



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0294(8)
gel. VB zur öAnhörung am 25.06.
2012_ÄA Nr. 18 (A.-Drs. 287)
20.06.2012

zu dem
Änderungsantrag Nr. 18
(Regelungen zur privaten Pflegevorsorge)

zum
**Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG)**

BT-Drs. 17/9369, Ausschussdrucksache 17(14)287

anlässlich der Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 25. Juni 2012 in Berlin

20. Juni 2012

I. Allgemeine Anmerkungen

Die PKV begrüßt die vorgesehene Förderung der privaten Pflegevorsorge als Schritt des Gesetzgebers in die richtige Richtung. Zusätzliche, kapitalgedeckte Absicherung für den Pflegefall ist die dringend notwendige Antwort auf die demografische Entwicklung. In den vor uns liegenden Jahrzehnten wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen hierzulande mehr als verdoppeln – eine Herausforderung, die derzeit noch von zu vielen Menschen verdrängt wird.

Die PKV ist zur Umsetzung des Vorhabens durch entsprechende Versicherungsangebote grundsätzlich bereit. Voraussetzung dafür ist, dass möglichst rasch Klarheit über sämtliche Rahmenbedingungen geschaffen wird, die die Versicherungsunternehmen für die Kalkulation der Beiträge und die Durchführung der Versicherung benötigen. Das betrifft insbesondere die Begrenzung der Verwaltungs- und Abschlusskosten, die durch die nach § 129 vorgesehene Rechtsverordnung erfolgen soll. Die PKV würde es mit Blick auf das am 1. Januar 2013 geplante Inkrafttreten außerordentlich begrüßen, wenn die Inhalte dieser Rechtsverordnung bis Ende August 2012 feststehen würden.

II. Anmerkungen zum Förderumfang und den Fördervoraussetzungen

1. Förderbetrag

Der jährliche Förderbetrag bewegt sich mit 60 Euro im unteren Bereich dessen, was erforderlich ist, um einen wirksamen Anreiz dafür zu setzen, dass möglichst viele Menschen zusätzlich privat für das Pflegerisiko vorsorgen, wie es dem Ziel des Gesetzes entspricht.

Zugleich stellt ein Förderbetrag dieser Höhe das Minimum dafür dar, dass die Versicherung überhaupt angeboten werden kann. Er ist gerade noch ausreichend, um den geförderten Tarif auch für solche Personen attraktiv erscheinen zu lassen, die gesund und deshalb für den Abschluss aufgrund des Kontrahierungszwangs nicht angewiesen sind. Keinesfalls dürfte er abgesenkt werden, sondern sollte, um eine dauerhaft ausgewogene Risikomischung sicher zu stellen, ungefähr die doppelte Höhe haben. Eine künftige Dynamisierung der Zulage wäre unbedingt notwendig. Eine zu geringe Förderung bringt die Gefahr mit sich, dass Gesunde auf andere Tarife ohne Kontrahierungszwang, die deshalb preiswerter sind, ausweichen. Dann würden die Kosten in dem geförderten Tarif wegen der Verschlechterung der Risikostruktur steigen. Durch das damit verbundene weitere Absinken der Attraktivität des Fördertarifs würde eine Beitragsspirale in Gang gesetzt, an deren Ende das Scheitern des geförderten Tarifs wegen zu hoher Beiträge stände.

2. Wartezeit

Um die Risiken, die durch den Kontrahierungszwang entstehen, einzudämmen und den förderfähigen Tarif überhaupt kalkulierbar zu machen, ist die fünfjährige Wartezeit unverzichtbar. Dazu muss sichergestellt sein, dass die Wartezeit von fünf Jahren rechtssicher in den Versicherungsverträgen umgesetzt werden kann. Die Fördervoraussetzungen müssen insoweit Vorrang vor etwaigen VVG-Regelungen haben, insbesondere vor § 197 Absatz 1 Satz 2 VVG.

3. Finanzausgleich

Um sicher zu stellen, dass einzelne Versicherungsunternehmen durch schlechte Risiken, deren Zugang sie aufgrund des Kontrahierungszwangs nicht abwehren können, finanziell nicht überfordert werden, sollte der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. die Befugnis erhalten, bei Bedarf und in Abstimmung mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht einen finanziellen Ausgleich sogenannter Überschäden vorzusehen, dem die Versicherungsunternehmen, die die geförderte Pflegezusatzversicherung nach dem 13. Kapitel des Elften Buches betreiben, beitreten können. Ein solcher Ausgleich könnte es ggf. erlauben, dass das Angebot durch eine größere Zahl von Anbietern erfolgt.

4. Versicherte Mindest- und Höchstleistung als Fördervoraussetzung

Die in § 127 Abs. 2 Nr. 4 angegebene Spanne erscheint sachgerecht. Eine versicherte Mindestleistung von 600 EUR bzw. ein Mindestmonatsbeitrag von 15 EUR im Monat ist für ein angemessenes Verhältnis zum Aufwand für den Abschluss, das Einrichten und Führen des Vertrages, das Einziehen der Zulage u.a. erforderlich. Aus der doppelten Bedingung ergibt sich, dass Jüngere ggf. eine höhere Versicherungssumme als 600 EUR abschließen müssen, wenn sie mit der Mindestversicherungssumme den Mindestbeitrag nicht erreichen. Dieser Zusammenhang sollte in der Begründung verdeutlicht werden.

Im Übrigen geht aus dem Gesetzesvorschlag zwar nicht ganz eindeutig hervor, wie hoch die versicherbare Höchstleistung ist. Aus der Begründung wird aber klar, dass der Gesetzgeber höchstens die Verdopplung der Leistungen nach dem SGB XI fördern will. Damit werden nach hiesigem Verständnis sämtliche Sachleistungen mit ihren jeweiligen Höchstwerten, nicht nur z.B. die Geldleistung nach dem SGB XI erfasst.

5. Überschussverwendung

Erforderlich ist eine ergänzende Regelung zur Überschussverwendung. Die Regelung sollte sicherstellen, dass anbietende Unternehmen anfallende Überschüsse dem Sicherungszweck der Versicherung entsprechend und zugunsten der Versicherten im geförderten Produkt verwenden. Eine entsprechende Ergänzung von § 127 Absatz 2 um eine neue Nr. 9 wird vorgeschlagen. Die Regelung könnte sich an § 257 SGB V und § 12a VAG orientieren.

6. Einführungszeitpunkt

Der Zulagenanspruch soll nach der Begründung zu § 127 Absatz 3 unabhängig vom Zeitpunkt der Entrichtung der Beiträge in dem betreffenden Jahr sein. Die PKV geht folglich davon aus, dass auch rückwirkend abgeschlossene Versicherungsverträge zulagenberechtigt sein werden. Versicherungsunternehmen, die aufgrund des Vorbereitungsaufwandes zum Einführungszeitpunkt am 1. Januar 2013 noch keine Versicherungsverträge anbieten können, könnten also bei späterem Vertragsschluss mit Rückwirkung auch die Zulage für die zurückliegenden Monate von der Zulagenstelle beanspruchen.

7. Tarifwechsel

Um auszuschließen, dass Versicherte aus dem Fördertarif, bei dem für den Versicherer Kontrahierungszwang besteht, über § 204 VVG in andere Pflege-Zusatztarife des Versicherers ohne die eigentlich dafür erforderliche Risikoprüfung wechseln, sollte in der Kalkulationsverordnung vorgesehen werden, dass Pflege-Zusatzversicherungstarife, bei denen der Versicherer keiner Annahmepflicht unterliegt, nicht als Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz im Sinne von § 204 Absatz 1 Nr. 1 VVG anzusehen sind. Auf gleiche Weise

könnte klar gestellt werden, dass auch der Wechsel von bisher nicht geförderten Tarifen in den neuen geförderten Tarif im Rahmen von § 204 VVG ausgeschlossen ist, wenn dies der gesetzgeberischen Absicht entspricht. Sollte eine Änderung der Kalkulationsverordnung in diesem Gesetzgebungsverfahren nicht durchführbar sein, wäre jedenfalls eine Klarstellung in der Begründung sehr wünschenswert.

III. Anmerkungen zum Förderverfahren

1. Allgemeines

Aus prozessualer Sicht sind die vorgeschlagenen Regelungen zwar umsetzbar. Die vorgeschlagenen Regelungen orientieren sich aber zum Teil wortwörtlich an den Regelungen über die Zulage zu den Riester-Verträgen gemäß der §§ 79 ff. EStG. Dies ist insoweit problematisch, als dass die Riester-Rentenprodukte der Lebensversicherung und die angestrebte geförderte private Pflege-Zusatzversicherung deutliche Unterschiede aufweisen. Hier bedarf es dringend der Anpassung des Förderverfahrens, um den Besonderheiten der Pflegeversicherung Rechnung zu tragen und um eine unnötige Verteuerung des Produkts und unnötigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden (im Einzelnen 2.).

2. Anpassung des Zulagen-Verfahrens an das Kalkulationsmodell der Pflegeversicherung

Der Gesetzentwurf übernimmt im Hinblick auf die Regelungen zur Erlangung der Zulage weitgehend die Regelungen zur Riester-Rente. Das Verfahren muss hingegen an die Besonderheiten der Pflegeversicherung angepasst werden. Riester-Renten sind Lebensversicherungsprodukte. Die nachgelagerte staatliche Zulage kann technisch wie ein Einmalbeitrag dem Vertrag gutgeschrieben werden mit der Folge, dass sich die vertragliche Leistung entsprechend erhöht. Die zum Teil Jahre nachträglich erfolgende Gewährung der Zulage ist insoweit weder kalkulatorisch noch im Hinblick auf die Prozesse problematisch. Die private Pflegeversicherung, wie sie Gegenstand der Förderung ist, ist dagegen eine Risikoversicherung mit festen, vertraglichen vereinbarten Leistungen. Versicherungsschutz gegen Pflegebedürftigkeit wird ab Versicherungsbeginn gewährt. Der mit der Riesterrente kompatible Gedanke einer nachträglichen leistungserhöhenden Gutschrift läuft bei der Pflegeversicherung ins Leere. Die Zulage ist vielmehr ein zunächst gestundeter Teil des für die vertragliche Leistung geschuldeten Beitrags. Die Gutschrift erfolgt auf die vom Versicherungsnehmer geschuldete, aber bis zur Zulagen-Gewährung gestundete Beitragsforderung. Die Zulage führt insoweit nicht zu einer Leistungserhöhung; im Gegenteil: der Versicherer geht insoweit in Vorlage. Damit diese Vorfinanzierung durch den Versicherer nicht zu einer Verteuerung der Versicherung führt, ist im Prozess sicher zu stellen, dass der Versicherer möglichst schnell und möglichst synchron zum Versicherungsverlauf die Zulage erhält. Vor diesem Hintergrund sind folgende Änderungen erforderlich:

- Das Antragsverfahren soll einheitlich durch das Versicherungsunternehmen, bei dem die Versicherung besteht, durchgeführt werden. Die Antragstellung soll nach Abschluss des Beitragsjahres bis zum 31. März des Folgejahres durch den Versicherer erfolgen; dies würde es dem Versicherer ermöglichen, ohne besondere kalkulatorische „Sicherheitsvorkehrungen“, die das Produkt verteuern würden, mit der Zulage als Beitragsbestandteil zu kalkulieren. Die vorgeschlagene Antragsfrist von zwei Jahren ist mit der Funktion der Zulage als Beitragsbestandteil nicht kompatibel.
- Die private Pflegeversicherung wird typischerweise unterjährig begonnen und beendet; dies gilt insbesondere für die Beendigung durch Tod. Unterjähriger Beginn und unterjährige Beendigung sind zu berücksichtigen, um eine sachgerechte und angemessene Zuordnung der Zulagen und auch deren kalkulatorische Berücksichtigung der Zulage zu erreichen. Das Entstehen des Zulageanspruch in § 127 Abs. 1 SGB XI sollte daher auf Beitragsmonate (Mindestbeitrag 10 Euro monatlich, 5 Euro Zulage) bezogen werden. Die vorgeschlagene Regelung führt dagegen zum unbilligen Entfall der Zulage, wenn die Versicherung etwa im Dezember begonnen wird und der Mindesteigenbeitrag von 120 Euro jährlich allein mit dem Dezemberbeitrag nicht erreicht werden kann.
- Weiterhin sollte eine zeitliche Zuordnung der Zulage auf die Versicherungszeiten ermöglicht werden, für die die Beiträge bis zum Zeitpunkt der Antragstellung gezahlt werden. § 127 Abs. 3 SGB XI-E ist zu ändern, siehe Anlage. Auch dies erlaubt die kalkulatorisch richtige Zuordnung der Zulage bei vorübergehendem Zahlungsverzug. Die Übernahme des § 88 EStG für die Riester-Förderung ist insoweit nicht sachgerecht, da eine nachträgliche leistungserhöhende Anrechnung der Zulage wie dargelegt nicht möglich ist. Weiterhin ist die steuerliche Zuordnung der Zulage nach dem Zufluss-/Abflussprinzip, die § 88 EStG gewährleistet, ohne Bedeutung.
- Im Hinblick auf die Behandlung mehrerer Verträge sieht der Entwurf in § 128 Abs. 3 SGB XI-E eine Zuordnung der Zulage auf den Vertrag vor, für den zuerst der Antrag eingegangen ist. Die Zuordnung widerspricht dem Interesse des Versicherten, im Hinblick auf den Aufbau der Alterungsrückstellung möglichst den „ältesten“ Vertrag zu bedienen. Auch insoweit ist die Anleihe an der Riester-Förderung nicht sachgerecht. Eine nachträglich leistungserhöhende Gutschrift ist ausgeschlossen; die Gutschrift erfolgt vielmehr zur Tilgung der Beitragsschuld selbst. Eine Zuordnung allein nach dem zufälligen Antragsingang könnte daher zu einem Beitragsverzug in einem bereits langlaufenden Vertrag führen. Bei mehreren Verträgen ist daher sicherzustellen, dass die Zulage auf den zuerst abgeschlossenen Vertrag gezahlt wird. Technisch ist diese Priorisierung nach dem Vertragsabschluss durch den vorgeschlagenen einheitlichen Antragszeitpunkt und die Übermittlung des Abschlussdatums als Vertragsdatum gewährleistet.

- Die Identifikation der zulagenberechtigten Person sollte durch Verwendung der Steuer-Identifikationsnummer anstatt der Rentenversicherungsnummer oder der Zulagen-Nummer erfolgen. Ansonsten müssen neue Prozesse bei den Unternehmen auch gegenüber der zentralen Stelle eingerichtet werden. Die Steueridentifikationsnummer ist ein eindeutiges Merkmal. Sie wird bereits im Rahmen der Umsetzung des Bürgerentlastungsgesetzes über die ZfA genutzt. An diesen Prozess könnte kurzfristig ohne weiteres angeknüpft werden.

3. Verschlankung der Antrags-/Meldeverfahren

Um ein möglichst kostengünstiges und schnelles Angebot der geförderten Produkte und deren Förderung zu erreichen, sollten die Antragsverfahren gestrafft und verschlankt werden. Die Beantragung der Zulage sollte einheitlich durch den Versicherer erfolgen. Die Alternativen Bevollmächtigung des Versicherers und Weiterleitung des Antrags durch den Versicherer sind unnötig kompliziert, da in jedem Fall die technische Abwicklung des Antrags durch Übermittlung von Datensätzen durch den Versicherer erfolgt. In § 128 Abs. 1 SGB XI sollte daher die Alternative zugunsten eines einheitlichen Antragsverfahrens geändert werden. Das komplizierte Bevollmächtigungsverfahren, einschließlich Widerruf, und der Abwicklung der entsprechenden Folgen für die Förderung sollte ersatzlos entfallen.

§ 128 Abs. 2 SGB XI-E sieht die Übermittlung von Daten zur Zulageberechtigung unmittelbar durch den Träger der Pflegeversicherung vor. Diese Möglichkeit sollte ersatzlos entfallen. Die Daten werden bereits durch die Übermittlung nach § 128 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI erfasst. Die vorgesehene zusätzliche Datenmeldung führt zu Klärungs- und Abstimmungsbedarf, wenn die Meldungen auseinanderfallen. Damit verbundenen ist unnötiger bürokratischer Aufwand. Die Regelung sollte gestrichen werden.

4. Entbürokratisierung: Wegfall der Informationspflicht nach § 128 Abs. 3 SGB XI

Die Informationspflicht ist sachlich nicht gerechtfertigt, da die Gewährung der Zulage nicht leistungserhöhend wirkt. Wird die Zulage gezahlt, erfolgt eine reguläre Beitragszahlung, über die der Versicherte nicht gesondert unterrichtet werden muss. Im Interesse der Ersparnis von Verwaltungskosten sollte die Informationspflicht entfallen. Der regelmäßige Kontakt mit dem Versicherten ist über Beitragsanpassungen und die Dynamisierung der Leistungen zur Inflationsbereinigung gewährleistet.

IV. Redaktionelle Anmerkungen

I. Zu Artikel 1 (SGB XI)

Zu 2.:

Das Bundesversicherungsamt wird durch die Regelung zur Bußgeldbehörde für PKV-Unternehmen gemacht. Die PKV sollte aber insgesamt einer einheitlichen Aufsicht unterliegen. So ergibt es sich auch aus der Begründung zu § 128 auf Seite 42. Bußgeldstelle sollte daher die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sein.

Zu 3.:

Zu § 126:

- Die Absatznummer (1) sollte gestrichen werden.
- Die Vorschrift schließt Personen aus, die bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beziehen. Im Hinblick auf die Pflegebedürftigen wird hierzu Bezug genommen auf den neuen § 123 SGB XI sowie auf die Bezieher von „Leistungen nach dem 4. Kapitel“.

Privatpflegepflichtversicherte beziehen indes keine Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XI, sondern aufgrund des Versicherungsverhältnisses. Eine Klarstellung ist insoweit wünschenswert.

- Außerdem sollte vorgesehen werden, dass auch Personen, die in der Vergangenheit als Pflegebedürftige oder Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen der Pflegeversicherung bezogen haben, ebenfalls nicht zulagenberechtigt sind. Das Risiko, dass diese Personen demnächst wieder pflege- oder betreuungsbedürftig werden, ist stark erhöht, so dass sie den Pflege- und Betreuungsbedürftigen gleich zu stellen sind.

Zu § 127:

Absatz 2:

- Kalkulation nach Art der Lebensversicherung und Überzinszuschreibung gemäß § 12a VAG

Der Verweis auf § 12a könnte problematisch sein. Die Zuteilungsmaßstäbe, Zahlung des gesetzlichen Zuschlags sowie bestimmte Altersgruppen, passen nicht, da faktisch ein neuartiger Bestand aufgebaut wird, der keinen gesetzlichen Zuschlag entrichten muss. Die ergänzende Pflegeversicherung ist nicht Teil der substitutiven Krankenversicherung.

Vorschlag: Der Verweis auf § 12a VAG sollte auf Abs. 1 beschränkt werden.

- Feststellung des Versicherungsfalls

Hinsichtlich der Feststellung des Versicherungsfalls verweist der Vorschlag auf die Festsetzung nach § 18 bzw. nach § 45a SGB XI. Feststellungen für die PPV durch Medicproof werden dadurch im strengen Sinne nicht erfasst. Die PPV wendet allerdings nach § 23 Absatz 6 Nr. 1 die gleichen Maßstäbe und Grundsätze wie die soziale Pflegeversicherung an.

- Aufsicht Vertragsmuster

Der PKV-Verband wird mit der Entwicklung brancheneinheitlicher, verbindlicher Vertragsmuster beliehen. Die Fachaufsicht übt das BMG aus. Da es sich um privatrechtliche Versicherungsverhältnisse handelt, wäre im Sinne der Einheitlichkeit der Aufsicht die Fachaufsicht durch die BaFin bzw. das BMF wünschenswert.