



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)

6. März 2023

- Die Reform verschärft die Finanzprobleme der Sozialen Pflegeversicherung erheblich. Die umfangreichen Leistungsausweitungen sind nicht gegenfinanziert und es gibt keine nachhaltige Finanzierungsstrategie für die alternde Gesellschaft.
- Für die weitere Ausdehnung der Zuschläge für die vollstationäre Pflege gibt es keinen sozialpolitischen Handlungsbedarf: Die gesetzliche Pflegeversicherung hält die Quote der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen seit über 20 Jahren stabil. Diese Leistungsausweitung ist vielmehr ein Erbschutzprogramm zugunsten von Besserverdienenden. Vor jeglichen Neuregelungen sollte eine Evaluation der bestehenden Regelungen erfolgen.
- Das Ziel, die Sozialabgaben bei 40 Prozent stabil zu halten, gerät durch die deutliche Anhebung der Beitragssätze zur Sozialen Pflegeversicherung immer weiter ins Hintertreffen. Dies schadet dem Wirtschaftsstandort Deutschland in Zeiten der Krise und geht zu Lasten der jüngeren Generationen. Es braucht einen Neustart in der Pflegefinanzierung: nachhaltig und generationengerecht und ohne weitere Lohnzusatzkosten. Dazu ist der Ausbau der privaten und betrieblichen Vorsorge unumgänglich.
- Das Finanztableau des Entwurfes ist weder plausibel noch transparent. Die Dynamik der Leistungsanspruchnahme, der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und die laufenden Defizite der Sozialen Pflegeversicherung werden nicht berücksichtigt.
- Der PKV muss bei gesetzlichen Leistungsausweitungen eine prospektive Berücksichtigung der Mehrkosten über ein Beitragsanpassungsrecht für die Private Pflegeversicherung ermöglicht werden.

I. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts umgesetzt werden, wonach bis spätestens zum 31. Juli 2023 das Beitragsrecht der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Hinblick auf die Berücksichtigung der Kinderzahl verfassungskonform auszugestaltet ist. Zudem sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und Pflegepersonen entlastet, die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegenden weiter verbessert sowie die Potentiale der Digitalisierung besser nutzbar gemacht werden. Es ist eine regelhafte Anpassung der Geld- und Sachleistungsbeträge in 2025 und 2028 geplant.

Den vorgesehenen Leistungsausweitungen steht jedoch keine ausreichende Gegenfinanzierung und keine nachhaltige Finanzierungsstrategie für die alternde Gesellschaft gegenüber:

- Die weitere Begrenzung der Eigenanteile in der stationären Pflege ist mit Blick auf die demografische Entwicklung eine Leistungsausweitung ohne nachhaltige Finanzierungsperspektive. Es ist eine Legende, dass die Eigenanteile an den Pflegekosten immer mehr Sozialfälle produzieren würde. Richtig ist vielmehr: Vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung – also bis Mitte der 90 Jahre – bezogen 80 Prozent der Pflegebedürftigen in Einrichtungen Sozialhilfe. Die gesetzliche Pflegeversicherung hat dagegen seit über 20 Jahren diesen Anteil auf unter ein Drittel der Heimbewohner reduziert und seitdem konstant gehalten. Es besteht also kein sozialpolitischer Handlungsbedarf, die Leistungen der Pflegeversicherung auszuweiten.
- Vor weiteren Leistungsausweitungen im Umlageverfahren ist grundsätzlich zu warnen, denn sie führen – wie im Referentenentwurf erkennbar – zur weiteren Erhöhung der Beitragssätze in der Sozialversicherung. Das Ziel, die Sozialabgaben bei 40 Prozent zu stabilisieren, gerät so in immer weitere Ferne. Diese liegen heute schon – noch zu Beginn des demografischen Wandels, der sich mit dem sukzessiven Renteneintritt von 13 Millionen Babyboomern in den kommenden 10 Jahren vollziehen wird – bei 40,8 Prozent (Kinderlose) bzw. 40,45 Prozent. Folgt man dem Referentenentwurf, würde die Sozialabgabenquote bereits in diesem Sommer bei 41,4 Prozent (Kinderlose) bzw. 40,8 (bei einem Kind) oder 40,65 Prozent (bei zwei Kindern) liegen. Dieser Trend gefährdet die Wettbewerbschancen der deutschen Wirtschaft – auch in der internationalen Konkurrenz um qualifizierte Arbeitskräfte. Jede Leistungsausweitung zieht zur Refinanzierung einen dauerhaften Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge nach sich, weil diese Mehrleistungen Jahr für Jahr von immer mehr Menschen in Anspruch genommen werden, die in das pflegebedürftige Alter kommen. Zudem sind Zweifel angebracht, ob der vorliegende Entwurf auch nur kurzfristig den Finanzbedarf richtig kalkuliert hat oder ob nicht – wie bei jeder Pflegereform der vergangenen Jahre – die tatsächlichen Kosten die kalkulierten deutlich übertreffen und unmittelbar neue Defizite mit sich bringen werden.
- Schon ein Blick in den Entwurf selbst zeigt, dass die Kostensteigerungen nicht sauber berechnet und folglich nicht ausreichend gegenfinanziert sind, denn das laufende Defizit wird in das Einnahmen- und Kostentableau nicht einbezogen. Im Ergebnis lässt die geplante Reform die

Soziale Pflegeversicherung nur für dieses Jahr einen positiven Saldo entstehen – und das auch nur, weil im Referentenentwurf diverse „Luftbuchungen“ unternommen werden. Dazu gehört unter anderem die Verschiebung der Zuführungen in den Pflegevorsorgefonds von 2023 ins Jahr 2024. Schon im Jahr 2024 „rutschen“ die Finanzen der SPV wieder ins Defizit. Die Kostenfolgeabschätzungen durch das BMG sind auf Basis der Finanzentwicklung der SPV für das Jahr 2021 berechnet worden. Die Grundlage der Berechnungen müsste 2023 sein. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Werte zu niedrig angesetzt sind.

In jedem Fall werden die Leistungsausweitungen das Demografiedefizit der SPV weiter erhöhen – zu Lasten der nachfolgenden Generationen. Stattdessen brauchen wir einen Neustart in der Pflegefinanzierung: nachhaltig und generationengerecht und ohne weitere Lohnzusatzkosten. Dazu ist der Ausbau der privaten und betrieblichen Vorsorge unumgänglich und zu bezahlbaren Konditionen bereits heute möglich. Dass strukturelle Finanzierungsreformen in der Pflege nötig sind, erkennt auch der Koalitionsvertrag zumindest dahingehend an, dass für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eine Regierungskommission eingesetzt werden sollte, deren Aufgabe die Vorlage von Vorschlägen für eine generationengerechte Pflegefinanzierung gewesen wäre. Diese Kommission ist noch immer nicht eingesetzt worden.

Die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) darf nicht weiter durch den seit 2022 geltenden jährlichen Bundeszuschuss zur SPV in Höhe von 1 Mrd. Euro benachteiligt werden. Wenn Steuermittel aufgewandt werden, dann ausschließlich zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen, z. B. der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige.

II. ZU AUSGEWÄHLTEN REGELUNGEN DES GESETZENTWURFS

Zu Art. 2 Nr. 4 (§ 7d SGB XI – Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten)

Vorgeschlagene Regelungen

Durch die Landesverbände der Pflegekassen ist zum 1. Januar 2024 ein Informationsportal zur Unterstützung u. a. von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden in elektronischer Form zu etablieren. Neben allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung soll das Portal auch tages- oder wochenaktuelle Informationen zu frei verfügbaren Angeboten aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, zu Beratungsangeboten nach § 7c SGB XI, zu Pflegekursen nach § 45 SGB XI und auch der Anbieter der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI umfassen.

Bewertung

Mit www.pflegeberatung.de wurde durch die Private Pflegepflichtversicherung bereits vor einigen Jahren ein Informationsportal geschaffen. Neben allgemeinen Informationen zum Thema Pflege bietet dieses auch diverse Möglichkeiten zur Suche nach verschiedenen Anbietern im Bereich Pflege (u. a.

Hausnotruf, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Hospize) sowie auch nach ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen inklusive deren Informationen zum Preis sowie zur Qualität.

Eine stetige Weiterentwicklung des Informationsportals, u. a. zu Demenz oder Pflegekursen, wurde im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie vereinbart. Die Informationen zu verfügbaren Angeboten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie zu Pflegekursen stellen eine wichtige Information für die Pflegebedürftigen sowie deren An- und Zugehörige dar. Zudem können die Informationen zu verfügbaren Kapazitäten angesichts der mitunter bestehenden Versorgungsengpässe, zur einer Optimierung der Pflegeberatung führen.

Insbesondere die Informationen zu verfügbaren Kapazitäten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ergänzen die bereits durch die Landesverbände der Pflegekassen an den PKV-Verband mit der Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 Satz 5 SGB XI zur Verfügung gestellten Daten. Die Weitergabe der neuen Informationen durch die Landesverbände der Pflegekassen an den PKV-Verband muss daher ebenso ermöglicht werden, um den Versicherten ein eigenes Informationsangebot der Privaten Pflegepflichtversicherung anbieten zu können.

Zu Art. 2 Nr. 5 (§ 8 Abs. 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung)

Vorgeschlagene Regelungen

Zur Förderung digitaler Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen, sollen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen einen einmaligen Zuschuss von bis zu 12.000 Euro erhalten.

Bewertung

Die Förderung der Potenziale der Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen ist nachvollziehbar. Die Nutzung dieser Fördermöglichkeit sollte jedoch mit einer Befristung der Förderung, beispielsweise analog der Förderung nach § 8 Abs. 7 SGB XI bis zum Jahr 2030, verbunden werden.

Ergänzend sind bei der Förderung von Anschaffungen und Maßnahmen im Zusammenhang mit der Anbindung an die Telematikinfrastruktur klare Abgrenzungen zur Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur nach § 106b SGB XI zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen erforderlich.

Zu Art. 2 Nr. 12 (§§ 18 – 18e SGB XI – Verfahren der Begutachtung)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Beauftragung der Medizinischen Dienste und die Übermittlung der Pflegegutachten erfolgt nur

noch elektronisch. Der Auftrag ist innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.

Es bleibt beim Grundsatz der Untersuchung im Wohnbereich. Es wird eine Ausnahme für eine Krisensituation von nationaler oder regionaler Tragweite definiert. Auch weiterhin muss die Begutachtung nach gewisser Zeit wiederholt werden.

Die Zahlungen bei nicht fristgerechter Begutachtung werden von 70 auf 80 Euro/Woche angehoben. Es wird eine Hemmung der Begutachtungsfrist für bestimmte Fälle explizit geregelt.

Zur Weiterentwicklung des Verfahrens der Pflegebegutachtung werden Modellvorhaben u. a. zu telefonischer/digitaler Kommunikation bei der Begutachtung gefördert.

Bewertung

Die PKV befürwortet alle sinnvollen Maßnahmen, die dem Ziel dienen, das Begutachtungsverfahren zu beschleunigen. Die ausschließlich elektronische Übermittlung der Aufträge an den medizinischen Dienst wird in der PKV daher bereits seit Jahren praktiziert. Dringend erforderlich wäre es, dass Begutachtungen über Telefoninterviews oder per Video regelhaft ermöglicht werden, nicht nur bei einer Pandemie. Durch die wegfallenden Fahrten könnte sehr viel dringend benötigte Zeit eingespart werden. Die Pflicht zur regelhaften Wiederholung der Untersuchung dagegen ist durch die Rechtsprechung und Praxis überholt und sollte zur Klarstellung gestrichen werden. Entbehrlich erscheint auch die vorgeschlagene Drei-Tages-Regel, zumal nicht erkennbar wird, wie sie durchzusetzen wäre. Auch von der Erhöhung der Strafzahlung von 70 auf 80 Euro verspricht sich die PKV keinen Effekt, außer einer Kostensteigerung. Ohne diese Anhebung könnte dann auch auf eine aufwändige Regelung zur Hemmung der Verjährung verzichtet werden.

Zu Art. 2 Nr. 15 (§ 30 SGB XI – Dynamisierung)

Zu Art. 3 Nr. 5 und Nr. 6 (§§ 36, 37 SGB XI – Pflegesachleistung, Pflegegeld)

Vorgeschlagene Regelungen

§ 30 sieht ab 1. Januar 2025 in Höhe von 5 Prozent und ab 1. Januar 2028 in anhand der Teuerungsrate noch festzulegender Höhe jeweils eine Dynamisierung aller Leistungsbeträge der Pflegeversicherung vor. Außerdem will die Bundesregierung noch in dieser Legislaturperiode für eine langfristige Leistungsdynamisierung einen Vorschlag vorlegen.

Die Beträge für die ambulanten Sachleistungen (= häusliche Pflegehilfe) und für das Pflegegeld werden zum 1. Januar 2024 jeweils um 5 Prozent angehoben.

Bewertung

Alle vorgesehenen Anhebungen und Dynamisierungen der Leistungsbeträge weiten die Kosten der Pflegeversicherung aus und verschärfen das Defizit der Sozialen Pflegeversicherung. Damit werden die

nachfolgenden Generationen in der Sozialen Pflegeversicherung belastet, ohne dass eine Lösung für das Problem der sich immer weiter öffnenden Schere zwischen Beitragszahlern und Pflegebedürftigen aufgezeigt wird. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten nur dann dynamisiert werden, wenn sie ausreichend finanziert werden und auch in Zukunft finanzierbar sind. Ebendies ist hier nicht der Fall. Es ist jetzt schon absehbar, dass die Leistungen denen gegenüber, die sie heute finanzieren, nicht mehr erfüllt werden können. Eine langfristige und nachhaltige Finanzierung ist zwingend erforderlich.

Unredlich erscheint zudem, dass die Leistungsdynamisierung erst nach der nächsten Bundestagswahl in Kraft treten soll. Das aus der Dynamisierung aller Leistungsbeträge resultierende Defizit der SPV wird ganz bewusst der nächsten Bundesregierung übertragen. Auch hier sollte das Diktum des Bundesrechnungshofes Anwendung finden, dass keine neuen Maßnahmen mehr beschlossen werden dürfen, ohne ihre langfristige Finanzierung zu klären.

Auch für die Private Pflegepflichtversicherung hat diese Maßnahme Folgen. Bisher erfolgt die Berücksichtigung höherer Kosten regelmäßig im Nachhinein, wenn sicher ist, dass sie tatsächlich dauerhaft anfallen. Sollte an der deutlichen Leistungsausweitung für die Jahre 2024, 2025 und 2028 und der dauerhaften, regelmäßigen Dynamisierung festgehalten werden, müssen für die Private Pflegepflichtversicherung im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Beitragsanpassungen jeweils mit Inkrafttreten der Leistungsausweitung oder Dynamisierung ermöglicht werden. Dies sollte in der Form geschehen, dass eine Leistungsänderung durch Gesetzesänderung oder Dynamisierung der Äquivalenzstörung nach § 203 Abs. 2 VVG gleichgestellt wird.

Hilfsweise wäre für jede Leistungsänderung durch Gesetzesänderung oder Dynamisierung jeweils ein Sonderanpassungsrecht für die Private Pflegepflichtversicherung vorzusehen, wie es z. B. mit § 143 SGB XI früher schon erfolgt ist.

Zu Art. 2 Nr. 34 (§ 113b Abs. 6 SGB XI – Qualitätsausschuss)

Vorgeschlagene Regelung

Durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI soll ab dem 1. September 2023 dauerhaft eine Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessenvertretungen finanziert werden. Die Finanzierung soll dabei über den Haushalt der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses nach § 8 Abs. 4 SGB XI durch die Soziale und Private Pflegeversicherung erfolgen.

Bewertung

Auch wenn die Bedeutung der Beteiligung der Interessenvertretungen nach § 118 SGB XI unbestritten ist, so sollte diese aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung aus Bundesmitteln erfolgen. Die Finanzierung (ca. 106.000 Euro jährlich) aus Mitteln der Pflegeversicherung, die wiederum von den Beitragszahlenden – und somit auch von den Pflegebedürftigen – aufgebracht werden, ist nicht sachgerecht.

Zu Art. 2 Nr. 39 (§§ 123, 124 SGB XI - Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung)

Vorgeschlagene Regelungen

Im Zeitraum 2024 bis 2028 sollen regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier durch die Pflegeversicherung mit 50 Mio. Euro je Kalenderjahr gefördert werden. Diese Finanzierung setzt eine Kofinanzierung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft voraus. Die Private Pflegepflichtversicherung soll sich mit 10 Prozent am Fördervolumen der Pflegeversicherung beteiligen. Eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben soll erfolgen.

Bewertung

Es ist zweifelhaft, ob mit den Modellvorhaben die vorgesehene Verfügbarkeit von erforderlichen Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsangeboten vor Ort sichergestellt werden kann. Die Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörige sind auf das Vorhandensein bedarfsgerechter Versorgungsangebote in einer modernen bedürfnisgerechten Pflegeinfrastruktur angewiesen. Nur bei einem ausreichenden Angebot an Dienstleistungen kann der notwendige Versorgungsmix organisiert werden. Im Rahmen der Daseinsvorsorge muss die pflegerische Versorgung Priorität erhalten. Die Kommunen müssen dabei die Ziele vorgeben und für die Erfüllung sorgen. Die Erfahrungen haben zudem gezeigt, dass Modellprojekte wenig nachhaltig sind.

Sollte an dem Vorhaben, o. g. Modellprojekte zu initiieren, festgehalten werden, sollte die Finanzierungsbeteiligung der Privaten Pflegepflichtversicherung analog bestehender Finanzierungsverpflichtungen (z. B. § 8 Abs. 9 SGB XI, § 150 Abs. 4 Satz 5 SGB XI) in Höhe von 7 Prozent - entsprechend des Anteils der Pflegebedürftigen - erfolgen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu berücksichtigen, dass sich die Beihilfe, anders als an den Kosten der Pflegeleistungen, nicht an der Finanzierung beteiligt.

Zu Art. 3 Nr. 15 (§ 43c SGB XI - Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen bei vollstationärer Pflege werden zum 1. Januar 2024 um 5 bis 10 Prozentpunkte angehoben. Im ersten Jahr erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent (statt aktuell 5 Prozent) des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr in Höhe von 30 Prozent (statt aktuell 25 Prozent), im dritten Jahr in Höhe von 50 Prozent (statt aktuell 45 Prozent) und ab dem vierten Jahr in Höhe von 75 Prozent (statt aktuell 70 Prozent).

Bewertung

Diese Regelung erhöht die Hypothek der Sozialversicherung im demografischen Wandel massiv, ohne

dass es hierfür eine sozialpolitisch fundierte Begründung gäbe. Es ist nicht belegt, dass die Eigenanteile an den Pflegekosten zu immer mehr Sozialfällen führen. Die vorgesehenen Regelungen leisten keinen sozialpolitischen Beitrag zur Armutsvermeidung im Alter, sondern schonen vielmehr die Vermögens- und Einkommensressourcen der Mittel- und Oberschicht.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ darf nicht durch die überproportionale Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich der vollstationären Pflege unterlaufen werden.

Außerdem ist bei der Finanzierung der Kosten eine ausreichende Berücksichtigung der dynamischen Entwicklung der Kosten für die vollstationäre Pflege nicht erkennbar.

Daher sollte der Leistungszuschlag zu den Eigenanteilen bei vollstationärer Pflege nicht angehoben werden. Zunächst sollte diese erst 2022 eingefügte Leistungsart evaluiert werden.

III. WEITERER ÄNDERUNGSBEDARF

Zu § 8 Abs. 6 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung

Mit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zum 1. Januar 2019 wurde die Refinanzierung von 13.000 zusätzlichen Pflegefachkraftstellen nach § 8 Abs. 6 SGB XI eingeführt. Die Finanzierung erfolgt durch jährliche Zahlung der GKV und PKV an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Zum 31. Dezember 2025 erfolgt eine Aufhebung der Regelung nach § 8 Abs. 6 SGB XI, da eine Übertragung in das Personalbemessungsverfahren nach § 113c Abs. 6 SGB XI erfolgt.

Von den geplanten Stellen wurden bislang allerdings nur eine geringe Zahl geschaffen, sodass ein Großteil der gezahlten Mittel ungenutzt beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) liegt. Die Ausschöpfung der Mittel bis zum Auslaufen der Regelung ist einerseits wegen nicht vorhandenen Personals sowie der schrittweisen Überführung in andere Finanzierungsstrukturen (§ 113c Abs. 6 SGB XI) nicht möglich. Durch den Bundesrechnungshof (BRH) wird die fehlende Rückzahlungsklausel für nicht genutzte Gelder oder die Möglichkeit der Aussetzung der Zahlungen kritisiert. Zudem sei ein zielgerichteter Einsatz der Mittel nicht ersichtlich, so dass die Gefahr einer Zweckentfremdung der Mittel bestehe. Im Anschluss an den BRH wird vorgeschlagen, dass die PPV nachschüssig in dem Maße in das Programm einzahlt, wie dies benötigt wird. Überzahlungen würden dadurch von vornherein vermieden. Ausgabenreste müssen an die PKV zurückgezahlt werden.