

20. Juni 2012

**Stellungnahme des
Verbraucherzentrale Bundesverband
zum Änderungsantrag 18 zum Entwurf eines Gesetzes zur
Neuausrichtung der Pflegeversicherung**

Zusammenfassung

Auch die Förderung der freiwilligen Risikovorsorge führt nicht zu einer Neuausrichtung der nachhaltigen Finanzierung des Risikos Pflegebedürftigkeit. Zwar kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, dass die Soziale Pflegeversicherung von Anfang an eine Teilversicherung war, die „gedeckelte“ Leistungen gewährt und dass nach eigener oder sachverständiger Prüfung der Entwicklung von Einkommen und Vermögen sowie unter Berücksichtigung der familialen Gegebenheiten der Abschluss einer zusätzlichen Vorsorge angeraten sein kann.

Zu berücksichtigen ist aber, dass private Vorsorgeangebote in der Regel von Personen wahrgenommen werden, die nicht zu den Beziehern niedriger und sehr niedriger Einkommen gehören. Viele Menschen dagegen werden sich eine zusätzliche Risikoversicherung nicht leisten können. Und zwar gerade diejenigen, die später im Falle des Eintritts von Pflegebedürftigkeit mit geringen Einnahmen (Renten) zum Teil erhebliche Eigenanteile entrichten müssen, wenn sie Leistungen beziehen. Dies wird zu Lücken in der Versorgung führen, die - insbesondere bei einer freiwilligen Zusatzversicherung - einkommensschwache Gruppen treffen.

Die private Versorgungslösung führt zu einer teilweisen Entsolidarisierung, da die persönliche Leistungsfähigkeit der Versicherungsnehmer unberücksichtigt bleibt. Sie stellt auch eine teilweise Abkehr vom bisherigen System des lohnbezogenen Umlageverfahrens dar. Die Lastenverteilung „auf den Kopf“ bedeutet darüber hinaus eine weitere Abkehr vom Prinzip der paritätischen Finanzierung dieses Zweiges der Sozialversicherung.

Es erscheint geboten, die notwendige Erhöhung der Finanzreserven innerhalb des bestehenden, solidarischen und paritätischen Umlagesystems zu belassen, da es flexibel auf die jeweiligen Anforderungen reagieren kann. Dies kann durch eine vorsorgende Beitragsgestaltung geschehen, die es erlaubt, aus dem Beitragsaufkommen eine Demografiereserve (kollektiver Kapitalstock) anzulegen, die vor dem Zugriff für den allgemeinen Staatshaushalts geschützt sein muss.

Die Politik hat ferner die Aufgabe zu prüfen, ob die alleinige Bezugnahme auf den Faktor Arbeit bei der Finanzierung der Pflege zu kurz greift. Eine Beschränkung des Beitragsaufkommens nur auf das Einkommen aus unselbständiger Arbeit ist unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und des tendenziellen Rückgangs sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse schwer begründbar.

Kommentierung der im Änderungsantrag vorgesehenen Neuregelungen

Soweit man dem Gedanken folgt, den Aufbau einer kapitalgedeckten Pflegevorsorge staatlich zu fördern, ist es konsequent und richtig für Mindeststandards im Verbraucherschutz zu sorgen. Dies betrifft zutreffender Weise den Zugang zum Versicherungsschutz und die Begrenzung von Kosten. Insofern hat der Regulationsansatz unter Umständen auch Modellcharakter für eine Regulierung der Berufsunfähigkeitsabsicherung.

Problematisch wird die Regulierung dann, wenn im Markt Produkte erhältlich sind, die diesen Restriktionen nicht unterliegen.

Von Seiten der Verbraucher stehen Ausweichreaktionen zu befürchten: Gerade die Entwicklung im Basistarif zeigt mögliche Parallelen zu Entwicklungsszenarien in der privaten Pflegevorsorge. Man ging kalkulatorisch von einem Run Kranker auf den Basistarif aus, rechnete zusätzliche Sicherheitszuschläge in die Kalkulation hinein. Für gesunde Verbraucher ist der Basistarif daher unattraktiv, sodass zu keine interne Risikoausgleich innerhalb des Basistarifs kommt. Für diese erhöhte Risiken muss es zwar einen internen Risikoausgleich zwischen allen Basistarif-Versicherten geben, der aber nicht ausreicht, um die Kosten zu decken. Um dies auszugleichen haben alle Versicherer einen Pool gegründet, durch den die unterschiedlichen Risiken finanziell ausgeglichen werden. Der Pool berechnet und bestimmt – ähnlich wie der Risikostrukturausgleich in der GKV, welcher Versicherer Zuschüsse bekommt.

Zudem steht zu befürchten, dass dieser Effekt durch Separierung gesund und krank noch weiter verstärkt wird und die Prämiensteigerung aufgrund des vorstehend beschriebenen Mechanismus nicht durch Förderung kompensiert werden kann. Durch die Prämiendifferenzierung bei jung und alt muss ein unterschiedlicher Eigenanteil erbracht werden, so dass es bei Älteren und Kranken Schere zwischen arm und reich geben wird. Berücksichtigt man die fehlende Einschätzung des Risikos bei Jungen, wäre der Regelungszweck verfehlt.

Bei einer Förderung von 5 Euro im Monat und einem Eigenbeitrag von 10 Euro stellt sich damit die Frage, ob es volkswirtschaftlich sinnvoll ist, die Risikoabsicherung so zu organisieren, oder die bestehenden Mechanismen nicht eine wesentliche effizientere Alternative sind.

Schließlich stellt sich die Frage, ob die Versicherungswirtschaft überhaupt an einer breiten Einführung dieses geförderten Produkts interessiert ist. Die Erfahrungen aus der Einführung der „Riester-Rente“ haben gezeigt, dass bei ähnlichen Produkten tendenziell das Produkt verkauft wird, das die höheren Provisionen bringt. Insofern wird der Erfolg auch maßgeblich von der Provisionsausgestaltung beim geförderten und ungeforderten Produkt abhängen.

1. Pflegevorsorgezulage

Nach § 127 Abs. 1 SGB XI erhält der Verbraucher eine Zulage in Höhe von jährlich 60 Euro, wenn er mindestens einen Beitrag von 120 Euro im jeweiligen Beitragsjahr leistet. Dies hat zwei Auswirkungen:

Es besteht ein Anreiz dafür, wirklich nur die Mindestvoraussetzungen für die Förderfähigkeit zu erfüllen und damit ein optimales Verhältnis von Förderung und Eigenbeitrag zu erzielen. Dann wird aber keine angemessene Absicherung des Pflegerisikos erzielt und die eigentliche Zielsetzung einer kapitalgedeckten Zusatzvorsorge nicht erreicht.

Da die Versicherungsprämie altersabhängig ist, erhalten jüngere Menschen eine höhere Förderungsquote als ältere Menschen. Die Attraktivität des geförderten Produkts nimmt mit zunehmendem Alter ab. Ein Ausweichen auf ungeforderte Produkte ist älteren Menschen vielfach aufgrund der Gesundheitsprüfung nicht möglich, so dass sie tendenziell auf einen Versicherungsschutz verzichten werden.

Möchte eine altersübergreifende Akzeptanz der geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherung erzielen, muss man über eine altersabhängige Zulage oder eine prämienabhängige Zulage nachdenken. Eine altersabhängige Zulage dürfte mit dem Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz nicht in Einklang zu bringen sein.

Wir sprechen uns daher allenfalls für eine prämienabhängige Zulage in Prozent von Jahresbeitrag aus.

2. Fördervoraussetzungen

a) Ausschluss der ordentlichen Kündigung

Diese Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Nicht geregelt ist aber der Zahlungsverzug durch den Verbraucher. Nach einer qualifizierten Mahnung müsste der Vertrag ruhend gestellt werden. Nach einer gewissen Frist müsste er dann in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt werden.

b) Vertragliche Versicherungsleistung (§ 127 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB XI)

Die Einbeziehung der Demenz in die Anspruchsvoraussetzungen ist eine wichtige Fördervoraussetzung. Die Demenzleistungen in den aktuellen Verträgen sind meist unzureichend. Versichert wird gerne bei Pflegestufe 0 eine Geldleistung 1% des Tagegeldes.

Nach dem Wortlaut der Vorschrift ist nur eine Auszahlung von mindestens 600 Euro für die Pflegestufe III förderfähig. Weitere Leistungen darf der förderfähige

Tarif nicht vorsehen. Anscheinend handelt es sich nicht um Redaktionsversehen, denn in der Begründung dazu heißt es: *„Weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht umfassen. Dies schließt nicht aus, dass ein Vertrag über eine Pflege-Zusatzversicherung sowohl förderfähige als auch nicht förderfähige Tarife umfassen kann.“*. Wir halten diesen Ansatz für nicht praktikabel. Damit gäbe es einen Vertragsteil ohne Ausschlüsse und Risikozuschläge und einen Vertragsteil mit Ausschlüssen und Risikozuschlägen. Darunter leidet die Transparenz in den Versicherungsbedingungen, die Vergleichbarkeit mit ungefördernten Produkten und die Regulierungspraxis im Schadensfall, weil der Verbraucher unter Umständen zwei Leistungen zu unterschiedlichen Regelungen verlangen und im Zweifel gegen die Versicherung erstreiten müsste.

Ein förderfähiger Vertrag muss das Pflegerisiko in allen Pflegestufen und bei Demenz abdecken. Dies wird in der Beratungspraxis vielfach auch so von den Verbrauchern gewünscht.

c) Begrenzung auf Leistungen nach SGB XI (§ 127 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 SGB XI)

In der Begründung wird dazu ausgeführt: *„Um eine Überversicherung zu verhindern, dürfen geförderte Pflege-Zusatzversicherungen nur Geldleistungen vorsehen, die im Ergebnis maximal zu einer Verdoppelung der Höhe der durch dieses Buch gewährten Leistungen führen.“* Daraus resultiert, dass der Verbraucher nach derzeitigem Stand maximal 1.550 € in der Pflegestufe III absichern könnte. Finanztest hat im Heft 02/2011 jedoch einen Deckungsbedarf von bis zu 2.200 € festgestellt. Ob in allen Fällen der stationären Unterbringung sämtliche Kosten mit 3.100 € abgedeckt sind, darf bezweifelt werden. Die Folge ist, dass neben der Pflegepflichtversicherung auch die staatlich geförderte Pflegevorsorge nur eine „Teilkasko-Absicherung“ bieten wird.

Der Verbraucher sollte auch im staatlich geförderten Produkt seinen individuellen Risikobedarf abdecken können.

Gerade für junge Leute ist eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate besonders wichtig, da die Leistungen ansonsten durch Inflation zu stark gemindert werden. Hier ist aber für eine verbrauchergerechte Ausgestaltung in den Musterbedingungen zu sorgen.

d) Wartezeit von maximal fünf Jahren (§ 127 Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB XI)

Es ist zwar nachvollziehbar, dass die Versicherer keine „brennenden Häuser“ versichern wollen. Die vorgeschlagene Wartezeit ist vor dem Hintergrund, dass die Wahrscheinlichkeit, ein Pflegefall zu werden, bei Personen unter 60 Jahre lediglich 0,8 % beträgt, viel zu lang. Der GEK-Pflegereport 2009 geht im Erhebungszeitraum 2004 – 2008 von einer durchschnittlichen Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit bei Männern von 1,32 Jahren (Lebensalter 60) bis 1,45 Jahren (Lebensalter 90) und bei Frauen von 2,41 Jahren (Lebensalter 90) bis 2,84 Jahren (Lebensalter 80) aus.

Wir halten daher eine Wartezeit von maximal drei Jahren für angemessen.

e) Ruhenlassen des Vertrages (§ 127 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB XI)

Ein Versicherungsnehmer soll bei Hilfebedürftigkeit seinen Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen lassen können. Die Aussetzung des Vertrages kann in der Tat eine wirtschaftliche Überforderung des Verbrauchers vermeiden. Warum der Vertrag aber mindestens drei Jahre ruhend gestellt werden muss, erschließt sich nicht. Es sei denn, man will damit einen Anreiz setzen, dass der Verbraucher bei Hilfebedürftigkeit gleich den Tarif kündigt. Damit würden aber seine Alterungsrückstellungen verloren für ihn verloren gehen.

Der Verbraucher muss seinen Vertrag für die Zeit seiner Hilfebedürftigkeit ruhen lassen können.

f) Kündigung wegen Hilfsbedürftigkeit (§ 127 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB XI)

Wie oben dargestellt, gingen die Alterungsrückstellungen im Fall der Kündigung zusammen mit den Zulagen verloren. Dies ist für den Verbraucher auch deshalb wirtschaftlich fatal, weil ein erheblicher Teil der Prämien zunächst für den Aufbau der Alterungsrückstellungen verwendet wird.

Statt der Kündigung sollte ein Anspruch auf Herabsetzung auf eine beitragsfreie Versicherung vorgesehen werden.

g) Deckelung der Abschluss- und Verwaltungskosten (§ 127 Abs. 2 S. 1 Nr. 8 SGB XI)

Die Deckelung der Abschluss- und Verwaltungskosten ist das eine, deren zeitliche Verteilung das andere. Insbesondere die Abschlusskosten müssen gleichmäßig über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt werden. Dies würde beruhigend auf den Markt wirken, weil Umdeckungen von Versicherungsverträgen und Aussparungen von Versicherungskunden wirtschaftlich unattraktiver wird. Auf lange Sicht rücken Betreuung, Serviceorientierung und die Einhaltung von Leistungsversprechen in den Vordergrund, weil nur derjenige von Bestandsprovisionen profitiert, der seine Kunden möglichst lange binden kann.

h) Überschussbeteiligung (nicht geregelt)

Aufgrund der Produktrestriktionen und Unwägbarkeiten bei der Zusammensetzungen des Versicherungskollektivs ist bei einer vorsichtigen Kalkulation mit erheblichen Überschüssen zu rechnen. Die bestehende Überschussbeteiligung nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz nicht ausreichend. Die geförderte Pflegeversicherung muss in einem separaten Abrechnungsverband abgerechnet werden und alle Überschüsse zu 90 % ausschließlich diesem Verband gutge-

schrieben werden. Dies ist ein angemessenes Korrektiv für eine überhöht vorsichtige Kalkulation und sorgt dafür, dass die Ergebnisse daraus größtenteils wieder der geförderten Pflegeversicherung zugutekommen und nicht etwa zur Subventionierung anderer Tarife verwendet werden können.

**i) Wechsel des Anbieters unter Mitnahme der Alterungsrückstellung
(nicht geregelt)**

Die Riester-Rente sieht zur Förderung des Wettbewerbs ausdrücklich einen Anbieterwechsel vor. In den jetzigen Reformbemühungen sollen die bestehenden Wechselhemmnisse beseitigt werden. Auch für die staatlich geförderte Pflegevorsorge ist eine solche Wettbewerbskomponente erforderlich, um einen Anreiz dafür zu schaffen, dass dem Verbraucher dauerhaft effiziente Produkte angeboten werden.

Als Förderungsvoraussetzung ist daher ein Anbieterwechsel unter Mitnahme der Alterungsrückstellung einschließlich der zusätzlichen Alterungsrückstellungen zur Prämienermäßigung im Alter aufzunehmen. Neue Abschlusskosten hierbei sind weitestgehend zu begrenzen. Auch für diese Wechsel ist ein Kontrahierungszwang vorzusehen, unter gleichen Bedingungen wie auch bei Erstversicherung.

j) Tarifwechsel (nicht geregelt)

Soweit für die staatlich geförderte Pflegevorsorge das Versicherungsvertragsgesetz zur Anwendung kommt, hat der Verbraucher ein Recht auf einen Tarifwechsel gemäß § 204 VVG. Der Verbraucher könnte also in einen neueren Tarif der staatlich geförderten Pflegevorsorge wechseln. Dies sollte in § 127 SGB XI auch so klargestellt werden.

k) Festlegung des Musterbedingungen (§ 127 Abs. 2 S. 2 SGB XI)

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Nach den Erfahrungen bei der Entwicklung der Musterbedingungen des so genannten Basistarifs ist die Konsultation der Verbraucherverbände bei der Ausgestaltung der Musterbedingungen gesetzlich festzuschreiben, um allen Marktteilnehmern ihre Partizipationsrechte zu gewährleisten.

Unabhängig davon ist unklar, inwieweit in Tarifbedingungen von den Musterbedingungen abgewichen werden kann.

3. Verfahren

Eine zentrale Erfahrung aus der „Riester-Rente“ ist, dass die Verbraucher erhebliche Probleme mit dem Antragsverfahren für die Riester-Zulage haben. Dies ist auch nicht durch die 2005 eingeleitete Verfahrensvereinfachung (die so auch für die Pflegevorsorge vorgesehen ist) wesentlich besser geworden. Bei Riester mag ein Antragsverfahren noch Sinn machen, weil die steuerliche Förderung separat gewährt wird und ich somit ein Wahlrecht zwischen beiden Fördervarianten habe. Ein Antragsverfahren macht in der geplanten Konstruktion aber keinen Sinn. Welchen Grund sollte der Verbraucher haben, die Förderung nicht mitzunehmen?

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der nachträglichen Gewährung der Zulage. Eigentlich müsste die Zulage parallel zur Beitragszahlung des Verbrauchers permanent fließen. Ansonsten finanziert das Versicherungskollektiv die Risikoabsicherung bis zum Zugang der Zulage vor, im Extremfall ein Drittel der Gesamtprämie. Dieses Zulageverfahren passt insoweit bei kapitalbildenden Versicherungsprodukten, weil die Zulage wie ein zusätzlicher Beitrag behandelt wird und damit die Kapitalleistung erhöht, nicht aber bei einer Risikoabsicherung. Dies gilt umso mehr, als auch die Möglichkeit besteht, dass keine Zulage gewährt wird, dann müsste der Verbraucher die nicht gewährte Zulage als zusätzlichen Eigenbeitrag nachentrichten.

Nach § 128 Abs. 2 SGB XI stellt die zentrale Stelle auf Grund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Besteht kein Anspruch auf Zulage, so teilt die zentrale Stelle dies dem Versicherungsunternehmen mit. Zwar hat das Versicherungsunternehmen die zulageberechtigte Person nach § 128 Abs. 3 SGB XI jährlich über die im abgelaufenen Beitragsjahr getroffenen, aufgehobenen oder geänderten Ermittlungsergebnisse der zentralen Stelle zu informieren, ein gesonderter Zulagebescheid ergeht grundsätzlich nicht. Dementsprechend kann der Verbraucher auch keine Rechtsmittel gegen ablehnende Entscheidungen der zentralen Stelle einlegen. Dies widerspricht elementaren Rechtsstaatsprinzipien.

4. Evaluierung (nicht geregelt)

Eine zentrale Lehre aus der „Riester-Rente“ ist, dass es verabsäumt wurde eine Evaluierung und ein kontinuierliches Monitoring der Förderwirkung in die gesetzlichen Regelungen aufzunehmen. So bestehen keinerlei Erkenntnisse, ob die Förderung seine Wirkung entfaltet, also bei den richtigen Adressaten ankommt und wirklich zu der gewünschten Bildung von Altersvermögen führen.

Gerade vor dem Hintergrund der Unwägbarkeiten mit den förderrechtlichen Rahmenbedingungen, der Umsetzungspraxis in den Versicherungsunternehmen und dem Abschlussverhalten der Verbraucher ist eine Evaluierung und ein kontinuierliches Monitoring der privaten Pflegevorsorge unbedingt erforderlich.

5. Umstellung Altverträge (nicht geregelt)

Es ist unbedingt erforderlich, dass eine Altvertragsregelung aufgenommen wird. Diese soll sicherstellen, dass bereits bestehende Pflegegeldverträge unabhängig von den in § 127 bestimmten Voraussetzungen förderfähig sind. Andernfalls werden die Versicherer eine Tarifwechselkampagne starten und auf Neuabschlüsse hinwirken, obwohl schon Versicherungsschutz besteht.

Zumindest muss der Verbraucher, der schon eine private Pflegezusatzversicherung für Pflegestufe III hat, diese in die förderfähige neue Versorgung ohne neue Gesundheitsprüfung, ohne finanzielle Verlust und ohne neue Wartezeiten umwandeln können.