

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elke Ferner, Angelika Graf (Rosenheim),
Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/14730 –**

Private Krankenversicherung und Bundesregierung

Vorbemerkung der Fragesteller

Der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, hat in Zeitungsinterviews seine Vision beschrieben, wonach „alle Menschen selbst entscheiden können, wie und wo sie sich versichern wollen“. Diese ministerielle Vision läuft letztlich darauf hinaus, dass die Versicherungspflichtgrenze abgeschafft wird, was dem Bundesminister für Gesundheit Kritik von vielen Seiten sowie Hohn und Spott vom bisherigen Koalitionspartner einbrachte. Der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, hat noch am 14. Juni 2013 ausgeführt: „Ich würde einer privaten Vorsorge viel mehr vertrauen als einem Staat, bei dem man nie weiß, was mit dem Geld passiert, das Politiker verwalten.“ (N24 am 13. Juni 2013). Demgegenüber hat die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin) vor einigen Wochen das Ergebnis einer Prüfung bekanntgegeben, wonach 17 Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) für ihre Kapitaleinlagen auf den Kapitalmärkten geringere Zinsen als den aktuellen Rechnungszinssatz für die Alterungsrückstellungen erhalten. Da in diesem Fall die dauerhafte Leistungsfähigkeit der betroffenen Versicherungen nicht gewährleistet ist, müssen diese Unternehmen ihre Prämien erneut erhöhen. Weitere Unternehmen der PKV werden nach Ansicht der Fragesteller folgen, weil nicht absehbar ist, wann die Zinsen wieder ansteigen werden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Stärkung des Wettbewerbs und die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten sind nach Auffassung der Bundesregierung ein zentraler Schlüssel für die nachhaltige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland. Die vielfältigen Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs und der eigenverantwortlichen Entscheidungsfreiheit der Versicherten in dieser Legislaturperiode haben unser Gesundheitssystem für die Herausforderungen des demographischen Wandels gerüstet und einen wichtigen Beitrag geleistet, um die nachhaltige Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Diesen Weg gilt es nach Auffassung der Bundesregierung fortzusetzen.

Dabei hat sich der Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung bewährt – er schafft Vielfalt in der Versorgung und stärkt die Wahlmöglichkeiten der Versicherten. Die Bildung von Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung ist dabei grundsätzlich geeignet, den Herausforderungen des demographischen Wandels zu begegnen. Die durchschnittliche Nettoverzinsung lag in den letzten fünf Jahren bei über vier Prozent pro Jahr. Damit leisten die Alterungsrückstellungen und die darauf anfallenden Kapitalzinsen auch in Niedrigzinsphasen einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung unseres Gesundheitswesens.

1. Befürwortet die Bundesregierung einen Risikoausgleich für die PKV, wie ihn der gesundheitspolitische Sprecher der Union, Jens Spahn, gegenüber „SPIEGEL ONLINE“ (27. August 2013) als Bedingung für die Wahlfreiheit zwischen privater und gesetzlicher Versicherung für alle Bürgerinnen und Bürger formuliert hat, und wie soll dieser Risikoausgleich ausgestaltet sein?
2. Wie steht die Bundesregierung zu der Äußerung von Jens Spahn bei „SPIEGEL ONLINE“, dass der Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr im Kern bedeutet, „die privaten Versicherer für die Grundversorgung der Logik des gesetzlichen Systems anzugleichen“?
Wie soll diese Forderung gegebenenfalls umgesetzt werden?

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund ihres sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Ausführungen von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, auf die sich die Fragen beziehen, hatten die perspektivische Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zum Gegenstand. Forderungen, einen Risikoausgleich für die PKV einzuführen oder die privaten Versicherer „der Logik des gesetzlichen Systems anzugleichen“, waren weder Gegenstand der Ausführungen von Bundesminister Daniel Bahr, noch sind sie Ziel der Bundesregierung.

3. Wie beurteilt die Bundesregierung die Aussage von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, dass der „private[n] Vorsorge viel mehr [zu] vertrauen [ist] als einem Staat, bei dem man nie weiß, was mit dem Geld passiert, das Politiker verwalten.“ (N24 13. Juni 2013)?
4. Welche Informationen hat die Bundesregierung über die Verwaltung des Geldes der Sozialversicherungen durch Politikerinnen und Politiker?

Die Fragen 3 und 4 werden aufgrund ihres sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hat mit seiner Aussage verdeutlicht, dass im Rahmen einer privaten Vorsorge gebildete Rücklagen Eigentumsrechtlich geschützt sind, während dauerhafte Überschüsse der Sozialversicherungen aufgrund des Umlageprinzips nicht vorgesehen sind und für sie daher ein entsprechender Schutz nicht besteht.

5. Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der laufenden Legislaturperiode von Unternehmen oder dem Verband der privaten Krankenversicherung oder mit ihm verbundenen Organisationen in das Bundesministerium für Gesundheit gewechselt oder haben mit diesem eine sonstige vertragliche Beziehung?

In der 17. Legislaturperiode ist ein Beschäftigter von Unternehmen oder dem Verband der privaten Krankenversicherung oder mit ihm verbundenen Organisationen in das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gewechselt.

6. Trifft es zu, dass die vom Bundesministerium für Gesundheit Beauftragte für den Bürokratieabbau in der Pflege vorher bei einer Organisation des Verbands der privaten Krankenversicherung gearbeitet hat, und um welche Tätigkeit bei welcher Organisation hat es sich dabei gehandelt?

Die vom BMG beauftragte „Ombudsperson für den Bürokratieabbau in der Pflege“ ist freiberufliche Expertin und Projektmanagerin im Gesundheits- und Pflegebereich. Ihr Lebenslauf ist auf der Internetseite des BMG veröffentlicht. Vor ihrer Tätigkeit als Ombudsperson hatte sie – neben zahlreichen anderen beruflichen Aktivitäten im Pflegebereich – u. a. im Auftrag des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. die Gesamtprojektleitung zur Konzept- und Gründungsvorbereitung einer Tochtergesellschaft des Verbandes (COMPASS Private Pflegeberatung gem. GmbH) inne. Sie hat zudem in der Funktion der Geschäftsführung den Aufbau der zentralen und dezentralen Strukturen des Unternehmens zur Sicherstellung einer unabhängigen telefonischen und aufsuchenden Pflegeberatung gemäß § 7a SGB des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) für alle privat Versicherten in Deutschland geleitet.

7. Wie hoch sind die bisherigen Ausgaben des Bundes für diese Stelle – bitte nach Jahren und Personal- und Sachkosten getrennt ausweisen –, und für welchen Zeitraum ist sie beauftragt?

Die vertragliche Vereinbarung mit der „Ombudsperson für den Bürokratieabbau in der Pflege“ hat im Juli 2011 begonnen und endet in dieser Form mit dem September 2013. Eine ehrenamtliche Beauftragung darüber hinaus ist vorgesehen. Die Honorarkosten (inklusive USt) sind wie folgt vereinbart: rund 45 000 Euro im Jahr 2011, rund 95 000 Euro im Jahr 2012 und rund 80 000 Euro im Jahr 2013. Die Büroinfrastruktur stellt das BMG; projektbezogene Sachkosten werden nach Bedarf bis zu 25 000 Euro für jeweils zwölf Monate erstattet. Eine Endabrechnung liegt dem BMG noch nicht vor.

8. Warum wurde die Beauftragte für den Abbau der Bürokratie, so der Hinweis auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit, auch nach 2012 weiterbeschäftigt, obwohl ein Ziel der Bundesregierung bei der letzten Pflegereform der Abbau der Bürokratie war und die Reform 2012 in Kraft getreten ist?

Das Thema „Entbürokratisierung in der Pflege“ ist derzeit eine der wichtigsten fachpolitischen Aufgaben bei der Ausgestaltung des SGB XI. Im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) konnten bereits etliche Vorschläge der Ombudsperson umgesetzt werden. Der ständige Reformprozess des SGB XI ist jedoch auch mit dem Inkrafttreten des PNG nicht abgeschlossen. Da die Pflegepraxis auch weiter täglich mit „Bürokratie“ zu kämpfen hat, wurde die von den beteiligten Akteuren als positiv bewertete Zusammenarbeit mit der „Ombudsfrau für den Bürokratieabbau in der Pflege“ verlängert.

9. Wie und in welcher Form hat die Beauftragte für den Bürokratieabbau in der Pflege das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt?

Welche Berichte von ihr wurden veröffentlicht?

Die „Ombudsperson für den Bürokratieabbau in der Pflege“ hatte die Aufgabe, die Vorschläge zur „Entbürokratisierung in der Pflege“ zu sichten, zu systematisieren und zu bewerten sowie die Fachabteilung des BMG bezüglich einer konkreten Umsetzung in die Gesetzgebung des SGB XI zu beraten. Sie hat dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages bisher dreimal über ihre Tätigkeit berichtet, zuletzt in der 111. Sitzung am 15. Mai 2013 (Ausschussdrucksache 17(14)0407 vom 16. April 2013). Im Abschlussbericht des Statistischen Bundesamts zum Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege (2013) hat sie zu verschiedenen Aspekten und Handlungsbedarfen im Kontext der vorliegenden Daten des Berichts Stellung genommen. Darüber hinaus hat sie in zahlreichen „Praxisbesuchen vor Ort“ in vielen Regionen Deutschlands mit den Pflegenden und zentralen Akteuren der Pflege sowie Bürgerinnen und Bürgern zu Fragen der Entbürokratisierung der Pflege einen Meinungsaustausch geführt.

Der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA) haben sich jüngst in einem Schreiben an das BMG sehr positiv zur Tätigkeit der Ombudsperson geäußert und eine Fortsetzung entsprechender Aktivitäten empfohlen. Als Ergebnis der Gesamttätigkeit wurde daher das Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells ‚Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation‘ in der ambulanten und stationären Pflege“ entwickelt, das in den nächsten Monaten in einem Praxistest erprobt werden soll.

10. Warum war es nötig, die Provisionen der Vermittler von Policen der privaten Krankenversicherung in dieser Legislaturperiode gesetzlich zu begrenzen, und warum konnte dies dem freien Wettbewerb nicht überlassen bleiben?

Die Begrenzung der Provisionen wurde auf Initiative des Deutschen Bundestags nachträglich in das Gesetz zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagenrechts aufgenommen. Anlass für diese Initiative war die Beobachtung, dass insbesondere in der PKV die an Vermittler gezahlten Provisionen in den letzten Jahren drastisch gestiegen seien. Dieses gehe letztlich zu Lasten der Versichertengemeinschaft (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Finanzausschusses, Bundestagsdrucksache 17/7453, S. 70 f.).

11. Wie beurteilt die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die Tatsache, dass die PKV im Jahr 2012 für ihre 413 100 Versichertenneuzugänge die Summe von 2,6 Mrd. Euro für den Abschluss der Neuverträge ausgegeben hat (Zeitschrift für Versicherungswesen, Ausgabe 13/14 2013)?

Wie lange könnte mit dem durchschnittlichen Betrag (6 294 Euro pro Abschluss) je PKV-Neuversicherten die medizinische Versorgung eines durchschnittlichen GKV-Versicherten bezahlt werden?

12. Hält die Bundesregierung angesichts dieser Zahlen die gesetzliche Begrenzung der Vermittlerprovisionen für einen Erfolg, und wie begründet sie ihre Haltung dazu?

Die Fragen 11 und 12 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die gesetzliche Regelung betrifft Abschlussprovisionen, die zitierten Angaben dagegen Abschlussaufwendungen. Abschlussaufwendungen umfassen über die

an die Vermittler gezahlten Provisionen hinaus jeglichen Aufwand, der einem Versicherungsunternehmen direkt durch den Abschluss einer Versicherung entsteht. Aus der Zahl lässt sich daher kein Rückschluss auf die Wirkung der gesetzlichen Regelung ziehen. In der GKV betragen im Jahr 2012 die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten ca. 2 640 Euro.

13. Warum war die Senkung der bisherigen Dreijahresfrist für den Wechsel von der GKV in die PKV bei der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu Beginn der Legislaturperiode notwendig?

Warum verneint die Bundesregierung jetzt Forderungen des Vorsitzenden des Verbandes der privaten Krankenversicherung nach einer Senkung der Versicherungspflichtgrenze?

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom 31. Dezember 2010 wurde die bis zum Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) geltende Rechtslage wiederhergestellt. In Anwendung des Subsidiaritätsprinzips wurde damit die Eigenverantwortlichkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die durch das GKV-WSG eingeschränkt worden war, wieder gestärkt. Eine Absenkung der Versicherungspflichtgrenze war und ist für das Ziel der Wiederherstellung der Rechtslage vor GKV-WSG nicht erforderlich.

14. Wie beurteilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass ein rückwirkendes Inkrafttreten zum 1. Januar 2011 eine verfassungsrechtlich untersagte, sogenannte Echte Rückwirkung darstellt?

Haben die Verfassungsressorts der Bundesregierung das Inkrafttreten zum 1. Januar 2011 geprüft?

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Wenn nein, warum nicht?

In Bezug auf die in Frage 13 angesprochenen Regelung ist darauf hinzuweisen, dass eine Rückwirkung nicht vorliegt, da sie mit dem Tag der Verkündung des Gesetzes am 31. Dezember 2010 in Kraft getreten ist. Damit konnten die Rechtsfolgen dieser Regelung nicht für einen vor dem Zeitpunkt der Verkündung liegenden Zeitraum eintreten.

15. Warum wurden bei der Übertragung der Rabatte nach § 130a SGB V von dem System der gesetzlichen Krankenversicherung in das System der privaten Krankenversicherung der PKV Sondervorteile eingeräumt, indem die PKV auch Rabatte für solche Rezepte bekommt, deren Kosten sie gar nicht getragen hat, weil sie der Versicherte im Rahmen von Selbst- oder Eigenbehalten selbst getragen hat (neuer Satz 3 im § 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel)?

Wie rechtfertigt die Bundesregierung ordnungspolitisch sowie wettbewerbs- und kartellrechtlich diese Zahlungen von privaten Unternehmen an andere private Unternehmen, denen keinerlei Leistung gegenübersteht?

Das Bundesverfassungsgericht hat anerkannt, dass auf Grund der Einführung der Versicherungspflicht mit Kontrahierungszwang auch in der PKV eine Verantwortlichkeit des Gesetzgebers dafür besteht, dass die privaten Krankenversicherer nicht in unzumutbarer Weise belastet werden. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und PKV sollen als jeweils eigene Säule für die ihnen zugewiesenen Personenkreise einen dauerhaften und ausreichenden Versiche-

rungsschutz sicherstellen, der sich insbesondere auch durch die Einkommensstruktur der Privatversicherten und Beihilfeempfänger mit vielen Beziehern kleinerer und mittlerer Einkommen begründet.

Mit dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel sollen daher Einsparungen bei Arzneimitteln neben der GKV auch bei Versicherten anderer Kostenträger erreicht werden. Außerdem soll vermieden werden, dass es durch die Beschränkung von gesetzlichen Abschlägen auf die GKV zu Kostenverlagerungen auf Versicherte der PKV und Beihilfeempfänger kommt. Die Abschläge dürfen von den PKV-Unternehmen ausschließlich zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämienermäßigung verwendet werden.

Selbst- oder Eigenbehalte bei privaten Krankenversicherungen beziehen sich in der Regel auf mehr als einen Leistungsbereich. Deshalb wäre es zufällig und hinge von der Reihenfolge der vom Versicherten bei seinem Versicherer eingereichten Rechnungen ab, ob und in welcher Höhe die Herstellerabschläge gewährt würden. Darüber hinaus tragen die Versicherten bis zur Höhe der Selbstbeteiligung die gesamten Arzneimittelkosten ohne Berücksichtigung der Herstellerabschläge. Mit der Änderung des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel im Rahmen des Dritten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften wird daher der ursprünglichen Gesetzesintention des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung folgend klargestellt, dass auch bei Versicherten mit absoluter oder prozentualer Selbstbeteiligung den Kostenträgern die Abschlagszahlung in voller Höhe zu gewährleisten ist.

16. Wie beurteilt die Bundesregierung die Ausführungen der „Stiftung Warentest“ zum sogenannten Pflege-Bahr, und ist sie mit ihr der Auffassung, dass diese Versicherungspolice keine finanziellen Vorteile gegenüber herkömmlichen Produkten der privaten Pflegeversicherung haben?

Die geförderte Pflege-Zusatzversicherung weist gegenüber ungeforderten Produkten zahlreiche Vorteile auf, die durch die „Stiftung Warentest“ nicht entsprechend gewürdigt wurden. Insbesondere besteht für diese Verträge seitens der Versicherungsunternehmen ein Kontrahierungszwang und Risikozuschläge sowie Leistungsausschlüsse sind nicht gestattet. Damit können heute deutlich mehr Personen privat vorsorgen als dies bislang der Fall war.

Die „Stiftung Warentest“ hat zudem nach eigenen Angaben die geprüften Pflege-Zusatzversicherungen daran gemessen, ob diese die Finanzierungslücken im Pflegefall vollständig schließen können. Dies entspricht aber nicht dem eigentlichen Ziel der geförderten Pflegevorsorge. Mit dem staatlichen Zuschuss zur privaten Pflegevorsorge soll der Einstieg in mehr Eigenverantwortlichkeit gefördert werden, also die Absicherung eines Teils der bestehenden Lücke zwischen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und den voraussichtlichen Kosten im Pflegefall. Hier sind die geförderten Produkte mit einem Förderanteil des Staates am Gesamtbeitrag zur Pflege-Zusatzversicherung von bis zu 30 Prozent den ungeforderten Produkten in aller Regel überlegen.

Für Menschen, die eine deutlich höhere Absicherung im Pflegefall wünschen, besteht grundsätzlich die Möglichkeit der Kombination einer Pflege-Zusatzversicherung mit einer ungeforderten Pfl egetagegeldversicherung. Hierzu hat die Zeitschrift „Stiftung Warentest“ kein Qualitätsurteil abgegeben. Die Kombination von geförderten und ungeforderten Tarifen ist nach Ausführungen der „Stiftung Warentest“ jedoch in der Regel – im Bereich der Leistungsabsicherung der Pflegestufen I bis III offensichtlich sogar durchgängig – finanziell vorteilhaft gegenüber einer reinen Absicherung über ungeforderte Tarife.

17. Welche der 17 seitens der BaFin angemahnten Unternehmen haben ihren Rechnungszinssatz inzwischen gesenkt?

Um wie viel steigen dadurch rechnerisch und tatsächlich die durchschnittlichen Versicherungsprämien?

Bislang hat noch kein Versicherer aufgrund des aktuellen AUZ-Ergebnisses den Rechnungszins gesenkt. Etwaige Beitragsanpassungen werden zum allergrößten Teil zum 1. Januar 2014 oder einem noch späteren Zeitpunkt wirksam.

Unabhängig davon ist eine Aussage über sich hierdurch ergebende eventuelle Steigerungen der Versicherungsprämien nicht möglich. Eine Absenkung des Rechnungszinses führt nicht zwingend zu einer Prämienhöhung. Eine Senkung der eingeplanten Zinsen kann durch verschiedene andere Mittel ausgeglichen werden. Darüber hinaus sind die Sachverhalte, die ein Versicherungsunternehmen berechtigen, die Beiträge einseitig zu erhöhen, im Gesetz abschließend aufgezählt. Die Absenkung des Rechnungszinses gehört nicht dazu. Erst wenn einer der im Gesetz geregelten sog. auslösenden Faktoren erfüllt ist, kann eine Neuberechnung der Prämie erfolgen, bei der dann allerdings ggf. auch der niedrigere Rechnungszins berücksichtigt wird.

18. Wie beurteilt die Bundesregierung die zukünftige Zinsentwicklung auf den Kapitalmärkten für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vor dem Hintergrund der Äußerungen des Präsidenten der Europäischen Zentralbank, dass die Niedrigzinsphase noch Jahre anhalten werde?

Die künftige Entwicklung der Zinsen auf den Kapitalmärkten hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, die sich nicht sicher prognostizieren lassen. Die Bundesregierung ist jedoch der Auffassung, dass es erforderlich ist, die Maßnahmen zu ergreifen, die nötig und möglich sind, damit die der staatlichen Aufsicht unterstehenden Versicherungsunternehmen auch für den Fall einer Fortsetzung der gegenwärtigen Niedrigzinsphase ihre Leistungsversprechen zuverlässig einhalten können.

19. Plant die Bundesregierung, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung künftig vorzuschreiben, bei ihren Prämienkalkulationen auch die sogenannte medizinische Inflation zu berücksichtigen, damit Versicherte von Beginn an mit realistischen Prämien konfrontiert sind und im Alter nicht von dramatischen Beitragssprüngen überrascht werden?

Wenn nein, warum nicht?

Die Problematik der sog. medizinischen Inflation ist bereits von der vom Deutschen Bundestag 1994 eingesetzten Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter gründlich untersucht worden. Die Expertenkommission kam zu dem Ergebnis, dem Gesetzgeber keine entsprechende Änderung vorzuschlagen. Vielmehr wurde die „medizinische Inflation“ im Rahmen des nunmehr in § 12 Absatz 4a Versicherungsaufsichtsgesetz geregelten allgemeinen Beitragszuschlags berücksichtigt (vgl. die Unterrichtung durch die Bundesregierung vom 18. Juni 1996 Bundestagsdrucksache 13/4945, insbes. S. 31, 35). Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dahingehend vor, dass die damals vorgeschlagene und vom Gesetzgeber umgesetzte Regelung änderungsbedürftig ist.

