

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
**81. Sitzung**

**Berlin, den 25.06.2012, 11:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus**  
**Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin**  
**Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101**

**Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung zum**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pfle-  
ge-Neuausrichtungs-Gesetz - PNG)

BT-Drucksache 17/9369

**Anwesenheitsliste\***

**Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

Henke, Rudolf  
Henrich, Michael  
Koschorrek, Rolf, Dr.  
Maag, Karin  
Michalk, Maria  
Monstadt, Dietrich  
Riebsamen, Lothar  
Rüddel, Erwin  
Spahn, Jens  
Stracke, Stephan  
Straubinger, Max  
Vogelsang, Stefanie  
Zöllner, Wolfgang  
Zylajew, Willi

**SPD**

Bas, Bärbel  
Franke, Edgar, Dr.  
Graf, Angelika  
Lauterbach, Karl, Dr.  
Lemme, Steffen-Claudio  
Mattheis, Hilde  
Rawert, Mechthild  
Reimann, Carola, Dr.  
Volkmer, Marlies, Dr.

**FDP**

Ackermann, Jens  
Aschenberg-Dugnus, Christine  
Lanfermann, Heinz  
Lindemann, Lars  
Lotter, Erwin, Dr.  
Molitor, Gabriele

**DIE LINKE.**

Bunge, Martina, Dr.  
Senger-Schäfer, Kathrin  
Vogler, Kathrin  
Weinberg, Harald

**BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Bender, Birgitt  
Klein-Schmeink, Maria  
Scharfenberg, Elisabeth  
Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Bär, Dorothee  
Bilger, Steffen  
Brehmer, Heike  
Gerig, Alois  
Heinrich, Frank  
Ludwig, Daniela  
Luther, Michael, Dr.  
Middelberg, Mathias, Dr.  
Philipp, Beatrix  
Rief, Josef  
Selle, Johannes  
Singhammer, Johannes  
Tauber, Peter, Dr.  
Zimmer, Matthias, Dr.

Ferner, Elke  
Gerdes, Michael  
Gleicke, Iris  
Hellmich, Wolfgang  
Kramme, Anette  
Meßmer, Ullrich  
Schmidt, Silvia  
Schurer, Ewald  
Tack, Kerstin

Dyckmans, Mechthild  
Kauch, Michael  
Knopek, Lutz, Dr.  
Kober, Pascal  
Kolb, Heinrich L., Dr.  
Luksic, Oliver

Binder, Karin  
Höger, Inge  
Möhring, Cornelia  
Tempel, Frank

Göring-Eckardt, Katrin  
Kekeritz, Uwe  
Kuhn, Fritz  
Kurth, Markus

\*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

## Sprechregister

Abg. Bärbel Bas (SPD)	25
Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)	12, 13, 14, 15
Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD)	10
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	17
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	9
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	18, 19
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	11
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	5, 6, 20, 21, 22, 24
Abg. Kathrin Senger-Schäfer (DIE LINKE.)	15, 16
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	24
Abg. Petra Crone (SPD)	26
Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU)	7, 8, 23
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	8, 9, 23
Die Vorsitzende	5, 27
SV Axel Kleinlein (Bund der Versicherten e. V. (BdV))	13, 19
SV Dominik Naumann (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA))	9, 22
SV Dr. Karl-Josef Bierth	6, 7
SV Dr. Volker Leienbach (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV))	6, 7, 8, 13, 14, 15, 21, 23, 24
SV Fabian Müller-Zetzsche (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD))	15, 16
SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband)	11, 17, 21, 22
SV Heinz-Werner Richter (Deutsche Aktuarvereinigung e. V.)	7, 8, 9, 14, 20, 23
SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	11, 17, 20, 27
SV Kornelia Hagen	16, 17
SV Lars Gatschke (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv))	25, 26
SV Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	10, 26
SV Prof. Dr. Klaus Jacobs	18, 19
SV Prof. Dr. Stefan Felder	12
SV Ulrich Stolz (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV))	9, 24
SV Uwe Laue	5, 6, 21, 22, 24

Beginn der Sitzung: 11:01 Uhr

**Die Vorsitzende, Dr. Carola Reimann**

(SPD): Einen schönen guten Morgen! Ich darf Sie alle, liebe Sachverständige, liebe Gäste, herzlich zur Anhörung begrüßen, die zu einer für uns ungewohnten Zeit, an einem Montagmorgen, stattfindet. Wir dürfen in unserer Runde Herrn Staatssekretär Ilka als Vertreter der Bundesregierung begrüßen.

Ich will auf Folgendes hinweisen: Wir führen heute die zweite Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung durch. Gegenstand der heutigen Anhörung ist aber ausschließlich der von der Koalition vorgelegte Änderungsantrag Nr. 18 zur Thematik „Ergänzung um Regelungen zur privaten Pflegevorsorge“.

Wie die allermeisten von Ihnen vielleicht wissen, haben wir die Fragezeit in Kontingente für die Fraktionen aufgeteilt. Ich darf Sie bitten, die Mikrofone zu benutzen und kurz Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen. Das erleichtert die Erstellung des Protokolls, das wir in diesem Falle sehr schnell zusammenstellen wollen. Mein ganz herzlicher Dank für die Unterstützung, die wir dabei erhalten.

Ohne weitere Vorrede erteile ich dem ersten Fragenden der CDU/CSU-Fraktion das Wort.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Einzelsachverständigen Herrn Laue und Herrn Dr. Bierth. Wir als christlich-liberale Koalition haben bereits im Koalitionsvertrag festgelegt, dass wir die umlagefinanzierte gesetzliche Pflegeversicherung durch eine kapitalgedeckte Vorsorge ergänzen wollen. Wird dieses Ziel aus Ihrer Sicht mit der vorgesehenen Regelung erreicht? Inwieweit macht insbesondere mit Blick auf den Teilleistungscharakter der gesetzlichen Pflegeversicherung eine zusätzliche private Vorsorge Sinn? Ergänzend die Frage an den PKV-Verband: Werden aus Ihrer Sicht zeitnah Tarife für die private Pflegevorsorge angeboten, sodass wir ab dem

1. Januar 2013 idealerweise schon Angebote auf dem Markt haben?

**SV Uwe Laue:** Ich glaube, angesichts der demografischen Herausforderungen ist der vorliegende Änderungsantrag der Koalition eine richtige Weichenstellung. Es ist höchste Zeit, durch den Einstieg in mehr Kapitaldeckung die Pflege auch in der Zukunft zu sichern. Gerade das Risiko der Pflege ist, wie wir alle wissen, ein Hochaltesrisiko.

Die Förderung einer zusätzlichen, kapitalgedeckten Pflegevorsorge trägt meines Erachtens der Tatsache Rechnung, dass das Umlageverfahren in der Sozialversicherung in der Zwischenzeit wegen des Demografieproblems längst an seine Grenzen gestoßen ist. Wir wissen, dass sich die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird; im selben Zeitraum sinkt die Zahl der Bürger im erwerbsfähigen Alter um rund 30 Prozent. Das heißt, wir müssen den ersten wichtigen Schritt in die Kapitaldeckung tun, und das wird mit diesem Gesetz in jedem Fall erreicht. Es wird darüber hinaus die Generationengerechtigkeit deutlich gestärkt. Man hilft insbesondere der jüngeren Generation, jetzt mit der Absicherung zu beginnen. Je früher man mit solch einer Absicherung beginnt, desto günstiger ist der Beitrag, desto höher sind die Effekte, die damit im Alter erreicht werden können. Ich glaube, damit schließen wir eine große Lücke bei dieser Teilkaskoabsicherung; mehr ist es nicht, was die gesetzliche Pflegeversicherung auf dem heutigen Niveau bietet. Wir sind da auf dem richtigen Weg. Die Antwort auf die Frage, ob das alles zum 1. Januar 2013 zu machen ist, hängt sehr stark davon ab, ob der § 129 im Gesetz relativ verbindlich ausgestaltet werden kann. Sollte das bis Ende August gelingen, haben wir vier Monate Zeit. Ich würde sagen: Ja, es ist sehr ehrgeizig, aber machbar. Wenn wir die Inhalte nicht so früh erfahren, brauchen wir ein bisschen mehr Zeit. Hier gäbe es aber die Möglichkeit, zu sagen: Zum 1. April werden auf jeden Fall alle fertig sein. Dann könnte man rückwirkende Abschlüsse machen,

um die volle Förderung zu erhalten, spricht: zum 1. Januar 2013.

**SV Dr. Karl-Josef Bierth:** Ich kann mich meinem Vorredner voll und ganz anschließen. Die Fragen kann man eigentlich nur mit Ja beantworten. Auf der einen Seite ist das ein richtiger, längst notwendiger oder auch überfälliger erster Schritt im Hinblick auf das Thema Generationengerechtigkeit. Auf der anderen Seite ist es, wie schon gesagt worden ist, im Grunde so, dass damit die Lücke, die bei der Teilkaskoversicherung entsteht, geschlossen wird. Hier wäre sicherlich eine höhere Förderung vorstellbar gewesen; aber es ist trotzdem ein guter und richtiger Schritt. Darüber hinaus ist vielleicht anzumerken, dass es - neben der Schaffung von Anreizen durch eine staatliche Förderung - sehr wichtig ist, dass wir ein sehr schlankes Antragsverfahren haben, damit möglichst viele Bürger in die Lage versetzt werden, sich mit entsprechenden Produkten abzusichern. Zudem ist positiv zu erwähnen, dass mit diesem Gesetz nun jeder Erwachsene selber vorsorgen kann und keine Erwachsenen ausgeschlossen werden.

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Wie bereits erwähnt, ist der Zeitplan sehr ehrgeizig; er kann aber eingehalten werden, wenn die Details der Rechtsverordnung rechtzeitig zur Verfügung stehen. Branchenweit ist die Einschätzung, dass „rechtzeitig“ bedeuten sollte: spätestens Ende August. Es kann trotzdem sein, dass einzelne Unternehmen erst einen Tick später an den Markt gehen. Da wäre es sehr wichtig und zentral, dass die Förderung auch anteilig erhalten werden kann, weil nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Versicherten die Abschlüsse rückwirkend vornehmen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Noch eine Frage an Herrn Laue und an Herrn

Dr. Bierth dazu, dass in der Presse und in öffentlichen Stellungnahmen sehr viel über die Rahmenbedingungen der Pflegezusatzversicherung - Kontrahierungszwang, keine Risikozuschläge etc. - gesprochen und spekuliert wird. Diese Rahmenbedingungen würden es demnach aus Sicht potenzieller Versicherer besonders unattraktiv machen, solche Verträge abzuschließen. Teilen Sie diese Auffassung? Ist es vor diesem Hintergrund für die Unternehmen tatsächlich attraktiv, ein solches Angebot zu machen?

Ich möchte eine ergänzende Frage an die Deutsche Aktuarvereinigung und den Verband der Privaten Krankenversicherung stellen: Wie schätzen Sie die Bedeutung des Mindestalters von 18 Lebensjahren und der Wartezeit von fünf Jahren ein? Was kann man da gegebenenfalls noch tun?

**SV Uwe Laue:** Prinzipiell ist es sicher so: Wenn man die Grundvoraussetzungen sieht, etwa den Kontrahierungszwang, zu dem es kommen wird, und einen Vergleich mit einem normal kalkulierten Produkt durchführt, könnte man glauben, dass es negativ aussähe, dass ein Produkt entstünde, das etwas schlechter wäre, als wenn es normal kalkuliert würde. Ich glaube aber, dass das hier nicht der Fall ist, weil im Gesetzentwurf genau die Punkte enthalten sind, die notwendig sind, um die Attraktivität zu steigern: Wir haben auf der einen Seite die Förderung von monatlich fünf Euro, was es attraktiver macht. Wir haben darüber hinaus die Wartezeit von fünf Jahren, was den Versicherern zusätzlich eine gewisse Sicherheit bringt und dementsprechend die Nachteile ausgleicht. Darüber hinaus kommt es zu einer Begrenzung der Verwaltungs- und Abschlusskosten: Die Unternehmen müssen die zusätzlichen Kosten, die sie in das Produkt einbauen, begrenzen; das halte ich für absolut richtig. Normalerweise ist das nicht der Fall. Kurzum kann man sagen, dass die geförderte Pflegezusatzversicherung attraktiv ausgestaltet werden kann, und zwar so, dass meines Erachtens ein gutes Produkt entsteht, das besser als

das, was bisher am Markt üblich ist, angeboten und verkauft werden kann; denn die Förderung spielt doch eine ganz wichtige Rolle.

**SV Dr. Karl-Josef Bierth:** Das geförderte Produkt hat gute Chancen auf dem Markt. Es wird auch gegenüber den heute bestehenden Produkten konkurrenzfähig sein. Die Gründe sind gerade genannt worden: auf der einen Seite der Kontrahierungszwang, auf der anderen Seite die monatliche Zulage in Höhe von fünf Euro. Der Ausschluss von bereits Pflegebedürftigen und entsprechende Wartezeiten werden dazu führen, dass der größte Teil der Unternehmen aus der PKV-Branche ein attraktives, gefördertes Produkt anbieten wird.

In diesem Zusammenhang kommt es aber auch darauf an, dass möglichst schnell ein großes Kollektiv geschaffen wird; denn je größer das Kollektiv und je größer die Durchmischung in den Beständen ist, umso günstiger werden sich die Beiträge gestalten und umso wettbewerbsfähiger wird das Produkt schließlich sein. Ich gehe davon aus, dass am Ende des Tages der größte Prozentsatz aller Pflegezusatzversicherungsprodukte im Bereich der geförderten Produkte zu finden sein wird.

**SV Heinz-Werner Richter** (Deutsche Aktuarvereinigung e. V.): Bei einem fakultativ abschließbaren Produkt mit Kontrahierungszwang gibt es immer das Problem der Antiselektion; das ist klar. Ich glaube, dass bei dem zur Diskussion stehenden Produkt Mechanismen einbezogen worden sind, die durchaus dazu führen können, dass man die Antiselektion, den Moral Hazard, in den Griff bekommt. Hierzu gehören die fünf Euro Förderbeitrag, das Thema „Wartezeit“ und auch das Thema „Beginn mit 18 Jahren“. Diese Mechanismen sorgen aus meiner Sicht zum einen dafür, dass sich das Produkt im Wettbewerb behaupten kann, und zum anderen dafür, dass man eine ausgewogene Mischung von Gesunden und Kranken erreichen kann. Dadurch kann

das Thema „Antiselektion“ jedenfalls weitestgehend ausgeschlossen werden. Man hätte sich eine höhere Förderung wünschen können; dann würde das Ganze sicherlich schneller vonstatten gehen und wäre auch etwas risikoärmer. Ich glaube aber, dass es insgesamt funktionieren wird.

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Zu den Altersgrenzen: Die Grenze von 18 Jahren halten wir für sachgerecht, weil in aller Regel in diesem Alter der Eintritt in das Berufsleben erfolgt. Es ist möglich, sich für relativ geringe Beiträge einen adäquaten Schutz aufzubauen. Eine Höchstaltersgrenze würde kalkulatorisch sicherlich helfen. Wir gehen aber davon aus, dass eine solche Grenze mit der Antidiskriminierungsrichtlinie nicht in Übereinstimmung zu bringen und insofern rechtlich nicht durchsetzbar wäre. Zu den Wartezeiten: Eine Wartezeit, die mehr als fünf Jahre beträgt, würde kalkulatorisch sicherlich ein wenig helfen, wenngleich die Auswirkungen - nach dem, was uns die Aktuarer gesagt haben - nicht von überragender Bedeutung wären. Auf der anderen Seite würde jede Verlängerung der Wartezeit die Akzeptanz in der Bevölkerung weiter verringern, sodass wir die fünf Jahre, so sie denn fix sind, für angemessen halten.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Ich möchte mit einer Frage an den PKV-Verband zu den Abschlusskosten anschließen. Wie werden nach den heutigen Erkenntnissen die Abschlusskosten im Hinblick auf die Vermittlerprovisionen für die neuen Verträge aussehen? Sind ergänzend zu dem, was wir uns bislang vorgenommen haben, noch rechtliche Regelungen erforderlich, um den besonderen Merkmalen der geförderten Verträge gerecht zu werden?

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

(PKV)): Die Bundesregierung hat bereits die Abschlusskosten im Bereich der Krankenvollversicherung limitiert. Wir als PKV-Verband haben diese Initiative ausdrücklich begrüßt. Unserer Meinung nach sollte bei diesem Produkt, das ja eine staatliche Förderung erfährt, eine solche Limitierung zwingend sein; sie sollte eher noch deutlich stärker ausfallen, als es im Moment für die Krankenvollversicherung der Fall ist.

Abg. **Stephan Stracke** (CDU/CSU): Meine zweite Frage geht an die Aktuarvereinigung. Nehmen Sie bitte ebenfalls zu diesem Thema Stellung.

**SV Heinz-Werner Richter** (Deutsche Aktuarvereinigung e. V.): Ich glaube, dass wir vor dem Hintergrund der derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen ein Produkt auf den Markt bringen können, das jedenfalls den Mindestanforderungen an das genügt, was aktuariell problematisch werden könnte. Hier ist in erster Linie das Thema „Antiselektion“ zu nennen. Das bedeutet, dass verstärkt Personen in diese Versicherung gelangen, die nicht gesund sind und die sich in relativer Nähe zu einer möglichen Pflegebedürftigkeit befinden. Das muss ausgeschlossen werden. Vielmehr gilt es, auf eine möglichst ausgewogene Mischung zwischen Gesunden und Kranken hinzuwirken.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an den PKV-Verband und die Aktuarvereinigung. Im Rahmen eines EU-Urteils wurde klargestellt, dass nach Geschlecht differenzierte Beiträge künftig nicht mehr kalkuliert werden dürfen. Ich möchte im Nachgang zu der Frage des Kollegen Spahn ausdrücklich fragen: Sind in diesem Zusammenhang aus Ihrer Sicht noch Regelungen bzw. Klarstellungen erforderlich?

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Es gibt ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs. Danach dürfen ab dem 21. Dezember 2012 nur noch Unisextarife angeboten werden. Dieses Urteil gilt unabhängig davon, ob es in diesem Gesetz zusätzliche Regelungen gibt oder nicht; das heißt, es ist unmittelbar umsetzbar. Die geförderte Pflegezusatzversicherung wird ein Unisexprodukt sein.

**SV Heinz-Werner Richter** (Deutsche Aktuarvereinigung e. V.): Klar ist - das steht auch im Gesetz -, dass sicherlich noch Vorschriften für Kosten und Sicherheit, also das, was in die Kalkulationsverordnung hineingehört, hinzugefügt werden müssen. Ich halte es für wichtig, im Rahmen der Kalkulationsverordnung den Wechsel von einem geförderten Produkt in ein nicht gefördertes Produkt dahingehend zu unterbinden, dass diese beiden nicht leistungsidentisch sind. Das wäre eine wichtige Voraussetzung, um in diesem Bereich keine Antiselektion entstehen zu lassen. Damit soll verhindert werden, dass gesunde Personen, die sich zunächst im geförderten Bereich befinden, dann in den nicht geförderten Bereich wechseln. Im Bereich der geförderten Produkte kann so auf längere Sicht eine ausgewogene Risikomischung bestehen bleiben.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Ich möchte meine zweite Frage mit Blick auf die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellen. Zu diesem Thema tagt momentan der Beirat; wir werden hier sicherlich zu Ergebnissen kommen. Für mich stellt sich die Frage, ob es zu Leistungsveränderungen kommen könnte. Die Neuregelung zur privaten Pflegeversicherung soll bereits am 1. Januar 2013 in Kraft treten. Können aus Ihrer Sicht die frühen Tarife auch bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch passgenau sein, oder ist mit der Einführung eines neuen Begriffs eine Tarifanpassung zu befürchten?

**SV Heinz-Werner Richter** (Deutsche Aktuarvereinigung e. V.): Eine solche Anpassung ist normal, wenn sich ein Leistungsbegriff ändert. Das kann auch bei der Ausprägung der Pflegestufen der Fall sein. Es hat Modellrechnungen gegeben, die sich auf drei Pflegestufen plus eingeschränkter Alterstauglichkeit beziehen. Ein solches Modell gibt es bei den meisten Produkten, die heute auf dem Markt sind, noch nicht. Wenn sich am Pflegebegriff etwas ändert, wird sich zwangsläufig eine andere Form der Kalkulation ergeben, und ebenso zwangsläufig werden sich Beitragsdifferenzen ergeben. Das kann in die eine oder andere Richtung gehen. Ich kann Ihnen derzeit jedoch nicht sagen, wohin das Pendel schlägt, weil ich den neuen Pflegebegriff noch nicht kenne. Es wird aber sicherlich eine Änderung geben.

**Abg. Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Rentenversicherung Bund und an die BDA. Es ist vorgesehen, die Abwicklung der Auszahlung der Zulage über die Deutsche Rentenversicherung Bund zu organisieren. Wie bewerten Sie das vorgesehene Verfahren, auch im Hinblick auf die Höhe und die Erstattung der Verwaltungskosten?

**SV Ulrich Stolz** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)): Aus unserer Sicht ist sicherzustellen, dass der Deutschen Rentenversicherung Bund die Verwaltungskosten der zentralen Stelle sowohl in voller Höhe als auch zeitnah erstattet werden. Diese Forderung nach Erstattung bezieht sich nicht nur auf die laufenden Verwaltungskosten, sondern auch auf die Aufwendungen für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur der zentralen Stelle. Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass bereits im Jahre 2013 Kosten für das einzurichtende IT-System anfallen werden. Da die Einzelheiten des Verfahrens, insbesondere des automatisierten Austauschs von Datensätzen, im Rahmen einer zu erlassenden Rechtsverordnung erst noch festzulegen sind, können wir

derzeit nicht abschätzen, wie hoch der tatsächliche Verwaltungsaufwand sein wird. Zum einen hängt die Höhe der Verwaltungskosten von der tatsächlichen Inanspruchnahme ab, zum anderen fallen unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme feste Investitionskosten für das EDV-Verfahren an.

**SV Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Ich stimme den Ausführungen meines Vorredners uneingeschränkt zu. Es ist auf jeden Fall zweckmäßig, das Verfahren organisatorisch bei der Deutschen Rentenversicherung Bund anzusiedeln; denn so kann man auf die Erfahrungen der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen zurückgreifen. Wichtig wird auf jeden Fall sein, dass die Verwaltungskosten wirklich in voller Höhe übernommen werden, damit nicht die Beitragszahler in der Rentenversicherung belastet werden.

**Abg. Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich wende mich mit meinen Fragen an den Deutschen Gewerkschaftsbund und an ver.di. Meine erste Frage lautet: Wie beurteilen Sie die mit diesem Gesetz verbundene Abkehr vom grundsätzlich paritätischen, solidarischen Finanzierungssystem in der Pflegeversicherung? Begründen Sie eine solche Abkehr? Kommt die Abkehr zum richtigen Zeitpunkt? Hätte die Abkehr deutlicher vollzogen werden können? Oder ist sie gar ein falscher Schritt? Meine zweite Frage: Die Kommunen als Träger der Sozialhilfe haben das Interesse, dass die Pflegesätze nicht mehr steigen, weil sie finanziell zu sehr gefordert wären. Glauben Sie, dass die Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge dazu führen wird, dass die Sozialhilfeträger entlastet werden? Wird sich die Situation der Sozialhilfeträger entspannen, was sich positiv auf die Situation von zu pflegenden Menschen auswirken würde? Meine dritte Frage: Die Deutsche Aktuarvereinigung und auch andere haben eben gelobt, dass es Mechanismen - egal

wie wirksam sie wirklich sind - gegen die Attrahierung von schlechten Risiken gibt. Beispielsweise können ältere Menschen nicht in den Genuss einer geförderten Pflege-Zusatzversicherung kommen, weil eine Mindestlaufzeit vorgesehen ist. Als weiteres Beispiel sind Einkommensschwache zu nennen. Um den Zuschuss in Höhe von fünf Euro monatlich zu erhalten, muss der Beitrag mindestens 10 Euro monatlich betragen. Herr Richter hat eben angedeutet, dass dadurch Einkommensschwache indirekt davon abgehalten werden, eine solche Versicherung abzuschließen. Einkommensschwächere und Ältere, die ein schlechtes Risiko darstellen, werden vom Abschluss einer Versicherung abgeschreckt. Ist das für Sie ethisch in Ordnung? Oder hätte man die Hürden etwas höher legen müssen? Was ist aus Ihrer Sicht von einer Versicherung zu halten, deren Bedingungen so ausgestaltet sind, dass sie von älteren und kranken Menschen nicht in Anspruch genommen wird oder gar nicht in Anspruch genommen werden kann?

**SV Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Der DGB setzt sich - ich denke, das ist bekannt - für eine gute Pflege für alle ein. Gute Pflege für alle wird unter den gegebenen Rahmenbedingungen künftig teurer. Das darf aus unserer Sicht nicht zu einer Privatisierung des Pflegerisikos führen; aber genau das wird mit dem Änderungsantrag Nr. 18 intendiert. Auch die vorgesehene staatliche Förderung in Höhe von 5 Euro kann nicht darüber hinwegtäuschen; denn sie muss von allen, also einkommensunabhängig, finanziert werden, obwohl das Risiko besteht, dass es sich Menschen mit geringem Einkommen und daraus resultierenden Sicherungslücken nicht leisten können, eine solche Zusatzversicherung abzuschließen. Wir lehnen das Vorhaben also entschieden ab. Es wird dazu führen, dass Gutverdiener und Gesunde, weil es ein Nebeneinander von geförderten und nicht geförderten Verträgen geben wird, von Mitnahmeeffekten profitieren können. Gerade Menschen, die ein geringes Ein-

kommen und Lücken in der Alterssicherung haben - für sie wurde 1995 die soziale Pflegeversicherung eingeführt - und nicht selbst vorsorgen können, profitieren nicht. Das Solidarsystem wird sozusagen mit Füßen getreten. Das lehnen wir entschieden ab. Wir wenden uns eindeutig gegen eine geförderte private Pflege-Zusatzversicherung neben der bereits bestehenden sozialen Pflegeversicherung. In Ihrer zweiten Frage haben Sie nach der Situation der Sozialhilfeträger gefragt. Ja, die Sozialhilfeträger werden entlastet, aber unserer Meinung nach darf das nicht dadurch geschehen, dass Geringverdienern vorgegaukelt wird, sie könnten etwas für ihre Absicherung im Alter tun; denn ihre privat angesparten Leistungen werden auf die Sozialhilfe und auch auf die Hilfe zur Pflege gemäß SGB XII angerechnet. Man müsste einen anderen Weg wählen. Man sollte mehr Mittel für Leistungen gemäß SGB XI zur Verfügung stellen. Zu Ihrer dritten Frage, was das für die Geringverdiener im Einzelnen bedeutet: Ganz kurz: Gerade die Geringverdiener werden nicht in der Lage sein, sich eine private Vorsorge zu leisten, die im besten Falle 20 oder 30, aber meistens 50 Euro im Monat und mehr kosten wird, nur weil der Staat ihnen 5 Euro dazugibt. Aus unserer Sicht ist das eine Vortäuschung falscher Tatsachen. Für die Geringverdiener sind Versicherungsbeiträge in einer solchen Höhe in keiner Weise tragbar.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ich möchte ergänzend zur Stellungnahme des DGB betonen, dass die Abkehr vom bisherigen System nicht zum richtigen Zeitpunkt erfolgt. Sie stellt einen falschen Schritt dar. Mit der geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherung werden die Probleme in der Pflegeversicherung verschärft, da sich die Absicherung - das wurde im Änderungsantrag in der Begründung unter der Überschrift „Kostenvolgen“ auch so dargestellt - nur wenige leisten können. Gerade diejenigen, die eine stärkere Absicherung brauchen, werden sie sich nicht leisten können. Sie

haben gefragt, ob die Sozialhilfeträger entlastet werden. Es kommt darauf an. Sozialhilfeträger müssen diejenigen unterstützen, die sich schon heute die Kosten für einen Platz in einer Pflegeeinrichtung nicht leisten können. Wenn diese Menschen sich aber auch die Zusatzversicherung nicht leisten können, dann wird es kaum eine Entlastung geben. Insofern ist die Aussage, die Sozialhilfeträger würden entlastet, zu relativieren. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, festzuhalten, dass 40 Prozent der Pflegebedürftigen in Haushalten leben, denen ein Haushaltseinkommen von weniger als 1 300 Euro im Monat zur Verfügung steht; sie können daher nur in geringem Maße profitieren. Zu den Mechanismen, schlechte Risiken auszuschließen: Ich halte eine solche Vorgehensweise für ethisch nicht verantwortbar. Eine Pflegeversicherung ist dafür da, dass Solidarität in der Gesellschaft gestärkt und nicht geschwächt wird. Die Gelder, die für die Zusatzversicherung aufgebracht werden, sind für die Pflegeversicherung verbrannte Gelder.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass mit der Einführung der geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherung das Ziel einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung verfehlt werde. Sie führen weiter aus, dass das vor dem Hintergrund, dass Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, den Einstieg in die Individualisierung der Absicherung des Pflegerisikos darstellt. Könnten Sie uns bitte dazu etwas sagen?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wir sollten und können gesetzgeberische Maßnahmen in der Tat an der Frage messen, ob man dadurch den Anforderungen und Herausforderungen, die in einem bestimmten Themen- und Politikgebiet erkennbar sind, gerecht wird. Unstreitig ist, dass wir davon auszugehen haben, dass die Anzahl der Personen, die in Zukunft pflegebedürftig sein werden, deutlich

steigen wird. Die Empirie hierzu ist völlig unstrittig. Zudem gibt es eine besondere, sehr nachhaltige Entwicklung im Bereich der kognitiven Erkrankungen, die einen zusätzlichen Bedarf auslösen wird.

Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass die Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung als Ziel ausgegeben hat: Wir wollen eine nachhaltige Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland schaffen. Wenn wir uns jetzt den Änderungsantrag anschauen, kommen wir zu dem Ergebnis, dass das Ziel, das im Koalitionsvertrag steht, mit den vorgeschlagenen gesetzlichen Vorschriften, die jetzt zur Diskussion und zur Verabschiedung anstehen, nicht erreicht werden kann. Ich will ein paar Hinweise geben: Erstens ist sicherlich zu beachten, dass die wirtschaftlichen Fähigkeiten ungleich verteilt sind. Auf der einen Seite haben wir diejenigen, die auf Leistungen der Sozialversicherung angewiesen sind, auf der anderen Seite diejenigen, die ergänzende Leistungen privat absichern können. In diesem Koalitionsantrag wird hinsichtlich der Förderung auf wirtschaftliche Leistungsfähigkeit überhaupt keine Rücksicht genommen. Das ist ein interessanter Aspekt, der angesichts der Einkommenslagen und insbesondere angesichts der zukünftig zu erwartenden Alterseinkommen große Diskussionen auslösen müsste. Eine zweite Bemerkung: Man versucht sozusagen, eine Finanzierungsperspektive in einem privaten Versicherungsmodell aufzubauen, was so nicht funktionieren kann. Wir haben es gerade gehört: Es ist eine Vielzahl von Eingriffen notwendig, die ordnungspolitisch einem privaten Versicherungsmodell wesensfremd sind, um eine sozialpolitisch und ethisch fragwürdige Risikoselektion ansatzweise zu unterbinden. Wir meinen: Das ist kein Einstieg in eine nachhaltige Finanzierung. Man muss sicherlich davon ausgehen, dass die Probleme hinsichtlich des Finanzbedarfs der Pflegeversicherung, auch bezogen auf das Thema Teilkaskomodell, in der nächsten Legislaturperiode wieder auf der Agenda stehen.

Eine letzte Bemerkung - ich komme damit zum zweiten Teil Ihrer Frage, Frau Abgeordnete -: Mit diesem Modell - bei dem die Bundesregierung offensichtlich davon ausgeht, dass nur relativ wenige Menschen es attraktiv finden; sonst würde sie nicht zunächst mit einem Finanzbedarf von 100 Millionen Euro kalkulieren - wird die Debatte auf die politische Agenda gesetzt. Warum sollen die notwendigen Finanzmittel nicht in der sozialen Pflegeversicherung aufgebaut werden, was wir richtig fänden? Stattdessen wird immer wieder eine Debatte über eine sich entwickelnde, wahrscheinlich sich sehr dürftig entwickelnde, private Säule geführt. Eine Zahl dazu: Die Zahlen im Änderungsantrag und die Zahlen des PKV-Verbandes machen deutlich, dass man im Moment davon ausgeht, dass etwa vier Prozent der Bevölkerung eine private Pflegevorsorge betreiben würden, indem sie entweder jetzt schon existierende Policen oder zukünftig angebotene Policen annehmen würden. Das ist sicherlich nicht der Durchbruch, den die Wortwahl im Koalitionsvertrag hätte vermuten lassen können.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine ersten beiden Fragen gehen an den Einzelsachverständigen Herrn Professor Felder. Herr Professor Felder, mich würde interessieren, ob es angesichts des Teilsicherungscharakters der gesetzlichen Pflegeversicherung grundsätzlich sinnvoll ist, ergänzende private Vorsorge staatlich zu fördern. Die zweite Frage lautet: Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen zur Förderung der privaten Pflegevorsorge?

SV **Prof. Dr. Stefan Felder**: In vielen Fällen verzichten die Bürger und Bürgerinnen auf eine private Vorsorge, unter anderem, weil sie für den künftigen Pflegefall mit einer Finanzierung durch den Staat rechnen. Dies spricht aus meiner Sicht für eine verpflichtende Vorsorge. Die staatliche Vorsorge sollte einsetzen, wenn der Einzelne finanziell überfordert ist. Eine generelle finanzielle Förderung halte ich da-

gegen für verfehlt. Zur zweiten Frage: Wir haben es hier mit einem Einstieg in die kapitalgedeckte Pflegevorsorge zu tun. Diesen Einstieg bewerte ich grundsätzlich positiv. Die Argumente sind ja schon verschiedentlich genannt worden: demografische Entwicklung usw. Ich würde die Entscheidung für eine individuelle Vorsorge prinzipiell ebenfalls begrüßen. Sie verhindert den Zugriff der Politik auf das angesparte Pflegevermögen. Das ist der Unterschied zu einer kollektiven Vorsorge. Zu den Detailregelungen: Ich finde es gut, dass anders als bei der Riester-Rente keine Vererbbarkeit der Ansprüche vorgesehen ist. Das ist positiv zu bewerten. Die Pflegepolicen werden dadurch günstiger. Insofern ist das eine gute Sache.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht an den PKV-Verband. In der privaten Pflegepflichtversicherung ist ein Ausgleichssystem für die Versicherungsunternehmen gesetzlich vorgegeben worden - in § 111 SGB XI -, um die besonderen Belastungen auszugleichen. Halten Sie eine solche gesetzliche Vorgabe bei der geförderten Pflegezusatzversicherung im Hinblick auf den Kontrahierungszwang und den Ausschluss von Gesundheitsprüfungen etc. ebenfalls für notwendig?

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Wir haben hier einen einseitigen Kontrahierungszwang, der nur von den Versicherungsunternehmen zu erfüllen ist. Das bedeutet, dass nicht ausgeschlossen werden kann - es ist sogar sehr wahrscheinlich -, dass sich die Risiken auf die einzelnen Unternehmen ungleich verteilen. Das legt nahe, dass man einen Ausgleichsmechanismus schafft. Wir würden uns gerne dafür stark machen. Wir würden gerne autorisiert werden, einen Pflegepool einzurichten, an dem sich die Unternehmen beteiligen können, die glauben, ein Angebot in diesem Segment nur dann vorhalten zu können, wenn es einen solchen Pool gibt. Das wäre ganz wichtig, um

möglichst viele Unternehmen dazu zu bewegen, ein Angebot zu unterbreiten. Das wäre auch wettbewerbskonform, weil die Unternehmen viele Möglichkeiten haben, ihre Eigenständigkeit in die Kalkulation einzubringen, auch hinsichtlich der Produktdarbietung. Der Pool könnte auf Hochrisikofälle beschränkt werden. Wir würden es sehr begrüßen, wenn wir autorisiert würden, einen solchen Pool aufzulegen.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Meine nächste Frage geht wieder an den PKV-Verband und an den Bund der Versicherten. Mich würde interessieren, ob die Zulage von 60 Euro von vornherein gesetzlich oder im Rahmen einer Rechtsverordnung dynamisiert werden sollte. Wenn ja, in welcher Höhe sollte der Betrag laufend angepasst werden?

**SV Dr. Volker Leienbach (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)):** Eine Dynamisierung ist wünschenswert. Wir kennen die Dynamisierung auch in der sozialen Pflegeversicherung. Die Relation zwischen notwendigen Pflegeaufwendungen und dem Förderbetrag von 5 Euro wird immer schlechter werden, wenn diese fünf Euro nicht dynamisiert werden. Um werterhaltend wirken zu können und die Anreizwirkung dieser Förderung aufrechtzuerhalten, ist eine Dynamisierung aus unserer Sicht daher mehr als wünschenswert.

**SV Axel Kleinlein (Bund der Versicherten e. V. (BdV)):** Eine Dynamisierung sollte grundsätzlich einsetzen, das Ganze sollte aber zwingend von einer Überwachung, wie diese Zulagen tatsächlich eingesetzt werden, flankiert werden. Unsere Abschätzungen zeigen deutlich, dass die Zulage von 5 Euro vermutlich noch nicht einmal ausreichen wird, um die Kosten abzudecken, die durch dieses Verfahren zusätzlich entstehen. Auf jeden Fall sollte im Laufe der nächsten Jahre ein Monitoring dazu stattfinden, wie die Zu-

lagen tatsächlich wirken, ob sie tatsächlich einen positiven Effekt haben oder nur in der zusätzlichen Bürokratie versickern. Von daher ist unsere Aussage ganz klar: In den Gesetzentwurf sollte eingebaut werden, dass während des gesamten Verfahrens ein Monitoring laufen sollte. Das ist bisher noch nicht vorgesehen. Bezogen auf die Riester-Rente hat das zu großen Problemen geführt.

**Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Meine nächsten beiden Fragen gehen wieder an den PKV-Verband und an die Deutsche Aktuarvereinigung. Mich würde interessieren, wie sich die neuen Tarife von den gegenwärtigen Tarifen für eine private Pflegezusatzversicherung unterscheiden. Können Sie vielleicht schon Beispiele nennen? Wie sieht die neue Tarifwelt aus, auf die sich die Leute einstellen müssten? Die zweite Frage ist: Sind aus Ihrer Sicht ergänzende Regelungen oder Klarstellungen bezüglich des Wechselrechts aus geförderten Tarifen in andere Tarife erforderlich, um Umgehungsstrategien bzw. Risikoverzerrungen zu vermeiden?

**SV Dr. Volker Leienbach (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)):** Zur ersten Frage, Unterschied zur jetzigen Produktwelt: Es handelt sich hier um ein Produkt, das sich in mehrerer Hinsicht von bisherigen Produkten unterscheidet. Es kennt erstens eine Förderung in der Stufe 0, die die bisherige Produktwelt in aller Regel nicht kennt. Es ist zweitens ein Unisexprodukt. In der bisherigen Produktwelt gibt es Bi-Sexprodukte. Das hat Auswirkungen. Die jetzige Produktwelt kennt außerdem keinen Kontrahierungszwang; dieses geförderte Produkt aber schon. Nur durch zusätzliche Rahmenbedingungen können wir ein finanziell attraktives Angebot machen. Diese fünf Euro gehen keineswegs in Verwaltungskosten, sondern sie dienen dazu, den Nachteil, der durch einen Kontrahierungszwang entsteht, zu kompensieren, und zwar so weit, dass dieses Produkt

immer noch attraktiv ist und wir für beide Produktwelten einen attraktiven Markt haben. Die zweite Frage bezog sich auf ein Wechselrecht. Nach unserer Einschätzung muss sichergestellt werden, dass man nicht einfach von der geförderten Produktwelt, die ja Kontrahierungszwang kennt, in die nicht geförderte Produktwelt, die keinen Kontrahierungszwang kennt, wechseln kann. Das müsste ausdrücklich geregelt werden. Sollte der Gesetzgeber darüber hinaus wollen, dass die bereits heute bestehenden Zusatzprodukte in der Pflegeversicherung nicht in die Förderung kommen - das wäre eine politische Entscheidung -, dann müsste auch dort sichergestellt werden, dass ein Wechsel von der heutigen nicht geförderten Produktwelt in die geförderte Produktwelt ausgeschlossen ist. Beides müsste noch explizit geregelt werden.

**SV Heinz-Werner Richter** (Deutsche Aktuarvereinigung e. V.): Bei dem geförderten Produkt bewegen wir uns in einer Produktlinie, die wir bisher nicht kennen. Es gibt große Unterschiede: beim versicherbaren Personenkreis und bei der Wartezeit. Es gibt zwangsläufig auch Unterschiede in der Kostenkalkulation. Wir werden hier - ich habe das eben schon einmal gesagt - mit relativ niedrigen Kostensätzen rechnen und arbeiten müssen. Auf Einschränkungen beim Wechselrecht habe ich eben schon hingewiesen. Ich glaube, dass es erforderlich ist, den Wechsel von einem geförderten Produkt in ein nicht gefördertes Produkt zu verhindern. Ich würde fordern, dass man die Überschusssituation adäquat regelt. Wie soll man mit Überschüssen umgehen, die zwangsläufig in den ersten Jahren in diesem Tarif entstehen werden, weil es eine Wartezeit von fünf Jahren gibt? Ich glaube, dass man die Überschüsse gut nutzen kann, um künftige Veränderungen in dem Tarif vernünftig ausfinanzieren zu können und ein Sicherheitspolster anzulegen, falls sich eine Risikomischung ergibt, die nicht adäquat ist.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächsten beiden Fragen gehen wieder an den PKV-Verband. Meine erste Frage: Ist die im Änderungsantrag vorgeschlagene zu versichernde Mindest- und Höchstleistung für die private Zusatzvorsorge Ihrer Meinung nach sachgerecht? Meine zweite Frage: Wie soll der Vertrieb erfolgen, damit möglichst viele Bürger privat vorsorgen? Ist eine Zusammenarbeit mit der GKV oder sind andere Kooperationen geplant, um eine breite Akzeptanz zu erzielen? Haben Sie da schon Vorstellungen?

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Zur ersten Frage, Mindest- und Höchstleistungen: Es gibt einen Kontrahierungszwang bis zu einer Absicherung von 600 Euro in der Pflegestufe III. Es gibt darüber hinaus die Regel, dass ein Produkt nur bis zu einer Verdoppelung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gefördert wird. Dabei gehen wir davon aus, dass hier die Leistung in Stufe III - sie beträgt 1 550 Euro - gemeint ist. Das halten wir für sachgerecht. Was den Vertrieb angeht, so kann ich mir Kooperationen mit der gesetzlichen Krankenversicherung sehr gut vorstellen. Das ist natürlich eine Entscheidung der beteiligten Unternehmen PKV-seitig und der einzelnen GKV-Träger. Es gibt bereits heute eine sehr ausgeprägte und funktionierende Kooperation bezüglich der nicht geförderten Pflegezusatzversicherungen. Wir sind sehr sicher, dass auf dieser Schiene weiter gearbeitet werden kann, um dieses Produkt zum Erfolg zu führen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Ich hätte noch eine ganz kurze Frage an Herrn Leienbach: Ab wann können Ihre Förderprodukte angeboten werden? Was schätzen Sie?

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Sofern die Regelungen in der Ver-

ordnung rechtzeitig vorliegen, das heißt bis Ende August, gehen wir davon aus - das haben unsere Planungen ergeben -, dass es bereits zum 1. Januar 2013 ein breites Angebot gibt. Es wird sicherlich der Fall sein, dass einzelne Unternehmen erst später entsprechende Produkte anbieten. Hier wie auch für alle anderen Fälle ist es extrem wichtig, dass es dann auch zu einer anteiligen Förderung kommen kann, dass also ein Monatsbezug hergestellt wird und wir vom Jahresbezug abweichen.

**Abg. Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Herrn Müller-Zetzsche vom SoVD. Ich würde von Ihnen gerne wissen, wie Sie das Verfahren zur Einführung der privaten Pflegezusatzversicherung hinsichtlich des zeitlichen Rahmens und des Weges über einen kurzfristigen Änderungsantrag bewerten.

**SV Fabian Müller-Zetzsche** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Wir halten das Verfahren, so wie wir es hier erleben, in der Tat für höchst problematisch. Wir sehen, dass ein Paradigmenwechsel - um nichts anderes handelt es sich hier; nämlich um den Einstieg in den Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung eines bedeutenden Sozialversicherungssystems - unter enormem Zeitdruck über einen Änderungsantrag in ein fast vollendetes Gesetzgebungsverfahren eingebracht werden soll. Wir haben an ein solches Verfahren den Anspruch, dass nicht nur für die Diskussion über einzelne Maßnahmen, sondern auch für die Diskussion über Alternativen ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Ausreichend Zeit für parlamentarische Beratungen - darüber kann auch diese kurzfristig anberaumte Anhörung nicht hinwegtäuschen - gab es hier aber nicht. Aus unserer Sicht hätte es eines eigenen Gesetzentwurfes bedurft, gerade auch angesichts der Tatsache, dass wir die Regelungen, die hier getroffen werden sollen, für einen absoluten Irrweg

halten. Es hätte dringend über Alternativen diskutiert werden müssen.

**Abg. Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine zweite Frage geht an Frau Hagen. Ich würde gerne von Ihnen wissen - meine Frage bezieht sich auf die versorgungs- und verteilungspolitischen Erwägungen -, ob die Einführung der geförderten Zusatzversicherung ein Experiment darstellt. Wie sehen Sie das Verhältnis von Kapitaldeckung und Absicherung des Lebensrisikos in Bezug auf Pflege?

**SV Kornelia Hagen:** Zur ersten Frage: Generell ist eine Reform der Finanzierung der Pflegevorsorge sinnvoll; sie ist grundsätzlich zu begrüßen. Aber ich habe sehr starke Zweifel daran, dass diese Reform ein geeigneter Weg ist, vor allen Dingen im Hinblick auf die vier Kriterien langfristige Sicherheit, bezahlbare Beiträge, Risikoverteilung und Nachhaltigkeit. Zum einen liegt es an der konkreten Ausgestaltung; dies wurde hier schon von einigen erwähnt. Ein Kollektiv, das schlechte Risiken aufweist, wird unweigerlich zu höheren Tarifen führen. Zum anderen liegt es daran, dass bisher vorgesehen ist, dass der Abschluss dieser Versicherung freiwillig ist. Die Verhaltensökonomie liefert viele Anhaltspunkte dafür, dass dies wahrscheinlich dazu führen wird, dass nur wenige Leute solch eine Versicherung abschließen werden. Dies haben wir auch bei Riester gesehen. Heute, nach zehn Jahren, haben etwa nur 40 bis 45 Prozent der potenziellen Riester-Sparer einen Riester-Vertrag abgeschlossen. Das wird auch der zusätzlichen Pflegeversicherung bevorstehen; denn viele Menschen werden nach dem Bauchgefühl agieren und wissen nicht - das gilt vor allen Dingen für die 18-Jährigen -, woran sie sich beim Abschluss eines Vertrages orientieren sollen. Zur Kapitaldeckung: Ich halte das System der Kapitaldeckung bei einer Risikoversicherung ganz grundsätzlich für die falsche Finanzierungsform. Es wird nämlich zu Fehlkalkulationen kommen, wie es auch

bei der privaten Krankenversicherung der Fall war; das haben die letzten Jahre gezeigt. Außerdem führt die Kapitaldeckung zu einer gewissen Nichtkalkulierbarkeit. Das Argument, dass die Kapitaldeckung aufgrund der entstehenden demografischen Probleme wichtig und notwendig ist, ist eine Mär; das muss man sehr deutlich sagen. Mit dem System der Kapitaldeckung hat man nämlich die gleichen demografischen Probleme zu bewältigen wie mit dem System der Umlagefinanzierung.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den SoVD und an ver.di. Ich möchte gerne von Ihnen wissen: Wie wirkt sich die geplante Zulagenförderung auf die Rentnerinnen und Rentner aus?

SV **Fabian Müller-Zetsche** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Diese Frage ist relativ einfach zu beantworten: Die meisten Rentnerinnen und Rentner - die schon heute besonders belastet werden, weil sie seit dem Jahr 2004 den vollen Beitragssatz zur Pflegeversicherung selber zahlen - werden aufgrund ihrer geringen Alterseinkünfte, die in den letzten Jahren deutlich an Wert verloren haben, nicht in der Lage sein, die geplanten Beiträge, die für sie ohnehin besonders hoch sein werden, zu zahlen; auch zukünftig darf nach Alter differenziert werden. Das heißt, ein ganz großer Teil der Rentnerinnen und Rentner wird de facto - nicht de jure, aber de facto - von diesem Versicherungssystem ausgeschlossen sein.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ich kann mich dem Sozialverband Deutschland anschließen. Geht man davon aus, dass die Verträge ähnlich wie bei Lebensversicherungen ausgestaltet werden - dort sind derzeit große Beitragsunterschiede festzustellen; ein 60-Jähriger muss ungefähr das Zehnfache des Beitrags zahlen,

den ein 20-Jähriger zu zahlen hat -, kann man sich ganz einfach ausrechnen, welche Folgen dies für die Rentnerinnen und Rentner haben wird und wie viele von ihnen dann überhaupt in der Lage sein werden, eine solche Versicherung abzuschließen.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Frau Hagen, ich würde gerne auf die Entstehung bzw. die Einführung der Pflegeversicherung zurückblicken. Ich möchte Sie fragen: Welche Prämissen lagen der Einführung dieser Versicherung damals zugrunde? Würden diese Prämissen in Zukunft am besten durch eine Zusatzversicherung oder durch eine Bürgerinnen- und Bürgerversicherung eingehalten?

SV **Kornelia Hagen**: Die Prämissen, die der Einführung der Pflegeversicherung zugrunde lagen, waren bestimmte sozialpolitische Vorstellungen, die darauf hinausliefen, dass eine Risikoumverteilung stattfinden soll. Man wollte eine Umverteilung zwischen geringen und großen Risiken vornehmen und zugleich - damit es auch an dieser Stelle zu einer gewissen Umverteilung kommt - einkommensbezogene Beitragssätze einführen. Diese Prämissen werden mit der geplanten privaten Zusatzvorsorge vollkommen aufgehoben, zumindest in diesem Teilsegment. Auf anderen Gebieten werden sie weiterhin gelten. Was den Teileinstieg in die private Zusatzvorsorge betrifft, bedeutet dies aber, dass weder eine Risikoumverteilung vorgenommen noch eine solidarische Finanzierung gewährleistet wird. Eine solidarische Finanzierung halte ich allerdings für erforderlich; das habe ich schon in meiner Antwort auf die vorherige Frage gesagt. Das System der Kapitaldeckung gibt dies jedoch nicht her. Mit diesem System werden die Risiken individualisiert und nicht solidarisch auf die gesamte Gesellschaft umverteilt. Eine Umverteilung auf die Gesellschaft ist jedoch notwendig, um die Risiken überhaupt finanzieren zu können.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Herr Kiefer, mich würde erstens interessieren: Was würde es für Menschen mit Behinderungen bedeuten, wenn alle Personen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, nicht förderberechtigt sind und von einer Zusatzversicherung ausgeschlossen werden? Wie bewerten Sie dies vor allen Dingen vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention? Meine zweite Frage lautet: Wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang die Forderung der PKV, alle Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die jemals Leistungen der Pflegeversicherung bezogen haben, von einer Förderung auszuschließen?

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Frau Abgeordnete, ich will ganz kurz daran erinnern, dass die letzte Bundesregierung ganz bewusst für alle Bürgerinnen und Bürger eine Versicherungspflicht im Hinblick auf die Risiken Krankheit und Pflege eingeführt hat; diese Entscheidung war, wie ich glaube, inhaltlich gut begründet. Der jetzt vorliegende Änderungsantrag schließt dagegen eine Förderung der von Ihnen genannten Personengruppen aus. Dazu möchte ich die klare Aussage treffen: Aus unserer Sicht steht dies im Widerspruch zur UN-Behindertenrechtskonvention, insbesondere zu Art. 5 Abs. 1. Da die Bundesregierung diese Konvention anerkennt und deutlich gemacht hat, die darin getroffenen Regelungen in der Bundesrepublik Deutschland umsetzen zu wollen, ist dies unseres Erachtens ein Widerspruch. Das gilt ebenso für Diskussionen - von wem auch immer sie geführt werden -, die darauf hinauslaufen könnten, dass Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, auch wenn sie die entsprechenden Leistungen nur temporär bezogen haben, von einem möglichen Schutz ausgeschlossen werden.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage

richtet sich an Herrn Professor Jacobs. Wie bewerten Sie die geplante Förderung der Pflegezusatzversicherung gerade unter den Aspekten der Sozialstaatlichkeit und der Verteilungseffekte bzw. Umverteilungseffekte? Erwarten Sie, dass es für Personen, die ein geringes Einkommen oder ein hohes Pflegerisiko haben, überhaupt ein attraktives Versicherungsprodukt geben wird?

**SV Prof. Dr. Klaus Jacobs:** Dazu sind von einigen meiner Vorredner schon deutliche Aussagen getroffen worden. Was heißt denn „Sozialstaatsprinzip“? Wenn man sich an der Sozialversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung orientiert, muss man feststellen: Es bedeutet Leistung nach Bedarf und Finanzierung nach ökonomischer Leistungsfähigkeit. Das gilt vom Grundsatz her auch für ein Teilleistungssystem wie die soziale Pflegeversicherung. Beide Anforderungen werden nach dem geplanten neuen Modell krass verletzt. Zunächst zur ökonomischen Leistungsfähigkeit: Es soll einkommensunabhängige Beiträge geben. Das heißt - wir kennen die diesbezügliche Diskussion im Zusammenhang mit der Krankenversicherung, Stichwort „Zusatzbeitrag“ -, ein Direktor zahlt genauso viel wie eine Putzfrau. Der Unterschied besteht allerdings darin, dass es im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung einen aus Steuern finanzierten Sozialausgleich gibt, der gewährleistet, dass die Belastung der Einkommensschwachen auf ein Höchstmaß begrenzt ist. Eine solche Regelung gibt es hier nicht. Nach dem vorgeschlagenen Modell bekommt ein Direktor ebenso 5 Euro pro Monat wie eine Putzfrau. Auch die zweite Anforderung, Leistung nach dem Bedarf, wird verletzt, weil der Leistungsanspruch von der Höhe der zuvor eingezahlten Beiträge abhängt; das ist das Geschäftsmodell. Bei Einführung dieses Modells wären davon insbesondere Ältere betroffen. Pflegebedürftige könnten eine solche Versicherung ohnehin nicht abschließen. Hinzu kommt, dass eine Karenzzeit von fünf Jahren vorgese-

hen ist; darauf basiert, wie wir gehört haben, die Kalkulation. Außerdem kommen diejenigen, die schon ein vergleichsweise hohes Eintrittsalter haben, nicht mehr in den Genuss von Leistungen, weil sie höhere Prämien zahlen müssten. Was bei der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung als Vorteil angesehen wurde - dass möglichst schnell möglichst viele Menschen in den Genuss von Leistungen kommen können, was den Bürgern der früheren DDR im Rahmen der deutschen Vereinigung überhaupt erst ermöglicht hat, sofort in den Genuss von Leistungen zu kommen -, ist beim Geschäftsmodell der privaten Versicherungswirtschaft - das ist nachvollziehbar - von vornherein ausgeschlossen. Genau das Gegenteil wird geradezu als Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit betrachtet. Eine Rolle spielt natürlich auch das Verhältnis zur sozialen Pflegeversicherung. Es geht um die Frage: Handelt es sich um ergänzende Leistungen oder am Ende doch um kompensatorische Leistungen? Das ist jetzt nicht abschließend zu beurteilen. Aber man muss natürlich die Sorge haben, dass die geplanten Regelungen auch eine kompensatorische Wirkung haben werden, etwa dann, wenn die wichtige Frage ansteht: Wie sollen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Zukunft dynamisiert werden? 2014 steht diese Entscheidung erstmals an. Zu befürchten ist aus meiner Sicht, dass diese Dynamisierung nicht im erforderlichen Ausmaß durchgeführt wird, und zwar unter Hinweis darauf, dass auch die Möglichkeit besteht, sich ergänzend individuell besser abzusichern, und zwar durch steuerliche Förderung. Kurz noch ein Gedanke zur Leistungsseite: Sie ist hier unklar. Im Hinblick auf die Pflegestufe III ist eine Mindestvoraussetzung genannt worden, in Bezug auf die anderen Pflegestufen jedoch nicht, und das gilt natürlich auch - das ist schon deutlich geworden -, wenn der Pflegebedürftigkeitsbegriff verändert wird. Ein Versicherter, der heute mit 30 Jahren - ein älterer kann sich das ohnehin nicht leisten - eine solche Versicherung für Leistungen abschließt, die er in vielleicht 50 Jahren braucht, weiß überhaupt nicht, ob ihm das irgendetwas

nutzt. Er erhält eine Förderung für ein Produkt, das einen Teilleistungscharakter in Ergänzung eines bestehenden Teilleistungssystems hat. Er weiß nicht, ob er pflegebedürftig wird, er weiß nicht, in welchem Ausmaß er pflegebedürftig wird, er weiß nicht, in welcher Form - Stichwort: Pflegebedürftigkeitsbegriff - er pflegebedürftig wird. Wir wissen heute nicht, wie in 50 Jahren gepflegt wird, welche Pflegearrangements es geben wird und wie das Verhältnis zwischen Sach- und Geldleistungen sein wird. Bei allem Respekt vor dem mündigen Verbraucher: Ich glaube, es ist niemandem ernsthaft zuzumuten, heute eine solche Entscheidung zu treffen.

**Abg. Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an Herrn Professor Jacobs und bitte um eine straffe Antwort. Kontrahierungszwang und Ausschluss von Risikoprüfungen: Das klingt erst einmal nach guten und sehr sozialen Bedingungen. Ich würde von Ihnen gerne wissen, ob Sie das wirklich zielführend finden und welche Auswirkungen diese Kriterien unter anderem auf den Markt der Tagesgeldversicherungen haben werden.

**SV Prof. Dr. Klaus Jacobs:** Ich beantworte die Frage so kurz wie möglich: Auch dazu ist schon etwas gesagt worden. Professor Felder hat darauf hingewiesen, dass dann eine obligatorische Versicherung - aber nicht eine freiwillige - Voraussetzung wäre, bei der dann das auch schon angesprochene Problem der adversen Selektion unvermeidlich ist.

Ich empfehle dem Ausschuss, aktuelle Erfahrungen aus den USA in den Blick zu nehmen. Dort hat das Repräsentantenhaus in diesem Monat einen Beschluss gefasst, wonach der vorgesehene CLASS Act, der im Prinzip genau so etwas ist wie das, was hier zur Diskussion steht, im Grunde genommen zu den Akten gelegt worden ist, weil festgestellt wurde, dass es unter diesen Bedingungen im Hinblick auf die drohende adverse Selektion unmöglich ist,

Tarife zu kalkulieren, die auf der einen Seite attraktiv sind und auf der anderen Seite über Dekaden eine hinreichende Kostendeckung ermöglichen. Das funktioniert einfach nicht. Im Prinzip ist dazu von den Vertretern des PKV-Verbandes hier auch ausgeführt worden, dass es unter den bestehenden Rahmenbedingungen kaum möglich ist, attraktive Angebote zu kalkulieren.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Bund der Versicherten und an ver.di. Mich würde interessieren, ob der Verwaltungsaufwand für die geförderte Versicherung Ihrer Ansicht nach in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht. Es geht mir hier auch um den finanziellen Aufwand, der schon jetzt einkalkuliert ist und bei elf Prozent liegt.

SV **Axel Kleinlein** (Bund der Versicherten e. V. (BdV)): Die Kosten werden, sehr überraschend, hoch werden; denn bei dem vorliegenden Produkt wird für jeden Vertrag ein doppeltes Inkasso notwendig sein. Neben dem Inkasso für die normalen Prämien, die der Kunde einzahlt, muss für die Zulagen ein weiteres Inkasso erfolgen; denn anders als bei der Riester-Rente handelt es sich hier um eine Risikoversicherung. Das heißt, die Zulagen müssen fest eingeplant und den Verträgen zeitnah gutgeschrieben werden. Die Versicherungsunternehmen müssen nicht nur die normalen Prämien, sondern zusätzlich eben auch noch die Zulagen einfordern, insbesondere wenn, wie Herr Leienbach es angedeutet hat, eine anteilige Förderung auf Monatsbasis eingerechnet werden soll. Als weiteres Kostenelement kommt etwas hinzu, was wir so aus der normalen privaten Versicherung bisher gar nicht kennen: der Pflegepool. Zwischen den verschiedenen Versicherungsunternehmen soll in der Form gepoolt werden, dass diejenigen, die besonders hohe Risiken getragen haben, einen Ausgleich erhalten. Ein solcher Pflegepool kostet Geld, und dieses Geld muss natürlich mit einge-

rechnet werden. Wenn man die Kosten, die Herr Rürup schon vor ein paar Jahren eingerechnet hat, und das, was hier angedacht ist, aufaddiert, dann landet man bei Kosten, die weit über dem liegen, was hier als Zulage eingerechnet worden ist, die mit ihrer nominalen Höhe von fünf Euro pro Monat nicht besonders groß ist. Von daher ist ganz klar: Die Kostenseite ist dermaßen hoch, dass der positive Fördererfolg auf jeden Fall verloren geht. Ich bin überrascht, dass die Deutsche Aktuarvereinigung an dieser Stelle in dieser Art und Weise argumentiert. Für mich als Versicherungsmathematiker ist es fahrlässig, in dieser Form über die Befürchtungen hinsichtlich der hohen Kosten aufgrund des Kontrahierungszwangs einfach hinwegzugehen.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Neben den Kosten für den Verwaltungsaufwand ist hier zu berücksichtigen, dass eine ganze Reihe an sensiblen Datensätzen zwischen Versicherungsunternehmen - der Deutschen Rentenversicherung und der jeweiligen Pflegeversicherung - ausgetauscht werden müssen, um das Ganze überhaupt zum Laufen zu bringen. Die Antragsteller schätzen, dass der Anteil der Verwaltungskosten zehn Prozent betragen wird. Diese Schätzung der Verwaltungskosten liegt erheblich höher als bei der gesetzlichen Pflegeversicherung, wo sie bei etwa vier Prozent liegen. Aufgrund der Verwaltungskosten, des Datentransfers und der Risiken für die Versicherten würde die geplante Pflegeversicherung ungeheuer teuer werden. Es wäre sehr viel vernünftiger, bei der gesetzlichen bzw. sozialen Pflegeversicherung zu bleiben.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Da der Bund der Versicherten und ver.di offensichtlich besser rechnen und kalkulieren können als die Deutsche Aktuarvereinigung und die Versicherungsunternehmen, würde mich schon noch einmal interessieren, was die Deutsche Aktuarvereinigung, Herr Laue

und der PKV-Verband zu den Verwaltungskosten, zu den Kalkulationen, die gerade aufgestellt wurden, und dazu sagen, wie mit den Risiken umzugehen ist. Wer kann jetzt besser rechnen: der Bund der Versicherten und ver.di oder die Deutsche Aktuarvereinigung und die Versicherungsunternehmen?

**SV Heinz-Werner Richter** (Deutsche Aktuarvereinigung e. V.): Ich habe das gerade schon ausgeführt: Ich glaube, dass die Rahmenbedingungen so sind, dass man auch aus Sicht der Deutschen Aktuarvereinigung ein attraktives Produkt bieten kann. Ich habe die Rahmenbedingungen genannt - sie sind jedenfalls zum Teil auch schon gegeben -, unter denen ein Produkt angeboten werden kann, dessen Akzeptanz, wie ich glaube, groß sein wird und bei dem das Problem der adversen Selektion weitgehend ausgeschaltet werden kann. Das sage ich jetzt als IT-Chef eines Unternehmens: Ich glaube, dass es viel einfacher als bei der Rieser-Rente sein wird, mit den Zulagen umzugehen, und dass man das mit relativ geringen Mitteln tatsächlich einkalkulieren kann. Angesichts der mir bekannten Preise, die in die Modellrechnungen eingeflossen sind, habe ich keine Befürchtung, dass wir ein völlig überbeurtes und völlig überzogenes Produkt bekommen.

**SV Uwe Laue:** Ich antworte jetzt nicht als Aktuar. Ich glaube, dass die Risikoselektion in den Griff zu bekommen ist, weil auch dieses Produkt, wie die Rieser-Rente, verkauft werden muss. Es wird nicht gekauft, sondern verkauft, und jedes Unternehmen wird schon im eigenen Interesse Steuerungsinstrumente einsetzen, um eine gesunde Mischung aus guten und schlechten Risiken in dieses Kollektiv hineinzubringen. Herr Kleinlein, Sie wissen das - nicht als Aktuar, sondern als Unternehmensleiter -: Wir haben die Kosten mehr als im Griff. Die von Ihnen dargestellten überzogenen Kosten sind wirklich nicht die Regel. Die Förderung dieses

Produkts muss durch einen schlanken Prozess gestaltet werden. Ich glaube, er wird auch deutlich schlanker sein. Damit werden wir die Kosten auf jeden Fall in den Griff bekommen. Das, was Sie hier gerade an die Wand gemalt haben, entbehrt jeglicher Grundlage. Das ist maßlos überzogen.

**SV Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Wir haben in diesem Bereich sehr intensive Vorarbeiten geleistet. Ich kann heute verbindlich sagen, dass sich das Produkt für die Unternehmen rechnen wird und dass es für die Versicherten mit dem entsprechenden Rahmenwerk attraktiv sein wird. Voraussetzung ist allerdings, dass in der Rechtsverordnung möglichst schlanke Prozesse abgebildet werden; das ist machbar und wird nutzen. Voraussetzung für die Akzeptanz ist auch die Einführung der unterjährigen Förderung, die nicht zu zusätzlicher Bürokratie führt, sondern auf technischem Wege administrativ leicht umgesetzt werden kann.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Vertreter des GKV-Spitzenverbandes. Wir sprachen gerade von der Individualisierung des Pflegerisikos. Wie ist das denn heute? Wer trägt heute die Kosten, die über die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung hinausgehen? Ein Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung kostet, je nach Pflegestufe, 3 000 oder 3 500 Euro im Monat. Der Höchstsatz der Pflegeversicherung im Härtefall - das ist äußerst selten - beträgt 1 800 Euro. Ich hätte gerne die Sicht des GKV-Spitzenverbandes gewusst: Wer trägt heute diese Differenz?

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Die Antwort kennen Sie, Herr Spahn; ich will sie gerne noch einmal vortragen. Auch heute gilt die von der liberal-konservativen Koalition im Deutschen Bundestag in den 90er-Jahren durchge-

setzte Regelung, dass die gesetzliche Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung ist. Ziel war - das ist tendenziell erreicht -, dass die Menschen, sofern sie pflegebedürftig sind, mit den Leistungen der Pflegeversicherung, ihrem Alterseinkommen und ihren Ersparnissen dazu in der Lage sind, die Kosten der Pflege ohne ergänzende Sozialhilfe aufbringen zu können.

Hier ist allerdings ein negativer Trend zu erkennen. Die Herausforderung besteht nun darin, die Menschen aufgrund der absehbaren Entwicklung der verfügbaren Alterseinkommen über eine Versicherungslösung im Sinne einer sozialen oder gesetzlichen Versicherung darin zu unterstützen, die nach wie vor vorhandenen Eigenanteile tragen zu können, und zwar - das war das Argument - nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit. Man muss sich anschauen: Wie ist die Perspektive in Bezug auf die Fähigkeit der arbeitenden Bevölkerung, die erkennbar steigenden Lasten bewältigen zu können?

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Eine Frage an den Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, die im Zweifel mit Ja oder Nein beantwortet werden kann: Kann man sagen, dass heute das Risiko, für die Differenz der Kosten aufzukommen, individuell bzw. für die, die dafür nicht aufkommen können, vom Sozialhilfeträger getragen werden muss?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Sie beschreiben die heutige Gesetzeslage.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ja oder Nein? Haben wir heute eine Individualisierung des Pflegerisikos?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Erstens. Sie beschreiben die heutige Gesetzeslage. Zweitens. Es geht darum, ob ein Teil der sozialen Absicherung auch zukünftig als gemeinschaftliche soziale Absicherung, als Sozialversicherungslö-

sung gesehen werden soll oder ob dieser Teil gegebenenfalls geringer werden soll. Das ist aus unserer Sicht das Thema.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Vertreter der BDA und des GKV-Spitzenverbandes. War das jetzt aus Ihrer Sicht ein Plädoyer des GKV-Spitzenverbandes für eine Vollkostenübernahme in der gesetzlichen Pflegeversicherung?

SV **Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Ich persönlich habe das nicht so verstanden. Eine Vollkostendeckung darf es mit Sicherheit nicht geben. Entscheidend ist natürlich, dass man aufgrund der Herausforderungen des demografischen Wandels entsprechend Vorsorge trifft. Es ist grundsätzlich absolut zu befürworten, dass hier der richtige Schritt gegangen wird, eine zusätzliche, private Absicherung einzuführen. Aus unserer Sicht ist allerdings zu kritisieren, dass die Vorsorge nicht so nachhaltig erfolgt, wie sie hätte sein können, weil keine Leistungsbestandteile aus der sozialen Pflegeversicherung herausgenommen und in die private, eigene Verantwortung überführt werden. Nichtsdestotrotz ist das auf jeden Fall ein Schritt in die richtige Richtung.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Herr Abgeordneter Spahn, wenn der Sachverständige Naumann als Vertreter der BDA das so verstanden hat, dann habe ich offensichtlich die Position meines paritätisch besetzten Verwaltungsrates korrekt wiedergegeben. Der GKV-Spitzenverband plädiert nicht für die Einführung einer Vollkostendeckung in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Laue. Wenn es in der gesetzlichen Pflegeversicherung keine Vollkostendeckung geben wird - was auch

nicht angestrebt wird, weil sie wahrscheinlich recht teuer und mit enormen Beitragssteigerungen verbunden wäre - und wir gerade gehört haben, dass die Kostenrisiken im Pflegefall individuell zu tragen sind, macht es dann nicht Sinn, rechtzeitig eine Vorsorge zu befördern und dafür auch finanzielle Anreize zu setzen, damit der Einzelne oder die Sozialhilfe am Ende nicht auf den Kosten sitzen bleibt?

**SV Uwe Laue:** Aktuell gibt es zwischen 1,5 und 2 Millionen Verträge zur privaten Absicherung. Damit wird deutlich, dass der Öffentlichkeit das Risiko der Pflegebedürftigkeit noch nicht richtig bewusst ist. Ich glaube, dass dieser Änderungsantrag mit dazu beiträgt, dieses Bewusstsein zu befördern. Ich habe schon gesagt, dass das, was jetzt gemacht wird, ein wichtiger Einstieg ist. Damit muss jetzt begonnen werden. Irgendwann muss es zu einer Dynamisierung kommen, um die Lücke sukzessive zu schließen. Dazu muss es Leistungsanreize geben. Insofern ist das der richtige Weg. Vorhin ist von der Riester-Rente gesprochen worden. Auch damit ging es langsam los; aber inzwischen „riestern“ 40 Prozent der Bevölkerung, und diese Zahl wird weiter steigen. Hier ist eine Entwicklung zu verzeichnen. Das wird bei der privaten Pflegeversicherung genauso sein. Die Eigenverantwortlichkeit der Menschen muss gefördert werden; sie müssen angereizt werden. Dann wird das auch funktionieren.

**Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU):** Herr Dr. Leienbach, Sie hatten angemerkt, dass die Einführung der unterjährigen Förderung wichtig ist. Könnten Sie ausführen, warum Sie das als sinnvoll erachten, zumal meines Erachtens auch die Möglichkeit besteht, bei Versicherungsabschluss eine Rückwirkung vorzusehen?

**SV Dr. Volker Leienbach (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)):** Die unterjährige Förderung ist zentral. Wenn das nicht gemacht wird, wie

es im Änderungsantrag vorgesehen ist, gibt es eine ganze Reihe von sozialpolitischen Verwerfungen. Ich darf kurz einige Beispiele bringen. Erstes Beispiel: Wenn am 1. Juli ein Vertrag abgeschlossen wird, dann muss der Versicherer den Versicherten motivieren, rückwirkend zum 1. Januar abzuschließen. Warum sollte der Versicherte das tun? Da in diesem halben Jahr das Risiko der Pflegebedürftigkeit ganz offensichtlich nicht eingetreten ist, wird er das nicht tun. Dann gibt es für einen rückwirkenden Abschluss maximal sechs Monate Zeit. Das heißt, wenn ein Vertrag erst am 1. August oder später abgeschlossen wird, bekommt der Versicherte in diesem Jahr keine Förderung. Zweites Beispiel: Wenn ein Versicherter unterjährig verstirbt - das wird die Regel sein -, dann wird der Versicherer die Leistung bei den Erben de jure zurückfordern müssen. Sie sehen selbst, dass das kaum gehen wird. Drittes Beispiel: Auch Hilfebedürftige, bei denen der Beitrag in Einzelfällen nicht gezahlt wird und die Leistung ruhend gestellt wird, hätten keinen Anspruch auf die Förderung. Das ist sozialpolitisch nicht vermittelbar und wird die Akzeptanz des Produkts massiv belasten. Das muss dringend geändert werden.

**Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an den Vertreter der Aktuarvereinigung. Sie hatten zu Beginn Ihrer Ausführungen erklärt, dass man noch gesetzlicher Regelungen bedürfe, was den Überschuss angeht. Wie stellen Sie sich das konkret vor? Was empfehlen Sie hier?

**SV Heinz-Werner Richter (Deutsche Aktuarvereinigung e. V.):** Ich stelle mir vor, dass es für das geförderte Produkt quasi einen eigenen Abrechnungsverband gibt. Ich stelle mir vor, dass ein Großteil der Überschüsse, also 80 oder 90 Prozent der Mittel, wieder an diesen Verband zurückfließt und dazu verwandt wird, möglicherweise erforderliche Beitragsanpassungen zu finanzieren usw., das heißt,

dass diese Gelder wieder den Versicherten zugutekommen.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Bund. Sie verwalten bereits heute die sogenannten Riester-Verträge. Mich interessiert, ob die zukünftigen Aufgaben zur Abwicklung der geförderten privaten Pflegevorsorge den bestehenden Aufgaben ähneln.

SV **Ulrich Stolz** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)): Die Verfahren der Zulagenförderung im Bereich der Altersvorsorge und der jetzt geplanten Pflegevorsorge sind von den Verwaltungsverfahren her durchaus vergleichbar. Dies betrifft insbesondere den Einsatz von automatisierten elektronischen Verfahren und das damit verbundene Ziel eines hohen Automatisierungsgrades. Allerdings unterscheiden sich beide Verfahren zum einen in der Komplexität der an die zentrale Stelle übertragenen Aufgaben. In der zulagengeförderten Altersvorsorge obliegt der Zentralen Zulagenstelle die Statusfeststellung der Förderberechtigung. Zum anderen berechnet sie die Zulagenhöhe in Abhängigkeit von Beitrag und Einkommen. In der geplanten Zulagenförderung der privaten Altersvorsorge ist die Aufgabe der zentralen Stelle deutlich weniger komplex. Die Statusfeststellung zum Beispiel wird durch entsprechende Meldung der Versicherungsunternehmen für die zentrale Stelle deutlich einfacher. Dazu muss ich sagen: Nach der bisher geplanten Regelung ist es auch einfacher, eine Zulage auf Jahresbasis in Höhe von 60 Euro zu zahlen, als Stückelungen vorzunehmen, die auf Monatsbasis zu berechnen sind. Neben der Komplexität der Verfahren unterscheidet sich die Zulagengewährung in der Altersvorsorge und in der Pflegevorsorge auch aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen. So ist die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen im Wege einer Organleihe für das Bundesfinanzministerium als Finanzbehörde tätig. Nach

unseren Erfahren können wir sagen, dass die Verfahren der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen hierbei als Vorlage dienen können. Eine Integration in die zulagengeförderte Altersvorsorge der neuen Zulagenberechnung und -auszahlung ist unter anderem auch aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen nicht möglich.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich bemühe mich, meine nächste Frage kurz zu fassen. Sie geht an den PKV-Verband und an Herrn Laue: Funktioniert die Zusammenarbeit zwischen GKV und PKV, wie sie im SGB XI schon angelegt ist, gut, und was könnte man für den Vertrieb gegebenenfalls besser regeln?

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Die Kooperationen laufen gut. Sie laufen auch im Bereich der Pflegezusatzversicherung heute in der nicht geförderten Art und Weise. Wir gehen davon aus, dass sie auch bei dem geförderten Pflegeprodukt laufen. Die gesetzlichen Grundlagen sind gegeben. Weiteren Bedarf für zusätzliche Regelungen sehen wir nicht.

SV **Uwe Laue**: Dem kann ich mich vollumfänglich anschließen. Ich denke, dass diese Vertriebskooperationen sehr erfolgreich umgesetzt werden. Da besteht kein weiterer Handlungsbedarf.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Selbst die PKV scheint davon auszugehen, dass die derzeitigen Rahmenbedingungen nicht ausreichen; das Modell wird nur auf Steuerzahlerkosten geschäftstauglicher gemacht. Daher lautet meine Frage an die Verbraucherzentrale Bundesverband: Es ist ausgerechnet worden, dass die vorgesehenen 100 Millionen Euro für circa 1,7 Millionen Verträge reichen. Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie aus der begrenzten Reichweite der von der Bundesregierung geplanten Pflegevorsorge-

förderung? Hier ist vorhin mehrmals gesagt worden: Das Produkt wird nicht gekauft, sondern verkauft. Was hat es mit den Provisionsleistungen auf sich?

**SV Lars Gatschke** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Zur ersten Frage: Welche Schlussfolgerungen ziehen wir daraus? Wir haben schon einige Aspekte gehört. Die zentrale Frage ist: Welche Kollektivgröße erreichen wir? Wir haben mit dem Basistarif schon einmal ein Modell durchexerziert. Im aktuellen Heft 12 der Versicherungswirtschaft sind die Zahlen des PKV-Verbandes veröffentlicht worden. Nach diesen Zahlen haben wir 26 000 Versicherte im Basistarif und eine Altersstruktur, bei der im Wesentlichen Ältere versichert sind. Dementsprechend haben wir schon einmal Antiselektionseffekte vorexerziert. Wir befürchten, dass die geplante Pflegeversicherung genau denselben Effekt haben wird, weil durch den Kontrahierungszwang tendenziell die Kranken eher in den geförderten Tarif und die Gesunden unter Umständen eher in den ungeforderten Tarif hineingehen. Für fünf Euro mehr bestimmte Einschränkungen im Leistungsbereich in Kauf zu nehmen: Das mache ich als Verbraucher nicht. Wenn ich die volle Leistung bekommen kann, wie in der Vollkostenversicherung in der PKV, dann nehme ich natürlich die volle Leistung, und wenn ich die volle Leistung nicht bekomme, dann trete ich in den geförderten Vertrag ein. Dementsprechend werde ich Mechanismen haben. Die PKV-Seite hat schon dargestellt, dass wir über Poolösungen nachdenken, bei denen über die einzelnen Versicherungsunternehmen hinweg sozusagen ein Risikostrukturausgleich notwendig ist, um das alles ins Rollen zu bringen. Beim Basistarif stellt sich auch die Frage der Provisionsregelungen. Ich weiß, was bei Basistarifen an Provisionen gezahlt wird, nämlich nach meiner Kenntnis tendenziell nichts. Der Vertrieb hat auch kein Interesse, Basistarife zu verkaufen. Man verkauft lieber einen Vollkostentarif oder einen Einsteigertarif, weil man dafür Provision bekommt. Wir haben das bei der Ries-

ter-Rente durchexerziert: Wir haben zum einen die Riester-Rente eingeführt, und zum anderen, parallel, ungeforderte Verträge, bei denen ich volle Provisionen bekam. Für die Riester-Rente habe ich sie nur anteilig für den Beitrag oder über zehn Jahre verteilt bekommen. Dementsprechend habe ich schon auf der Vertriebsseite Fehlbuchungen. Wenn man es kostenschlank machen will, muss man an den Provisionen drehen. Letzter Kommentar zu den Provisionen: Die Deckelung ist das eine, die zeitliche Verteilung der Provisionen ist das andere. Ich habe durch die derzeitige Regelung schon eine Deckelung auf neun Monatsbeiträge in der normalen Vollkostenversicherung. Man kann auch über ähnliche Deckelungen beim geförderten Produkt nachdenken. Aber wenn ich sie im Vertrieb auf einen Schlag bekomme, dann hat das andere Wirkungen, als wenn sie kontinuierlich-ratierlich gezahlt werden und ich im Vertrieb einen gewissen Anreiz habe, am Ball zu bleiben und dem Verbraucher das passende Produkt zu verkaufen.

Es wird auch Vertragsbrüche geben. Menschen, die hilfebedürftig werden, sollen den Vertrag ruhen lassen. Vorneweg wurde aber erst einmal die volle Provision gezahlt. Ein weiterer Aspekt, der mit hineinspielen wird, ist die Frage nicht nur des Tarifwechsels, sondern auch des Anbieterwechsels. Warum soll ich beim staatlich geförderten Produkt nicht den Anbieter wechseln können? Bei Riester-Verträgen haben wir das ausdrücklich geregelt. Dann passt eine vorfristige Zahlung der Provisionen erst recht nicht, weil ich quasi für die gesamte Vertragslaufzeit die Provision gezahlt habe, aber unter Umständen den Vertrag wechsele. Es wird also sicherlich massiv auf die Anreizsteuerung der Provisionen ankommen, und es ist sicherlich zu befürchten, dass wir gewisse Antiselektionseffekte haben werden, die wir aber auch schon beim Basistarif gesehen haben.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Ich würde gerne noch eine Frage an die Verbraucherzentrale nachschieben. Vorhin war von Kontrahierungszwang und Ausschluss von

Risikozuschlägen die Rede. Kann aus Ihrer Sicht unter diesen Bedingungen überhaupt ein Markt für dieses Produkt entstehen?

**SV Lars Gatschke** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Es kann dann ein Markt entstehen, wenn ich keine Konkurrenzprodukte habe, die unter Umständen für bestimmte Teilbereiche wirtschaftlich lukrativer sind. Es geht also um das, worüber wir unter dem Stichwort Antiselektion die ganze Zeit gesprochen haben. Wir werden in der Produktwelt eine Teilung zwischen gesund und krank haben, sodass tendenziell diejenigen, die krank sind, eher in den geförderten Tarif hineingehen. Wir werden unter Umständen schon von der Grundkalkulation her eine Differenzierung zwischen Alt und Jung haben, sodass tendenziell die ungeförderten Produkte für Junge und Gesunde besonders attraktiv sind. Für Ältere ist das unter Umständen weniger der Fall. Wenn diese Teilung besteht, dann wird es zusätzlich noch im geförderten Bereich Probleme zwischen Arm und Reich geben, weil die Kosten für das geförderte Produkt höher sein werden. Wir befürchten, dass es eher Mitnahmeeffekte wie bei der Riester-Rente geben wird, dass diejenigen, die sich das Produkt leisten können, die Förderung mitnehmen. Gestatten Sie mir dazu noch eine Anmerkung aus meiner Beratungspraxis. Ich würde die Pflegezusatzversicherung nicht als essenzielle Versicherung einstufen, weil es ein Abwägungsprozess ist: Kann ich es mir leisten, das Pflegerisiko selbst zu tragen, oder habe ich kein Vermögen und will meine Nachfahren nicht damit belasten? Wenn ich den Ratsuchenden während meiner Beratung erkläre, dass eine Krankenversicherung, eine Haftpflichtversicherung, eine Riester-Rentenversicherung, die aufgrund der Senkung des gesetzlichen Rentenniveaus notwendig ist, und eine Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen werden müssen, um einen ausreichenden Schutz zu haben, stelle ich fest, dass dann bei den meisten wirtschaftlich schon das Ende erreicht ist. Eine Zusatzpflegeversicherung on the top

draufzusetzen, wird in der Regel wirtschaftlich nicht mehr möglich sein. Hier geht die von mir skizzierte Schere zwischen Arm und Reich auseinander. Daher macht es in meinen Augen keinen Sinn, denjenigen, die gut verdienen und die Förderung in Anspruch nehmen, eine Zulage zu zahlen. Dann kann man es gleich über den Sonderausgabenabzug regeln.

Abg. **Petra Crone** (SPD): Eine Frage an die Vertreter von DGB und ver.di. Wer profitiert nach Ihrer Einschätzung am meisten von der Einführung der Förderung der privaten Pflegevorsorge? Das ist bei einigen Antworten schon durchgeschimmert. Aber bitte beantworten Sie die Frage noch einmal.

**SV Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Das ist ganz klar: Die Pflegeversicherung wurde 1995 mit dem Ziel eingeführt, den Schutz vor bestimmten privaten Risiken, die man selbst nicht absichern kann, zu finanzieren. Mit der Einführung der nun angedachten privaten Pflegevorsorge wird dieser Gedanke ad absurdum geführt. Pflegerisiken werden privatisiert. Das heißt, Chancen, die sich aus diesem Gesetz ergeben, eröffnen sich bestenfalls aufseiten der privaten Pflegeversicherung. Risiken bestehen für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die sich gegen Pflegebedürftigkeit im Alter absichern und versichern wollen. Es kann dabei das passieren, was der Kollege von der BDA gesagt hat, nämlich dass dies der Einstieg in Leistungsausgrenzungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung ist und dass die entsprechenden Risiken privat abgesichert werden müssen. Diesen Einstieg wollen wir in keiner Weise. Das war 1995 auch nicht so gedacht.

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Profitieren werden natürlich diejenigen, die sich eine private Zusatzversicherung leisten können. Das können diejenigen,

die es eigentlich am nötigsten hätten, nicht. Diejenigen, die es sich leisten können, werden die Förderung in Anspruch nehmen. Die private Pflegeversicherung wird die Möglichkeit haben, ihre eigenen Produkte in Gesprächen, die nun ausgelöst werden, zu vermarkten. Insofern gibt es zwei Gewinner. Dazu gehören aber nicht diejenigen, die es am nötigsten hätten.

**Die Vorsitzende:** Vielen Dank, auch für die Kürze. Damit sind wir am Ende unserer Anhörung. Ich darf mich bei allen Sachverständigen für ihr Kommen und ihre Antworten sowie bei den Gästen für ihr Interesse bedanken. Herzlichen Dank und einen schönen Nachmittag.

Ende der Sitzung: 12:33 Uhr