

zum
Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit

für ein Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegerneuordnungsgesetz – PNOG)

- Der Gesetzentwurf kann nur kurzfristig die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen schließen. Eine dauerhafte und nachhaltige Finanzierung, die den Herausforderungen des demografischen Wandels gerecht wird, wird nicht erreicht.
- Stattdessen werden die überfälligen Strukturreformen in der umlagefinanzierten Sozialen Pflegeversicherung zulasten der jungen Generation in dem Maße verschleppt, wie das strukturelle Defizit durch Beitragserhöhungen gefüllt wird: Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Versicherungspflichtgrenze; Beitragssatzerhöhungen für Kinderlose; neue Pflichtbeiträge bei Minijobs.
- Der überfällige Paradigmenwechsel hin zu mehr generationengerechter und kapitalgedeckter Pflegevorsorge über die private Pflegezusatzversicherung bleibt aus. Ein bloßer Prüfauftrag wird der Lage nicht gerecht.
- Um die Vorsorge für den Pflegefall breiter in der Gesellschaft zu verankern, sollten Beiträge zur privaten Pflegezusatzversicherung steuerlich absetzbar sein und die betriebliche Pflegevorsorge über eine sozialabgaben- und steuerfreie Entgeltumwandlung gestärkt werden.
- In die richtige Richtung auf der Ausgabenseite weisen die Rückführung der Pflegegrad-Schwellenwerte auf die Empfehlungen des Expertenbeirats 2013 und die Korrektur des § 43c SGB XI.
- Zu begrüßen, wenn auch hinsichtlich der tatsächlichen Wirksamkeit noch offen, ist die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung – etwa durch den präventiven Fokus bei Pflegegrad 1.

I. Allgemeine Anmerkung

Finanzierung

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) befindet sich seit Jahren im strukturellen Defizit, da ihre Ausgabendynamik die Dynamik ihrer Beitragseinnahmen regelmäßig übersteigt. Folge ist ein stetig steigender Beitragssatz, der den Wirtschaftsstandort Deutschland und damit die ökonomische Basis der Sozialversicherung gefährdet und zugleich zu ungerechten Belastungen der jungen Generation führt.

Der Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG) geht bei der Adressierung dieses Problems nur partiell in die richtige Richtung, insofern er die Leistungsstrukturen mit dem Ziel der Ausgabenbegrenzung und -senkung an verschiedenen Stellen anpasst. Zugleich versucht der Gesetzentwurf die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen aber erneut, wie schon in den Pflegereformen der vergangenen Jahre, über eine Erhöhung der Einnahmen zu schließen: diesmal über eine außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Versicherungspflichtgrenze, eine Erhöhung des Beitragssatzes für Kinderlose sowie neue Pflichtbeiträge der Arbeitgeber für Minijobber. Diese Erhöhung der Zwangsabgaben auf den Faktor Arbeit ist nicht nur ein fatales Signal in der Wirtschaftskrise: exakt im Umfang dieser Beitragserhöhungen werden zugleich die überfälligen Strukturreformen in der Pflegeversicherung verschleppt. Eine ähnliche Verschleppungsfunktion hat der Rückzahlungsaufschub aller Bundesdarlehen an die SPV in Höhe von 4,2 Milliarden Euro auf den Zeitraum 2035-2039. Das ist mit Blick auf die Gegenwart eine Subvention und mit Blick auf die nahe Zukunft eine weitere Hypothek für die jüngeren Beitragszahler.

Der Gesetzentwurf kann somit nur kurzfristig die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen schließen. Die im Entwurf verankerte regelmäßige Dynamisierung der Leistungen im Umlagesystem ab 2028 wird mit Blick auf das ungelöste Problem des strukturellen Defizits nicht finanzierbar sein.

Neben der nur ansatzweise vorgenommenen und damit nur kurzfristig wirksamen Begrenzung der Leistungsausgaben ist besonders kritisch der ausgebliebene Paradigmenwechsel zugunsten einer generationengerechten Finanzierung der Pflegevorsorge über eine gesellschaftlich wirksame Verankerung und Förderung der privaten Pflegezusatzversicherung zu bewerten. Diese soll laut Entwurf lediglich geprüft werden. So wird wertvolle Zeit verschenkt, die benötigt wird, um das System zukunftssicher und generationengerecht aufzustellen. Prüfaufträge werden der Situation nicht mehr gerecht.

Pflegevorsorge ist ein unabdingbarer Bestandteil der persönlichen Altersvorsorge. Um die Vorsorge für den Pflegefall breiter in der Gesellschaft zu verankern, sollten Beiträge zur privaten Pflegezusatzversicherung steuerlich absetzbar sein und die betriebliche Pflegevorsorge über eine sozialabgaben- und steuerfreie Entgeltumwandlung gestärkt werden.

Der PKV-Verband hat in den vergangenen Jahren verschiedene – freiwillige wie obligatorische – Konzepte vorgelegt, mit denen die kapitalgedeckte Pflegevorsorge in der alternden Gesellschaft

ausgebaut werden könnte, um Lasten nicht weiter in die Zukunft zu verschieben und eine Überlastung der jungen Generation zu vermeiden. Der Verband bietet auch im laufenden Gesetzgebungsverfahren hierzu seine Expertise gerne an.

Ausgabenseite

Im Sinne einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik sollten Leistungen der Pflegeversicherung nur passgenau und zielgerichtet eingesetzt werden. Es dürfen nur Leistungen finanziert werden, die Pflegebedürftigen die Hilfe und Unterstützung zukommen lassen, die sie allein aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen. Daher ist es richtig, die Schwellenwerte und Module, die für die Einstufung in die Pflegegrade maßgeblich sind, auf die pflegewissenschaftlich begründeten Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 zurückzuführen. Ebenso begründbar und zielführend sind die Korrekturen des § 43c SGB XI, der einer der größten Kostentreiber der Pflegeversicherung ist. Hier muss die Ausgabendynamik deutlich gedämpft werden.

Unbeantwortet lässt der Entwurf die Frage, welchem Leistungsniveau die Pflegeversicherung entgegensteuert, wenn die im Entwurf zwar versprochene, aber nicht gegenfinanzierte (und mit Blick auf das strukturelle Defizit schlicht nicht finanzierbare) dauerhafte Dynamisierung aller Leistungen ausbleibt. Ebenso unter einem unaufhebbaren Finanzierungsvorbehalt stehen auch weitere Leistungsversprechen des Entwurfs wie die Erhöhung der Fördermittel für Innovation und Digitalisierung, der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts und die Einführung der Finanzierung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege.

Im [PKV-Sofortprogramm für eine bessere Pflegeversorgung](#) finden sich konkrete Maßnahmen, die auf Vereinfachung, Transparenz und Selbstbestimmung setzen – und damit auf eine Pflegeversicherung, die den Bedürfnissen der Menschen dient, nicht der Verwaltung ihrer Ansprüche. Zugleich lassen sich mit diesen Maßnahmen über fünf Milliarden Euro einsparen.

Prävention

Der PKV-Verband begrüßt, Gesundheitsförderung und Prävention in den Leistungen der Pflegeversicherung zu stärken und zwischen den Systemlogiken von SGB V und SGB XI zu vermitteln. Eine stärkere Ausrichtung der Pflegeversicherung auf präventiv wirkende Maßnahmen ist ein Schritt zu nachhaltiger wirkenden Leistungen. Dies zeigt sich sowohl bei der neuen Konzeption der Pflegeberatung in Form der Pflegebegleitung als auch der stärkeren Fokussierung der Leistungen bei Pflegegrad 1 auf Leistungen, die präventiv wirken. Dies wie auch die Verschränkung von Pflegebegutachtung und Pflegeberatung, einschließlich der Berücksichtigung der Empfehlungen der Pflegebegutachtung zur Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung und die Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflegeberatung – auch für pflegende An- und Zugehörige –, sind richtige Schritte, die der PKV-Verband ebenfalls in seinem [PKV-Sofortprogramm für Prävention in der Pflege](#) empfohlen hat.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1, Nr. 6 (§ 7a SGB XI – Pflege-Cockpit)

Vorgeschlagene Regelung:

Mit der Regelung werden die Pflegekassen verpflichtet, ihren Versicherten bis zum 01.07.2028 einen digitalen Zugang zu definierten pflegerelevanten Informationen und Leistungsübersichten (Pflege-Cockpit) anzubieten. Dazu gehören u.a. allgemeine Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegegrad, die Übersicht über Leistungs- und Preisvergleichslisten, individuelle Übersichten über bezogene Pflegeleistungen etc. Zum 01.01.2030 sollen weitere Funktionen hinzukommen.

Bewertung:

Der Entwurf sieht vor, dass jede einzelne Pflegekasse verpflichtend ein zentrales Pflege-Cockpit für jede pflegebedürftige versicherte Person einrichtet. Bereits heute bestehen jedoch zahlreiche Übersichten und Serviceportale – sowohl bei den sozialen Pflegekassen als auch in der privaten Pflegepflichtversicherung –, die die Besonderheiten der jeweiligen Pflegeversicherung sowie ihrer Versicherten abbilden und die bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

Die neue Regelung verpflichtet zur Schaffung einer Struktur, für die bereits funktionierende und etablierte Lösungen existieren. Statt bestehende Angebote zu nutzen und gezielt weiterzuentwickeln, wird ein einheitlicher, gesetzlich verordneter Aufbau verlangt. Dies erhöht den administrativen und finanziellen Aufwand, ohne einen erkennbaren Mehrwert für die Versicherten zu schaffen. In der Konsequenz wird die heutige Vielfalt, die die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigt, aufgegeben und es entstehen möglicherweise Doppelstrukturen, die parallel zu den bereits vorhandenen Portalen aufzubauen und zu betreiben sind – mit entsprechenden Kosten und Reibungsverlusten.

Dass das Pflege-Cockpit als Sonderweg angelegt ist, zeigt sich auch darin, dass keine verpflichtende Anbindung an die zentralen Strukturen der Telematik-Infrastruktur (TI) und der elektronischen Patientenakte (ePA) vorgesehen ist. Damit wird eine neue, isolierte Anwendung geschaffen, die nicht konsequent in die vorhandene digitale Infrastruktur eingebettet ist. Dies konterkariert das Ziel einer durchgängigen, interoperablen Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen.

Zu Artikel 1, Nr. 8 (§ 7c SGB XI - Pflegebegleitung)

Vorgeschlagene Regelung:

Die bisherigen verschiedenen Beratungsangebote Pflegeberatung, Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI und individuelle Pflegekurse in der Häuslichkeit werden zu einem einheitlichen Beratungsangebot, der Pflegebegleitung, zusammengelegt. Dabei wird auch ein abgestuftes Vorgehen zwischen der Beratung und dem Fallmanagement dargestellt. Darüber hinaus

kommt der Pflegebegleitung in Akut-Fällen die Aufgabe zu, die Erforderlichkeit der weiteren Akut-Pflege festzustellen.

Bewertung:

Die Neuausrichtung der Beratungsangebote der Pflegeversicherung geht in die richtige Richtung. So stärkt ein eigenständiger Anspruch der An- und Zugehörigen auf Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI die Angehörigen in ihrer ehrenamtlichen Pflege- und Sorgearbeit.

Die Zusammenführung der bisherigen Beratungen nach §§ 7a, 37 Abs. 3 sowie 45 SGB XI ist sinnvoll. Die neu fokussierte fachliche Anleitung und Vermittlung von Fähigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege erweitert die bisherige Pflegeberatung nach § 7a SGB XI pflegefachlich.

Eine konsequente Präventionsorientierung vor und in der Pflege ist angesichts der Herausforderungen der Pflegeversicherung wie demografischer Wandel, Finanzierbarkeit des Systems und Fachkräftemangel alternativlos, um den Einstieg in die Pflegebedürftigkeit zu verzögern und die Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Von einer Stärkung präventionsorientierter Interventionen sind mittel- und langfristig nicht nur geringere Kosten, sondern auch eine Verbesserung der Lebensqualität Pflegebedürftiger und von deren An- und Zugehörigen sowie Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Versorgungsstrukturen zu erwarten. Dabei geht es im Sinne von Zielgenauigkeit und Ressourcenschonung darum, bewährte und bestehende Strukturen optimal zu nutzen und keine neuen Strukturen oder Doppelstrukturen aufzubauen

Es ist wichtig, dass die Ausgestaltung der Pflegebegleitung nicht zu engmaschig, nicht zu personalintensiv und nicht bürokratisch ist. Diesbezüglich bestehen Bedenken. Der Pflegebegleitung kommen sehr viele Aufgaben zu, die ein gutes pflegefachliches Wissen erfordern. Angesichts des Fachkräftemangels ist es daher fraglich, wie eine solche neue Leistung in der Praxis tatsächlich umgesetzt wird. Außerdem muss vermieden werden, dass die Einführung der Pflegebegleitung zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung führt.

Vorschlag:

In § 7c Absatz 3 Satz 3 SGB XI sollte, damit sich kein Widerspruch zu Absatz 3 Satz 1 ergibt, nach „Alle Termine“ „nach dem ersten Termin“ eingefügt werden.

In § 7c Absatz 6 Satz 9 SGB XI ist der Begriff „zeitnah“ zu unbestimmt und lässt Interpretationsspielraum. Daher sollte das Wort „zeitnah“ gestrichen werden.

In § 7c Absatz 7 Satz 2 SGB XI sollte Absatz 6 Satz 5 ergänzt werden, weil die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen zur Umsetzung des § 7c Absatz 6 Satz 9 SGB XI die Information über den nicht wahrgenommenen Folgetermin benötigt.

Zu Artikel 1, Nr. 13 (§ 10 SGB XI - Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege)

Vorgeschlagene Regelung:

Das nach § 125b SGB XI beim GKV-Spitzenverband für den Zeitraum von 2023 bis 2027 errichtete Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege wird nun beim GKV-Spitzenverband dauerhaft eingerichtet. Hierfür werden jährlich 2 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung unter Beteiligung der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) in Höhe von 7 Prozent dieser Kosten zur Verfügung gestellt.

Bewertung:

Angesichts der finanziellen Situation der Pflegeversicherung müsste konsequent auf Ausweitungen von Förderungen verzichtet werden. Sollte dennoch eine dauerhafte Einrichtung des Kompetenzzentrums erfolgen, muss aufgrund der finanziellen Beteiligung eine bessere Einbindung der PPV erfolgen.

Vorschlag:

In Abs. 2 Satz 4 und Abs. 4 Satz 1 wird jeweils nach „Bundesministerium für Gesundheit“ „und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt. In Abs. 5 Satz 4 wird nach „den Ländern,“ „dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.“ gestrichen.

Zu Artikel 1, Nr. 13 (§ 12 Absatz 4 SGB XI – Förderung guter Versorgung)

Vorgeschlagene Regelung:

Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 soll u.a. im Umfang von 5 Mio. Euro pro Kalenderjahr für Fördermaßnahmen nach § 11 Abs. 1 SGB XI verringert werden. Soweit diese Mittel in einem Kalenderjahr nicht für Fördermaßnahmen nach § 11 Abs. 1 SGB XI eingesetzt wurden, erhöhen diese im Folgejahr die Mittel für die Förderung nach § 12 Abs. 4 SGB XI.

Bewertung:

Die vorgesehene Verknüpfung der Fördermittel nach § 11 Abs. 1 SGB XI mit den Fördermitteln nach § 12 Abs. 4 SGB XI ist weder sinnvoll noch praktikabel. Bereits heute erfolgt eine Anrechnung des Budgets für die Modellvorhaben nach § 123 SGB XI. Eine transparente und nachvollziehbare Aufschlüsselung der Fördermittel, u.a. im Rahmen der Abrechnung des Finanzierungsanteils der PPV, dürfte praktische Probleme aufwerfen.

Vorschlag:

§ 12 Abs. 4 Satz 3 sollte wie folgt gefasst werden:

„Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds verringert.“

Zu Artikel 1, Nr. 16 (§ 15 SGB XI – Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument) und zu Art. 88 (Anlage 2 des SGB XI)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Schwellenwerte in den Pflegegraden 1, 2 und 3 und die Verteilung der Modulpunkte in Anlage 2 sollen an die Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 angepasst werden.

Bewertung:

Die vorgeschlagenen Änderungen sind sinnvoll und sollten so umgesetzt werden.

Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen passgenau und zielgerichtet eingesetzt werden. Es dürfen nur Leistungen finanziert werden, die Pflegebedürftigen die Hilfe und Unterstützung zukommen lassen, die sie allein aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen.

Bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Festlegung der Schwellenwerte wurden die Schwellenwerte bei Pflegegrad 1, 2 und 3 tiefer angesetzt als dies vom Expertenbeirat empfohlen worden war. Bei Pflegegrad 1 sollte damit die präventive Wirkung verstärkt werden. Da dieser gewünschte Effekt nachweislich nicht eingetreten ist, sollte der Schwellenwert von Pflegegrad 1 wie vorgesehen auf den ursprünglich vom Expertenbeirat 2013 vorgeschlagene Schwellenwert angehoben werden. Dies gilt auch für die vorgesehenen Änderungen der Schwellenwerte von Pflegegrad 2 und 3. Denn beide Schwellenwerte, die der Expertenbeirat für diese Pflegegrade 2013 empfohlen hat, beruhen auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.

Auch die Anpassung der Punkte in den Modulen 1, 4 und 6 an die Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 ist nachvollziehbar, folgerichtig und fachlich gut begründet. Die Modulpunkte wurden ebenfalls großzügiger ausgestaltet als dies zuvor vom Expertenbeirat 2013 empfohlen wurde. Daher ist eine Korrektur auf die vom Expertenbeirat 2013 aufgrund pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse empfohlenen Werte angezeigt.

Zu Artikel 1, Nr. 22 (§ 18f SGB XI – Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung)

Vorgeschlagene Regelung:

Es wird ein Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung eingerichtet.

Bewertung:

Die Einrichtung des Beirats ist sinnvoll, weil das Begutachtungssystem ein lernendes System ist und auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff selbst regelmäßig einer Überprüfung unterzogen werden sollte, um notwendige Nachjustierungen vorzunehmen, die sich z. B. aus fachlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben können. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. als Vertretung der privaten Pflegepflichtversicherung wird nicht als Mitglied des Beirats aufgeführt. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem

Pflegegrad sind in der PPV nach § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI dieselben Maßstäbe wie in der SPV anzulegen. Dies erfolgt bei der Pflegebegutachtung durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegeversicherung, die Medicproof GmbH. Diese führt bundesweit die Pflegebegutachtungen in der privaten Pflegepflichtversicherung durch und verfügt daher über langjährige Erfahrung und Expertise. Um von dieser Sichtweise zu profitieren und die PPV neben der SPV angemessen zu berücksichtigen, sollte der Verband der Privaten Krankenversicherung Mitglied des Beirats sein, durch einen Vertreter beratend teilnehmen und die schriftlichen Dokumente des Beirats wie Berichte, Empfehlungen, Gutachten und Positionspapiere erhalten.

Vorschlag:

In § 18f Abs. 3 Satz 1 wird nach Nr. 3 folgende Nr. 4 eingefügt: „4. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.“

In § 18f Abs. 12 Satz 2 SGB XI wird nach „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ „, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

In § 18f Abs. 13 SGB XI wird nach „des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ „, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

Zu Artikel 1, Nr. 24 (§ 28a SGB XI – Leistungen bei Pflegegrad 1)

Vorgeschlagene Regelung:

Der Entlastungsbetrag und der Zuschuss bei vollstationärer Pflege entfällt für Versicherte mit Pflegegrad 1.

Bewertung:

Die Neuausrichtung des Pflegegrades 1 mit einer verstärkten Beratung durch die Pflegebegleitung und einer Fokussierung auf präventiv wirkende Maßnahmen ist sinnvoll und entspricht der ursprünglichen Konzeption des Pflegegrades 1.

Zu Artikel 1, Nr. 25 (§ 30 SGB XI - Dynamisierung)

Vorgeschlagene Regelung:

Ab dem Jahr 2028 werden alle Leistungen der Pflegeversicherung jeweils zum 1. Juli jährlich in Höhe des arithmetischen Mittels der Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre, aber nicht stärker als der durchschnittliche Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum angehoben.

Bewertung:

Die jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge des SGB XI steht einer nachhaltigen und generationengerechten Finanzierung der Pflegeversicherung entgegen, weil dadurch die Ausgaben der Pflegeversicherung weiter ansteigen, ohne gegenfinanziert zu sein.

Vorschlag:

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Sollte die Regelung dennoch eingeführt werden, obwohl sie das Defizit der SPV deutlich erhöhen wird, sollte die Dynamisierung nicht unterjährig einsetzen. Dies verkompliziert die Umsetzung in der Praxis. Das Überbrückungsbudget nach § 39 SGB XI ist ein Jahresbetrag. Bei einer unterjährigen Änderung der Beträge sind jeweils Umrechnungen erforderlich, die für die Versicherten die Komplexität des Leistungsrechts noch zusätzlich erhöhen und bei den Pflegekassen und Versicherungsunternehmen zu zusätzlichen Aufwänden führen.

Zu Artikel 1, Nr. 37 (§ 42 SGB XI - Kurzzeitpflege)

Vorgeschlagene Regelung:

In § 42 Abs. 4 SGB XI wird ein Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen für pflegerische Akutsituationen eingeführt.

Bewertung:

Die vorgeschlagene Regelung darf die Pflegeversicherung nicht finanziell belasten, was aber durch die in § 88b SGB XI vorgesehene Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege der Fall ist. Aufgrund des Fachkräftemangels ist es zudem fraglich, ob ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen Personal und Plätze qualitätsgesichert vorhalten können, um die Versorgung in pflegerischen Akut- und Notfallsituationen sicherzustellen.

Vorschlag:

Es sollte keine neue Form der Kurzzeitpflege eingeführt werden.

Zu Artikel 1, Nr. 41 (§ 43c SGB XI – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen)

Vorgeschlagene Regelung:

Die zeitlichen Abstände, nach denen der prozentuale Leistungszuschlag zu dem Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege erhöht wird, werden vergrößert.

Bewertung:

Die Änderung ist erforderlich, um die Ausgabensteigerungen, die durch die Leistungszuschläge auch in Zukunft entstehen, etwas zu reduzieren. Die Regelung greift jedoch zu kurz. Es sollten Änderungen vorgenommen werden, um die Dynamik der Leistungszuschläge zu beenden. Dies kann über ein Einfrieren des heutigen Ausgabenvolumens, zusätzliche Karenzzeiten oder, wie vom Sachverständigenrat Wirtschaft vorgeschlagen, eine Streichung der Leistungszuschläge erfolgen.

Vorschlag:

Die dynamischen Kostensteigerungen, die mit der Regelung des § 43c SGB XI einhergehen, stehen im Widerspruch zu den Kostendämpfungszielen einer nachhaltigen Pflegereform. Wenn an der Regelung weiterhin festgehalten wird, muss zumindest ihre dynamische Ausgabenentwicklung beendet werden, damit das Defizit der SPV nicht noch mehr vergrößert wird.

Zu Artikel 1, Nr. 42 (§ 44 SGB XI – Rentenversicherung der Pflegepersonen)

Vorgeschlagene Regelung:

Mit Inkrafttreten des Flexirentengesetzes zum 01.01.2017 haben Pflegepersonen eine unbeabsichtigte Gestaltungsmöglichkeit zur Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung erhalten. Dies soll mit der vorgeschlagenen Ergänzung rückgängig gemacht werden.

Bewertung:

Die Regelung ist erforderlich, um Fehlanreizen entgegenzuwirken. Eine Schutzbedürftigkeit besteht in diesen Fällen nicht.

Zu Artikel 1, Nr. 44 (§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung und § 45b SGB XI - Sozialraumbudget)

Vorgeschlagene Regelung:

Nachbarschaftshilfe als Angebot zur Unterstützung im Alltag wird künftig nicht mehr von den zuständigen Landesbehörden, sondern von Pflegekassen anerkannt.

Es wird ein Sozialraumbudget eingeführt, das den bisherigen Entlastungsbetrag ersetzt.

Bewertung:

Bislang ist in einigen landesrechtlichen Regelungen die Anerkennung von Nachbarschaftshelfern durch die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen vorgesehen. Dieses Verfahren hat sich bewährt. Es ist sehr sinnvoll und vereinfacht das Vorgehen in der Praxis, wenn Nachbarschaftshelfer nicht von verschiedenen Landesbehörden nach unterschiedlichen Voraussetzungen anzuerkennen sind, sondern nach einheitlichen Regelungen direkt von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen des Versicherten, der die Leistungen eines Nachbarschaftshelfers in Anspruch nehmen möchte. Um die Regelung sowohl in der SPV als auch in der PPV praktikabel, einfach und bürokratiearm zu ermöglichen, muss die Anerkennung von Nachbarschaftshelfern, die Privatversicherten Leistungen anbieten, durch die privaten Versicherungsunternehmen ermöglicht werden. Dadurch wird sichergestellt, dass auch Privatversicherte die Leistungen von Nachbarschaftshelfern in Anspruch nehmen können und nicht benachteiligt werden. Daher sollte der GKV-Spitzenverband die Richtlinien im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. erstellen.

Vorschlag:

In § 45a Absatz 1 Satz 7 SGB XI sollte der Begriff „Pflegebegleiter“ gestrichen werden, weil es sich dabei aufgrund der Einführung der Pflegebegleitung in § 7c SGB XI nicht mehr um Angebote zur Unterstützung im Alltag handelt und somit diese Begrifflichkeit nicht mehr passt.

In § 45a Abs. 4 Satz 1 SGB XI wird nach „durch die Pflegekassen“ „oder durch die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen,“ eingefügt.

In § 45a Abs. 4 Satz 2 SGB XI wird nach „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt“ „im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

In § 45b Abs. 1 Satz 2 SGB XI wird nach „durch die Pflegekassen“ „oder durch die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen“ eingefügt.

Zu Artikel 1, Nr. 45 (§ 45c SGB XI - Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts durch die SPV und die PPV wird von bislang 25 Mio. Euro jährlich auf 125 Mio. Euro jährlich angehoben. Die Kofinanzierung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft wird entsprechend erhöht.

Bewertung:

Eine Anhebung der Mittel der Pflegeversicherung um 100 Mio. Euro jährlich ist angesichts der finanziellen Situation der Pflegeversicherung nicht nachvollziehbar.

Vorschlag:

Die vorgeschlagene Änderung sollte nicht erfolgen.

Zu Artikel 1, Nr. 48. (§ 55 Abs. 2 - Beitragsbemessungsgrenze) und Nr. 49 (§ 59b - Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Beitragsbemessungsgrenze der SPV wird ab dem 1. Januar 2027 auf das Niveau der Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung angehoben. Sie entspricht damit als eigenständige Beitragsbemessungsgrenze künftig der Höhe der jährlich anzupassenden Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V.

Zudem müssen Arbeitgeber künftig auf die Höhe des Verdiensts ihrer geringfügig Beschäftigten den vollen Beitragssatz zur SPV in Höhe von 3,6 % zahlen.

Bewertung:

Die geplante Sonderanhebung der Beitragsbemessungsgrenze sendet ein verheerendes Signal für den Wirtschaftsstandort und die jüngeren Generationen. Zusammen mit der Regeldynamisierung wird die BBG-Sondererhöhung im Jahr 2027 zu einer Erhöhung der SPV-BBG um fast 15.000 Euro/Jahr im Vergleich zu 2026 führen.

Nach Berechnungen des IGES könnte die Bemessungsgrenze 2027 auf knapp 84.000 Euro steigen. Für Beschäftigte mit einem Kind und Einkommen oberhalb dieser Grenze ergäbe sich eine maximale Mehrbelastung von rund 21 Euro pro Monat. Zusammen mit dem Arbeitgeberanteil wären das rund 500 Euro/Jahr. Rund sechs Millionen Beschäftigte könnten von der Anhebung betroffen sein (Handelsblatt vom 05.06.2026).

Zusätzlich werden sich die Lohnzusatzkosten durch die neue Regelung erhöhen, dass Arbeitgeber auf die Höhe des Verdiensts ihrer geringfügig Beschäftigten den vollen Beitragssatz zur SPV in Höhe von 3,6 % zahlen müssen.

Durch die BBG-Erhöhung und die Zahlung von SPV-Beiträgen auch für Minijobs, entstehen den Arbeitgebern und Arbeitnehmern laut Erläuterung des BMG zum Gesetzentwurf im Jahr 2027 Mehrausgaben von zunächst 2,8 Milliarden Euro, die bis zum Jahr 2030 auf 3 Milliarden Euro anwachsen.

Jede BBG-Erhöhung ist faktisch eine Sondersteuer für qualifizierte Fachkräfte und deren Arbeitgeber. Die Belastung trifft insbesondere zukunftssträchtige Wachstumsbranchen und wird die Lohnnebenkosten weiter spürbar erhöhen.

Zu Artikel 1, Nr. 50 (§ 61a SGB XI - Beteiligung des Bundes an Aufwendungen)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Neufassung verlängert die Aussetzung des pauschalen Bundeszuschusses (1 Mrd. Euro/Jahr) bis 2028, sieht für 2029 nur eine halbierte Zahlung (500 Mio. Euro) vor und nimmt die volle Zahlung erst ab 2030 wieder auf. Zugleich wird die Rückzahlung der zweiten Tranche des zinslosen Darlehens aus dem Haushaltsgesetz 2022 (0,5 Mrd. Euro) von 2028 in den Zeitraum 2035 bis 2039 verschoben. Die zinslosen Darlehen aus den Haushaltsgesetzen 2025 und 2026 (zusammen 3,7 Mrd. Euro) sind ebenfalls erst 2035 bis 2039 zurückzuzahlen.

Bewertung:

Der Vorschlag, die Rückzahlung der zinslosen Bundesdarlehen an die SPV zeitlich weit nach hinten zu strecken, stellt – über die Zinslosigkeit der Darlehen hinaus – einen schleichenden Übergang in eine zusätzliche faktische Steuerfinanzierung der SPV dar. Die aktuelle Finanzsituation der SPV wird entlastet – und in genau diesem Umfang werden die ohnehin überfälligen Strukturreformen in der Pflegefinanzierung weiter verzögert. Durch eine rein haushaltspolitische Überbrückungsmaßnahme werden erhebliche Kosten in die Zukunft – konkret in die

Jahre 2035 bis 2039 – verlagert, ohne dass eine nachhaltige, generationengerechte Finanzierungsperspektive erkennbar wäre.

Hinzu kommt, dass mit den gestreckten Verbindlichkeiten im engen Rückzahlungskorridor 2035–2039 eine Rückzahlungslast von zusammen rund 4,2 Mrd. Euro ausgerechnet in einem Zeitraum anfällt, in dem die demografische Entwicklung ihren Höhepunkt erreicht: Laut Destatis wird bereits 2035 ein Viertel der Bevölkerung 67 Jahre und älter sein. Die Maßnahme verschiebt das Problem somit nicht nur, sondern verschärft es zulasten der nachfolgenden Beitragszahler.

Aus Sicht des PKV-Verbandes ist diese Maßnahme insbesondere im Hinblick auf den Beitragswettbewerb zwischen SPV und Privater Pflegepflichtversicherung (PPV) problematisch. Die faktische Subvention durch die spätere – und überdies zinslose – Rückzahlung der Darlehen führt, wie alle anderen pauschalen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt, dazu, dass der tatsächliche Finanzbedarf der SPV nicht vollständig im aktuellen Beitragssatz sichtbar wird, dass die SPV-Beitragssätze künstlich gedämpft werden und dass die SPV gegenüber der PPV einen politisch induzierten Preisvorteil erhält. Das duale System aus SPV und PPV darf auf diese Weise nicht geschwächt werden.

Zu Artikel 1, Nr. 51 (§ 61b - Liquiditätshilfe)

Vorgeschlagene Regelung:

Reicht der Mittelbestand der SPV absehbar nicht aus, um die Zahlungsverpflichtungen der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds zu erfüllen, gewährt der Bund dem Ausgleichsfonds ein zinsloses Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel. Die Mittel sind zurückzuzahlen, sobald sie im laufenden Kalenderjahr nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch bis zum 31. Dezember des Folgejahres.

Bewertung:

Die Einführung einer dauerhaften Bundesgarantie in Form zinsloser Liquiditätsdarlehen behandelt ein Symptom, nicht die Ursache. Dass die SPV überhaupt auf eine solche Liquiditätshilfe angewiesen ist, ist das unmittelbare Ergebnis eines strukturellen Defizits, das in den vergangenen Jahren noch dadurch verschärft wurde, dass den Pflegekassen über das Absenken der Ausgabendeckungsquote rund 4 Mrd. Euro an Liquidität entzogen wurden. Die nun gesetzlich verankerte Liquiditätshilfe schafft keine Finanzierungssicherheit, sondern institutionalisiert die Abhängigkeit der SPV von Bundesmitteln.

Aus Sicht des PKV-Verbandes ist die Regelung – wie schon die Streckung der Darlehensrückzahlung in der GKV – als haushaltspolitische Überbrückungsmaßnahme zu bewerten, die einen Teil der notwendigen Strukturreformen verschleppt und dem Grundsatz einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zuwiderläuft. Die Zinslosigkeit der Darlehen stellt dabei – über den reinen Liquiditätseffekt hinaus – einen geldwerten Vorteil und damit eine faktische Subvention der SPV aus dem Bundeshaushalt dar. Wie alle pauschalen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt

führt sie dazu, dass der tatsächliche Finanzbedarf der SPV nicht vollständig im aktuellen Beitragssatz sichtbar wird und der Beitragssatz künstlich gedämpft erscheint. Damit verzerrt die Regelung auch den Wettbewerb zwischen SPV und PPV. Denn die PPV kalkuliert ihre Prämien mit Rücklagen und Sicherheitszuschlägen, um jederzeit die Leistungen im Pflegefall garantieren zu können.

Hinzu kommen Bedenken hinsichtlich der haushalterischen Disziplin: Eine gesetzlich garantierte, unbegrenzte Auffüllung fehlender Mittel („in Höhe der fehlenden Mittel“) reduziert den Anreiz, die Ausgabendynamik der SPV nachhaltig zu begrenzen. Die in der Regelung vorgesehene kurze Rückzahlungsfrist verschafft dem Gesetzgeber laut Entwurfsbegründung Zeit, „Maßnahmen zur Stabilisierung der Liquidität auszuarbeiten“ – sie ersetzt jedoch nicht die überfällige strukturelle Finanzierungsreform. Es besteht das Risiko, dass eine ursprünglich als Ausnahme konzipierte Liquiditätshilfe faktisch zum Dauerinstrument wird.

Zu Artikel 1, Nr. 56 (§ 72 Abs. 3g SGB XI - Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Regelungen zur tariflichen Entlohnung im SGB XI werden für einen befristeten Zeitraum von vier Jahren in ihrer Anwendung sowohl als Zulassungsvoraussetzung als auch als Bezugspunkt der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen ausgesetzt.

Bewertung:

Die Regelungen zur tariflichen Entlohnung waren mit dem Ziel einer deutlichen Verbesserung der Entlohnung in der Langzeitpflege verbunden. Dies Ziel wurde in wenigen Jahren erreicht. Insofern sollten die bislang geltenden Regelungen im Aussetzungszeitraum hinsichtlich ihrer weiteren Notwendigkeit und ihrer Ausgestaltung überprüft werden. Insbesondere sind dabei auch die Auswirkungen auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen aufgrund der Erhöhungen der Pflegesätze zu berücksichtigen.

Zu Artikel 1, Nr. 63 (§ 88b SGB XI - Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege)

Vorgeschlagene Regelung:

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die sich verpflichten, fest verfügbare Plätze für Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 SGB XI anzubieten, erhalten im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 eine anteilige Erstattung der entstandenen Vorhaltekosten. Die Finanzierung dieser Vorhaltekosten erfolgt aus dem Ausgleichsfonds. Die PPV soll sich mit zusätzlich 10 % von diesem Finanzierungsbetrag beteiligen.

Bewertung:

Die Einführung einer Finanzierung von Vorhaltekosten führt zu Ausgabensteigerungen für die Pflegeversicherung, die angesichts der finanziellen Lage der Pflegeversicherung nicht angezeigt sind. Zudem ist die praktische Durchführbarkeit der Vorhaltung fester Plätze für Akut-Kurzzeitpflege wegen des Fachkräftemangels fraglich.

Der Finanzierungsbeitrag der PPV an den Vorhaltekosten ist um den Beihilfeanteil zu bereinigen und von zehn auf sieben Prozent zu kürzen.

Vorschlag:

Sollte an dieser Regelung festgehalten werden, ist in Absatz 3 Satz 3 „10 Prozent“ durch „7 Prozent“ zu ersetzen.

Zu Artikel 1, Nr. 68 (§ 111 SGB XI - Risikoausgleich)

Vorgeschlagene Regelung:

Es werden die geänderten Vorschriften der Finanzierungstatbestände als redaktionelle Änderung eingefügt.

Bewertung:

Aus dem genannten § 113 Abs. 1c SGB XI geht nicht der Finanzierungsanteil der PPV hervor. Außerdem wird der neue Finanzierungstatbestand § 88b Abs. 3 SGB XI nicht genannt.

Vorschlag:

In § 111 Abs. 1 Satz 1 SGB XI sollte die Angabe „§ 88b Abs. 3“ ergänzt werden.

Zu Artikel 1, Nr. 82 (§ 134 - Verwaltung und Anlage der Mittel) und Nr. 83 (§ 135 - Zuführung der Mittel)

Vorgeschlagene Regelung:

Mit der neuen Regelung in § 134 Abs. 4 erhält das BMG einen konkreten Prüfauftrag zum Pflegevorsorgefonds. Es sollen geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds geprüft werden, um dessen Konzeption, Anlagestruktur, Rendite-Risiko-Struktur und zeitlichen Horizont zu optimieren.

In § 135 werden die Zuführungsmodalitäten beim Pflegevorsorgefonds angepasst: Die in den Jahren 2024 bis 2027 angewendete Begrenzung der Zuführung von Mitteln an das Sondervermögen auf jährlich 700 Millionen Euro wird bis 2028 verlängert; im Jahr 2029 wird diese Zuführung auf einen Betrag in Höhe von 1,2 Milliarden Euro erhöht. Ab dem Jahr 2030 erfolgt die Zuführung von Mitteln an das Sondervermögen wieder gemäß Absatz 1.

Bewertung:

Der Referentenentwurf sieht vor, dass für die Jahre 2028 700 Mio. Euro und 2029 1,2 Mrd. Euro festgelegte Sonderbeträge in den Fonds fließen. Diese Summen bewegen sich weiterhin unterhalb des ursprünglich ab 2028 vorgesehenen Regelniveaus (Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Beiträge zur SPV).

Schon in der kurzen Geschichte des Pflegevorsorgefonds wurden die Zuführungen je nach Kas-senlage ausgesetzt. Dass die bereits reduzierte Zuführung nun weiter verlängert werden soll, ist ein hinreichender Nachweis, dass Kapitaldeckung beim Staat oder in Staatsnähe immer Gefahr läuft, politischen Opportunitäten geopfert zu werden. Daran wird auch kein Prüfergebnis hin-sichtlich besserer Anlagestrategien etwas ändern.

Im Unterschied zum Pflegevorsorgefonds – der eine Demografiereserve im einkommensabhän-gig finanzierten Umlagesystem darstellt – ist kapitalgedeckte Vorsorge keinem demografischen Druck ausgesetzt und damit der entscheidende Stabilitätsfaktor in einer alternden Gesellschaft. Generationengerechte Sicherheit gibt es nur mit echter Kapitaldeckung – vor politischem Zu-griff geschützt, im privaten Rechtsrahmen, wie sie die Private Pflegeversicherung seit 1995 vor-lebt.

Zu Artikel 1, Nr. 85 (§ 142b SGB XI – Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027)

Vorgeschlagene Regelung:

In § 142b Abs. 2 SGB XI wird der Bestandsschutz für bereits bis zum 31.12.2026 festgestellte Pfl-egegrade geregelt.

Bewertung:

Es sollte in absehbarer Zeit der vollständige Wechsel zu der neuen Bewertungssystematik voll-zogen werden.

Vorschlag:

§ 142b Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt nicht für darauffolgende Begutachtungen.“

Zu Artikel 4, Nr. 2 (§ 166 SGB VI - Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Regelung sieht eine Reduzierung der beitragspflichtigen Einnahmen auf 70 Prozent der bis-herigen Werte vor, die bei einer Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen jeweils angesetzt werden. Dadurch wird die Höhe der zu zahlenden Rentenversicherungsbeiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen durch die Pflegeversicherung an die gesetzliche Rentenversicherung reduziert.

Bewertung:

Eine Absenkung der beitragspflichtigen Einnahmen, die als Bemessungsgrundlage für die Ren-tenversicherungsbeiträge dienen, senkt die Ausgaben der Pflegeversicherung.

Vorschlag:

Ungeachtet des aktuellen Vorschlags sind Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und damit eine versicherungsfremde Leistung, die nicht über Beiträge der Pflegeversicherung, sondern aus Steuermitteln finanziert werden sollte. Es ist wenig sinnvoll, aus Beiträgen einer Sozialversicherung (hier der Pflegeversicherung) die Leistungen einer anderen Sozialversicherung, wie der Rentenversicherung, in Form von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen nach § 44 SGB XI zu finanzieren.