werden und den Haushalt belasten können, weil vor Auszahlung der Zulage ein Beitragsjahr abgeschlossen sein muss, ist die Weiterentwicklung der finanziellen Belastungen nicht absehbar. Bei rechnerischer Zugrundelegung der zurzeit bestehenden 15,4 Mio. Riester-Verträge würden jährliche Gesamtkosten von 924 Mio. Euro. Hinzuzurechnen wären noch die Verwaltungskosten, die ebenfalls mit der Anzahl der Verträge steigen.

Die staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge trägt nicht dazu bei, die Pflegeversicherung insgesamt perspektivisch zu entlasten; das Ziel einer nachhaltigen Absicherung einer generationengerechten Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung wird verfehlt.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt das Verfahren zur Inanspruchnahme der Pflegevorsorgezulage und die Haftung des Versicherungsunternehmens.

Die Pflegevorsorgezulage wird nur auf Antrag des Versicherten nach Vorlage u. a. eines Nachweises über die Zulagenberechtigung durch das Bundesversicherungsamt ausgezahlt. Die Bestätigung kann auch durch den Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung an die mit der Durchführung der Aufgaben beauftragten zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung erfolgen. Die Erteilung eines Bescheides über die Pflegevorsorgezulage ist nur auf Antrag vorgesehen. Die zentrale Stelle kann nachträglich zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückfordern.

Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass vertraglichen Anforderungen erfüllt sind.

Die Zulagekosten und die Verwaltungskosten der zentralen Stelle der Deutschen Rentenversicherung werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen.

B) Stellungnahme

Die Regelung soll eine bürokratiearme Abwicklung der Pflegevorsorgezulage ermöglichen. Auch wenn das Anliegen einer bürokratiearmen Abwicklung zugunsten der Bundesverwaltung und der Versicherungsunternehmen grundsätzlich nachvollzogen werden kann, sollte dies nicht zu Lasten von Sozialversicherungsträgern gehen. Die Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung sind verpflichtet, die Mittel der Versichertengemeinschaft wirtschaftlich im Sinne der ihnen übertragenen Aufgabe zu verwalten. Die Abwicklung einer Pflegevorsorgezulage für private Pflege-Zusatzversicherungen gehört nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Mitteilung hinsichtlich der Information, ob der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 SGB XI ist, kann ausschließlich über das private Versicherungsunternehmen sichergestellt werden. Die entsprechenden Informationen können die privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen der Antragsstellung beim Mitglied einholen. Der Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung kann nicht zum Erfüllungsgehilfen der Versicherungsunternehmen verpflichtet werden.





Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20. Juni 2012  
zu Änderungsantrag Nr. 18 der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksache (17(14)0287)  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)  
Seite 9 von 10

c) Änderungsvorschlag

Sofern an dem vorgesehenen Konzept der privaten Pflegevorsorge festgehalten wird, werden in § 128 Abs. 2 Satz 6 die Worte „den Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung,“ gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49

§ 129 Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit soll im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit eine Rechtsverordnung u. a. zur Begrenzung der Höhe der bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten erlassen.

B) Stellungnahme

Ziel ist u. a. eine Begrenzung der Verwaltungs- und Abschlusskosten für die neuen privaten Pflege-Zusatzversicherungen. Dabei wird von einer jährlichen Belastung für Verwaltungs- und Abschlusskosten in Höhe von 10 Mio. Euro ausgegangen. Bei kalkulierten Gesamtkosten in Höhe von 90 Mio. Euro für 1,5 Mio. Verträge im ersten Jahr fallen die Verwaltungs- und Abschlusskosten mit mehr als 10 % der Fördersumme - trotz Begrenzung durch eine Rechtsverordnung - relativ hoch aus. Für die Finanzierung der Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten dürfen Pflegekassen insgesamt 3,5 % des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen an die Krankenkassen erstatten (§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI).

