

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0294(2)
gel. VB zur öAnhörung am 25.06.
2012_ÄA Nr. 18 (A.-Drs. 287) PNG
20.06.2012



Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Die Vorsitzende
Dr. Carola Reimann
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Bund der Versicherten e. V.
Postfach 11 53
24547 Henstedt-Ulzburg

info@bunddersicherten.de
www.bunddersicherten.de

Henstedt-Ulzburg, 20.06.2012

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,

vielen Dank, dass Sie uns die Möglichkeit geben, zum Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf A.-Drs. 17(14)287 zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz-PNG) – BT-Drs. 17/9369 – Stellung zu beziehen.

Angesichts der sehr kurzen Zeit, die uns für eine Stellungnahme gegeben wurde, möchten wir uns auf wenige Hinweise beschränken. Wir würden uns freuen, wenn wir im Rahmen der Anhörung am 25.06.2012 ggf. auf weitere Aspekte eingehen könnten.

Wir sehen im vorliegenden Entwurf Probleme zum einen im Bereich der Kostenbelastung durch die Zulagenverwaltung und zum anderen im Bereich der Kalkulation der geförderten Pflegeversicherung.

1. Anmerkungen zur befürchteten Kostenexplosion bezüglich Verwaltung und Zulagenverwaltung:

Nach § 128 SGB XI – E. wird die zukünftige Verwaltung der Zulagen wie auch das damit einhergehende Verfahren geregelt.

Positiv ist festzuhalten, dass anders als bei der „Riester-Rente“ die Antragsstellung nun über das Versicherungsunternehmen erfolgt. Dies führt für die Versicherungsnehmer zu einem leichteren und übersichtlicherem Handling.

In Folge der Antragsstellung beim Versicherungsunternehmen ergeben sich jedoch zwangsläufig höhere Verwaltungskosten beim Versicherungsunternehmen selbst. Dies führt dann zu einem höheren Abfluss an Mitteln für Kosten und einer Minderung des Sparanteils für zukünftige Pflegeleistungen. Hier sehen wir ein großes Problem, da wir davon ausgehen, dass die zusätzlichen Kostenbelastungen in etwa die Höhe der Pflegezulagen umfassen werden.

Wir gehen dabei davon aus, dass entsprechend der Ausführung von Herrn Prof. Dr. Rürup (siehe Handelsblatt 09.08.2011) auch bereits ohne zusätzlichen Verwaltungsaufwand durch Antragsentgegennahme beim Versicherungsunternehmen mit monatlichen Kostenbelastungen durch die niedrigen Beiträge in Höhe von ca. 3,00 Euro zu rechnen ist. Geht man zusätzlich davon aus, dass die Zulagenverwaltung in Versicherungsunternehmen in gleicher Weise Kosten verursacht, so ergeben sich Kosten in Höhe von ca. 6,00 Euro. Setzt man jedoch leichte Synergieeffekte an, da sowohl der Eigenbeitrag des Versicherungsnehmers als auch die Zulagen in ähnlicher Weise geführt werden, so ergibt sich eine Kostenbelastung die in etwa der monatlichen Zulage von 5,00 Euro entspricht.

Wir befürchten daher, dass die durch das Zulagensystem entstehenden zusätzlichen Verwaltungskosten die Zulagen vollständig verbrauchen.

Nach § 127 (1) SGB XI – E. ist davon auszugehen, dass der Standardeigenbeitrag bei jährlich 120,00 Euro liegt, der um jährlich 60,00 Euro aufgestockt wird. Damit ergibt sich ein Jahresbeitrag von 180,00 Euro.

Nach § 127 (2) 4. SGB XI – E. soll ein vertraglicher Anspruch auf Geldleistungen von mindestens 600,00 Euro in Pflegestufe III erfolgen. Nach eigenen aktuellen Berechnungen müsste eine heute 40-jährige Frau für eine Pflegegeldversicherung mit einer Monatsleistung von 600 Euro in Pflegestufe III (abgestufte Leistungen in den anderen Pflegestufen) bereits mehr als 300 Euro Jahresbeitrag entrichten. Eine 50-jährige Frau müsste schon mehr als 460 Euro jährlich zahlen ... oder anders herum: Für einen Jahresbeitrag von 180 Euro ist es aus heutiger Sicht nicht möglich, eine Pflegegeldleistung in Pflegestufe III von 600 Euro monatlich zu versichern.

Bereits die aktuell vorliegenden Tarife weisen nur für wenige Alterskohorten Pflegegeld-Leistungen aus, die die nach § 127 (2) 4. SGB XI geforderte Mindesthöhe von 600,00 Euro entspricht oder überschreitet.

Zusammenfassend:

Die aktuellen Planungen führen dazu, dass die Kostenbelastung der Verträge vermutlich zwangsläufig mindestens die Zulagen aufbraucht. Zusätzlich ist damit zu rechnen, dass die nach Gesetz eingeforderten Mindestsparbeiträge zusammen mit den Zulagen eine der Höhe nach unzureichende Pflegeleistung erbringen.

2. Probleme aus der Kalkulation der Produkte

Nach § 127 (2) 2., 3. SGB XI – E. ist ein Kontrahierungszwang angedacht. Insbesondere sollen die Versicherungsunternehmen dabei auch auf jegliche Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse verzichten müssen. Zusätzlich ist nach Begründung des § 127 davon auszugehen, dass auch zukünftig nicht geförderte Pflegeversicherungen angeboten werden sollen. Daraus ergibt sich, dass zukünftig die geförderten Pflegeversicherungen die einzigen Angebote sind, die aus dem Blickwinkel der Pflegebedürftigkeit besonders riskante Versicherungsnehmer beinhalten können.

Es ist daher damit zu rechnen, dass in den geförderten Pflegeversicherungen verstärkt besonders pflegeanfällige Versicherungsnehmer versichert sein werden. Dies ist aus aktuarieller Sicht zwingend in der Kalkulation zu berücksichtigen.

Wird in der Kalkulation berücksichtigt, dass in einem Tarif besonders stark Personen mit einem hohen Pflegerisiko versichert sind, so ist dem sowohl durch erhöhte Risikozuschläge wie auch durch zusätzliche Sicherheitszuschläge Rechnung zu tragen. Dies führt zu einer erheblichen Verteuerung der Tarife.

Sind die geförderten Pflegetarife dementsprechend signifikant teurer als die ungeförderten Angebote, so ist davon auszugehen, dass Personen mit einem niedrigen Risiko eine günstigere Absicherung über ungeförderte Angebote bekommen werden. Damit werden weniger Personen mit geringem Pflegerisiko in die geförderten Tarife eintreten, womit der Anteil der Personen, die ein hohes Pflegerisiko haben, nochmals innerhalb der Kollektive der geförderten Pflegeversicherung steigt.

Damit ist zu erwarten, dass sowohl bei der ersten Kalkulation der Produkte mit erheblich höheren Einstiegsprämien zu rechnen ist, als auch in den ersten Jahren der Kollektiventwicklung zusätzliche Belastungen für das Versichertenkollektiv entstehen, was zu schlechten Vertragskonditionen führen wird.

Der Kontrahierungszwang führt dazu, dass die geförderten Pflegeversicherungen im Vergleich zu den ungeförderten Pflegeangeboten erheblich teurer sind, hauptsächlich von Personen mit hohem Pflegerisiko abgeschlossen werden und daher zusätzliche Kostensteigerungen erfahren. Das Ziel einer günstigen Pflegeabsicherung für weite Bevölkerungskreise wird damit verfehlt.

Nach § 127 (2) letzter Absatz ist angedacht, dass brancheneinheitliche Vertragsmuster vorzulegen sind. Damit ist davon auszugehen, dass sich die Angebote der Unternehmen nur in der Kostenbelastung unterscheiden werden. Da ein Ansatz von Risikozuschlägen o. ä. nicht vorgesehen ist, entfällt schließlich auch die Qualität der Risikoprüfung als Unterscheidungsmerkmal zwischen den Versicherungsunternehmen.

Versteht man die Forderung nach inhaltlichen Vertragsmustern als ersten Schritt zu einem branchenweiten Einheitstarif, so könnte angedacht werden, dem oben skizzierten Kalkulationsrisiko dadurch zu begegnen, dass jenseits der geförderten Pflegeversicherungen keine weiteren ungeförderten Pflegeversicherungsangebote mehr im Markt erhältlich sein sollen.

Dies würde dann dazu führen, dass ein „Einheitstarif“ die gesamte kapitalgedeckte Pflegeabsicherung übernehmen würde. Dies würde aber dann auch dazu führen müssen, dass in einer Art „Risikostrukturausgleich“ ein Ausgleich zwischen den Unternehmen stattfinden müsste. Es wäre dann also strukturell von einem einzelnen „Großkollektiv“ auszugehen, das über die geförderten Pflegeversicherungen abgesichert werden würde. Angesichts der zu erwartenden hohen Leistungszahlungen

bereits in den ersten Jahren nach Einführung des Systems ist dann davon auszugehen, dass in großem Umfang die eingehenden Prämien bereits zum Begleichen der Leistungsfälle herangezogen werden. Es ergibt sich damit eine Situation, die dem Umlagesystem ähnlich ist. Zusätzlich mit der vergleichsweise hohen Kostenbelastung der Tarife (s. o.) ist das dann so eingeführte System aus ökonomischer Sicht kaum noch vom umlage- finanzierten Verfahren zu unterscheiden.

Würde versucht werden, die Kalkulationsproblematik dadurch zu retten, dass keine ungefördernten Angebote zukünftig mehr angeboten würden, so ergibt sich für das zulagengeförderte System eine Situation, die einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung entspricht.

Mit freundlichen Grüßen
Axel Kleinlein
Bund der Versicherten e. V. - Vorstandsvorsitzender