



Ausgabe 10 | Dezember 2011

Solvency II

Die neuen EU-weit einheitlichen Regeln der Finanzaufsicht nehmen Gestalt an

Sozialkassen

Kräftige Ohrfeige des Bundesrechnungshofs für die Kapitalanlage der Sozialversicherungen

Prävention

Die PKV hat den besten Schülerzeitungsaufsatz zur Aids-Aufklärung prämiert

PKV publik

Das Magazin des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.



Vorsicht, Rutschgefahr!

Warum eine „Bürgerversicherung“ Deutschland aufs Glatteis führen würde

Liebe Leserinnen und Leser,

Volker Leienbach, Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.

der Verbraucher- und Patientenschutz hat in diesen Tagen einen wichtigen Sieg davongetragen. Im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes hat der Gesetzgeber der Ausgründung von Privatkliniken einen Riegel vorgeschoben. Damit schützt die Koalition die Privatversicherten vor überhöhten Zahlungen und damit zusammenhängenden Beitragserhöhungen.

In jüngster Zeit hatten immer mehr Klinikbetreiber von der Praxis der Privatklinik-Ausgründung Gebrauch gemacht. Dabei wandelt ein öffentliches Krankenhaus eine Station oder mehrere Zimmer formal in ein rechtlich eigenständiges Unternehmen um. In diesen neuen „Privatklinik“-Bereichen werden die medizinischen Krankenhausleistungen weiterhin durch das öffentliche Krankenhaus erbracht. Das Problem dabei: Während öffentliche Krankenhäuser für ihre medizinischen Leistungen bei privat und gesetzlich versicherten Patienten keine Preisunterschiede machen dürfen, sind Privatkliniken nicht an das Krankenhausentgeltgesetz gebunden. Sie können die Preise für ihre Leistungen und die Zuschläge für die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer frei festsetzen – bis zur Wucherschwelle.

Leidtragende sind die Patienten, die oft ohne ihr Wissen in einer solchen ausgegründeten Privatklinik untergebracht werden und dann Rechnungen erhalten, deren Betrag trotz identischer Leistungen deutlich über den Kosten für die Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus liegt.

Die Gesetzesänderung ist auch im Zusammenhang mit einem Beschluss des Bundesgerichtshofs zu sehen: Dieser hatte

im Frühjahr und bei alter Rechtslage eine Klage des PKV-Verbandes gegen ausgegründete Privatkliniken zurückgewiesen. Hätte der Gesetzgeber jetzt nicht reagiert, wären in Deutschland wohl serienweise neue „Privatkliniken“ ausgegründet worden. Für die Privatversicherten wären am Ende Mehrausgaben von einer Milliarde Euro und mehr pro Jahr zu befürchten gewesen.

Umso erfreulicher ist es, dass es in dieser wichtigen Sache einen grundsätzlichen Schulterchluss zwischen den Koalitionsparteien und der Opposition gegeben hat. So hatte auch die Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen in einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung die Praxis der Privatklinik-Ausgründung kritisiert.

Die Regelung zu den Privatklinik-Ausgründungen zeigt, dass mit einer vernünftigen Politik gute Ergebnisse im Interesse der Verbraucher und Patienten erzielt werden können. Der Verband der Privaten Krankenversicherung wird sich jedenfalls auch in Zukunft dafür einsetzen, dass die Privatversicherten vor überzogenen Forderungen ohne medizinischen Zusatznutzen geschützt werden.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Volker Leienbach

Vorsicht, Rutschgefahr! Eine „Bürgerversicherung“ würde Deutschland aufs Glatteis führen: Unter anderem drohen eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung, steigende Mieten und die Verteuerung von Arbeitsplätzen.



4

In dieser Ausgabe

- | | |
|---|-----------|
| Bruchlandung mit Ansage | 4 |
| Die „Bürgerversicherung“ verschlechtert die Qualität des Gesundheitssystems - und nicht nur die | |
| Solvency II kommt voran | 9 |
| Die europaweit einheitlichen Aufsichtsregeln nehmen langsam Gestalt an | |
| Unprofessionell und verbesserungsbedürftig | 10 |
| Der Bundesrechnungshof rügt das Kapitalanlage-management der Sozialversicherungsträger | |
| Schüler klären auf | 12 |
| Im Vorfeld des Welt-Aids-Tages hat die PKV Schülerzeitungsredakteure nach Berlin eingeladen | |
| Meldungen | 14 |
| Einstieg in die zukunftsfeste Pflege | 15 |
| Gastbeitrag von Christine Aschenberg-Dugnus, pflegepolitische Sprecherin der FDP im Bundestag | |



10

Von Kapitalanlage verstehen Sozialversicherungsträger nur wenig



12

PKV prämiiert besten Schülerzeitungsaufsatz zur Aids-Aufklärung



Bruchlandung mit Ansage

Die „Bürgerversicherung“ verschlechtert die Qualität des Gesundheitssystems – und nicht nur die.

■ Andrea Nahles hat Recht: Das deutsche Gesundheitswesen gehört „zu den besten der Welt“, sagte die Generalsekretärin der SPD jüngst auf einer Fachkonferenz ihrer Partei. In der Tat zeigen die Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dass Deutschland bei den wichtigsten Merkmalen für die Qualität der medizinischen Versorgung jeweils in der Spitzengruppe liegt: So sind etwa die Zugangsmöglichkeiten zu Allgemein- und Fachärzten hierzulande am gerechtesten verteilt. Sowohl die Arztdichte als auch die Zahl der Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner liegt zum Teil deutlich über dem OECD-Durchschnitt. Und die Wartezeiten für einen Facharzttermin sind in Deutschland am kürzesten unter allen untersuchten Ländern.

Umso erstaunlicher ist es, dass sich diese Erkenntnis nicht in der Politik der Sozialdemokraten widerspiegelt. Zwar heißt es in einem SPD-Parteitagbeschluss zur Gesundheitspolitik, es gehe darum „ei-

nes der modernsten, leistungsfähigsten und gerechtesten Gesundheitssysteme der Welt zu entwickeln.“ Dabei wird jedoch verkannt, dass wir ein solches System längst haben. Werden hingegen die Pläne der Partei für eine Einheitsversicherung umgesetzt, besteht vielmehr die Gefahr, dass sich das hervorragende Versorgungsniveau in Deutschland nicht aufrechterhalten lässt. Die gleiche Sorge gilt auch für die gesundheitspolitischen Konzepte der Grünen und der Partei Die Linke.

Ein Einheitssystem führt zu schlechterer Versorgung

Alle drei Parteien wollen letztlich ein einheitliches Versicherungssystem schaffen, in dem sich jeder Bürger zwangsversichern muss. Die Private Krankenversicherung (PKV) soll – je nach Parteimodell – entweder abgeschafft werden oder nur noch beschränkte Leistungen nach einem staatlich vorgegebenen Katalog anbieten dürfen.

Dabei ist doch gerade der funktionierende Systemwettbewerb zwischen der Privaten und der Gesetzlichen Krankenversicherung Garant der hervorragenden medizinischen Versorgung in Deutschland. Dies betrifft auch den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Heute muss es sich die Politik sehr genau überlegen, wenn sie den staatlich vorgegebenen Leistungskatalog einschränken möchte. Denn bislang kann jede Kürzung dazu führen, dass sich mehr Menschen für die PKV entscheiden. In einer Einheitsversicherung könnte niemand mehr das bestehende System verlassen – der Staat hätte es wesentlich leichter, Einschnitte im Leistungskatalog vorzunehmen. Dies hat die Chefin des GKV-Spitzenverbandes Doris Pfeiffer längst bestätigt: „Ohne die Konkurrenz von Privatversicherungen wäre die Gefahr, dass der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird, größer. In einem Einheitssystem ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“

Schlechtere medizinische Versorgung, Anstieg bei den Mieten, Verteuerung von Arbeitsplätzen: Eine „Bürgerversicherung“ à la SPD, Grüne und Co würde die Menschen in Deutschland belasten.

Zu den größten Verlierern einer „Bürgerversicherung“ würden die Ärzte gehören. Die SPD will für sie nämlich eine einheitliche Honorarordnung einführen. Statt der heutigen zwei Abrechnungssysteme – dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der GKV und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der PKV – würde es dann nur noch ein System geben. Dieses dürfte jedoch schon aus Kostengründen eher dem EBM mit seinen leistungsbegrenzenden Budget-Deckelungen gleichen als der GOÄ. Im SPD-Antrag heißt es zwar, die einheitliche Honorarordnung solle „insgesamt nicht zu weniger Mitteln für die ambulante Versorgung führen“. Doch ganz gleich, ob dies so umgesetzt würde oder nicht: Am Ende stünde eine einheitliche Verordnung, die als Vergütungsgrundlage für den gesamten ambulanten Bereich gelten würde. Zukünftige Kürzungen in der Vergütung der Ärzte wären dann ohne größere Schwierigkeiten von der Politik umsetzbar. Denn ein konkurrierendes Vergütungssystem gäbe es ja nicht mehr.

Von der Hand in den Mund - bald für alle?

Verlierer einer solchen Reform wären auch die Generationen unserer Kinder und Enkel. Denn eine „Bürgerversiche-

rung“ weitet das sogenannte Umlageverfahren auf alle Menschen aus. Schon heute lebt die GKV durch dieses Finanzierungssystem quasi von der Hand in den Mund: Jeder eingenommene Euro muss sofort wieder für die Bezahlung der in Anspruch genommenen Leistungen ausgegeben werden. Diese Art der Finanzierung reicht aber schon jetzt nicht mehr aus. So musste das GKV-System im Jahr 2004 erstmals mit Steuermitteln unterstützt werden. Inzwischen hat sich dieser Zuschuss mehr als verzehnfacht: auf über 15 Milliarden Euro im laufenden Jahr. Und mit der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft wird sich das Problem rasant verschärfen. Denn die in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen nehmen zu, je größer der Anteil älterer Menschen in einer Gesellschaft ist. Führende Gesundheitsökonominnen haben errechnet, dass der Beitragssatz in der GKV genau aus diesem Grund in den kommenden Jahrzehnten explodieren wird. Je nach Prognose-Institut könnte der Beitragssatz von heute 15,5 auf bis zu 30 Prozent im Jahr 2050 ansteigen.

Während heute zumindest die Privatversicherten – immerhin rund 10 Prozent aller Versicherten – für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten vorsorgen, würden sie in einer „Bürgerversicherungs“-Welt

ebenfalls in das Umlagesystem gezwungen. In der Folge würde sich das Finanzierungsproblem zu Lasten aller Versicherten weiter verschärfen.

Qualifizierte Arbeitsplätze werden massiv verteuert

Natürlich kennen auch die Verfechter einer „Bürgerversicherung“ die sich aus ihren Konzepten ergebenden Finanzierungsschwierigkeiten, denen sie mit unterschiedlichen Ideen begegnen wollen. Doch die entsprechenden Pläne würden die gesamte Mittelschicht in Deutschland zum Verlierer machen. So möchte etwa Die Linke die Beitragsbemessungsgrenze komplett abschaffen. Heute müssen Arbeitnehmer und Arbeitgeber bis zu einem Einkommen von 44.550 Euro (ab 2012: 45.900 Euro) Beiträge an die Gesetzliche Krankenversicherung abführen. Für darüber hinausgehende Einkünfte wird kein Beitrag fällig. Die Folge des Modells der Linken wäre ein uferloser Anstieg der Beitragslast vor allem für Facharbeiter und andere gutverdienende Erwerbstätige und Selbstständige. Dabei wäre allerdings fraglich, ob eine derart unbegrenzte Beitragspflicht überhaupt verfassungsrechtlich zulässig ist, denn sie hätte mit dem erforderlichen Zusammenhang von Beitrag und Leistung nichts mehr zu tun.

Die Grünen und der Deutsche Gewerkschaftsbund wollen die Beitragsbemessungsgrenze zwar nicht gleich abschaffen, aber drastisch von bisher 44.550 auf 66.000 Euro erhöhen. Das entspräche einem Anstieg um mehr als 48 Prozent. So entstünden in der „Bürgerversicherung“ erhebliche Belastungssprünge für einen Großteil der Versicherten, die oberhalb der heutigen Bemessungsgrenze verdienen. Auch das betrifft vor allem die Mittelschicht. Unter dem Strich würde die Krankenversicherung für Millionen von Angestellten und Selbstständigen drastisch teurer. Demnach müsste zum Beispiel ein Informatiker bei der Luft-hansa mit einem Brutto-Jahresgehalt von 55.000 Euro in der „Bürgerversicherung“ schlagartig über 16 Prozent mehr bezahlen: 8.030 statt bisher 6.905 Euro im Jahr. Noch härter würde es etwa einen Industriemechaniker bei Mercedes mit einem Jahresgehalt von 66.000 Euro treffen. Er müsste rund 40 Prozent mehr Beitrag zahlen: 9.636 statt bisher 6.905 Euro.

Die von der SPD geplante Abschaffung der Bemessungsgrenze für den Arbeitgeberanteil an den Krankenkassenbeiträgen wäre nichts anderes als eine Sonderabgabe auf Arbeitsplätze. Ausgerechnet qualifizierte und innovative Jobs, die Deutschland für seine internationale Wettbewerbsfähigkeit dringend braucht, würden durch diese „Gesundheitssteuer“ massiv zusätzlich belastet. Und diese Last träfe kleine und mittelständische Betriebe besonders schwer. Dabei zeichnet sich schon jetzt ein Fachkräftemangel in Deutschland ab.

Politik paradox: Derzeit gilt für die Zuwanderung qualifizierter Arbeitskräfte aus Nicht-EU-Staaten eine untere Einkommensgrenze von 66.000 Euro. Damit will man gezielt hochkarätige Fachkräfte dieser und höherer Gehaltsgruppen nach Deutschland locken, um die Wettbewerbsfähigkeit unserer Unternehmen zu stützen. Und zur selben Zeit plant die SPD, die Arbeitgeberbelastung

bei diesen Jobs mit der „Bürgerversicherung“ um mehr als 30 Prozent zu erhöhen. Für eine Spitzenkraft mit 92.000 Euro Jahres-Bruttogehalt würde sich die Beitragsbelastung des Arbeitgebers im SPD-Modell sogar verdoppeln: von heute 3.252 Euro auf 6.532 Euro.

Ohnehin lenkt das Modell der Sozialdemokraten von der Tatsache ab, dass auch die Kosten des sogenannten Arbeitgeberanteils immer erst vom jeweiligen Arbeitnehmer erwirtschaftet werden müssen. Andernfalls wäre sein Arbeitsplatz unrentabel und würde letztlich abgebaut. Der Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze würde sich zu allem Überduss wie eine Bremse auf die künftige Gehaltsentwicklung auswirken. Denn jede Erhöhung würde für die Arbeitgeber in Zukunft durch die volle Beitragspflicht zur „Bürgerversicherung“ zusätzlich verteuert.

Der Anstieg der Mieten ist quasi schon einkalkuliert

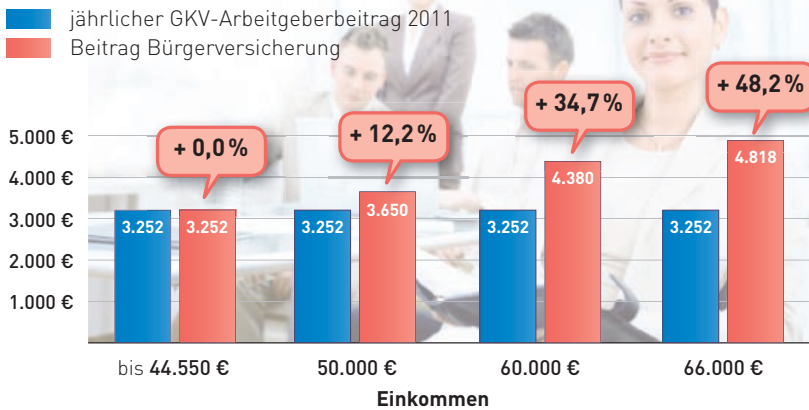
Auch die Idee, weitere Einkunftsarten in die Beitragsbemessung einzubeziehen, dürfte kaum den gewünschten Effekt haben. So wollen die Grünen und Die Linke volle Krankenversicherungsbeiträge zum Beispiel auf Mieteinkünfte erheben. Das würde aber in erster Linie die Wohnkosten ansteigen lassen. Denn die Vermieter würden die zusätzliche Abgabe zumindest teilweise, wenn nicht sogar komplett an die Mieter weitergeben. Belastet werden damit also nicht die vermeintlich reichen Immobilienbesitzer, sondern alle Mieter – auch die mit geringem Einkommen. Ganz abgesehen davon, dass noch lange nicht jeder Vermieter „reich“ ist. Vielfach haben auch Bürger mit kleinen oder mittleren Einkünften lange für den Erwerb einer Wohnung gespart, um mit den Mieteinnahmen im Alter die Rente

Argumente gegen die „Bürgerversicherung“

Der PKV-Verband setzt sich in einem Positionspapier mit dem Titel „Die Bürgerversicherung – Anspruch und Wirklichkeit einer politischen Idee“ mit wesentlichen Positionen der „Bürgerversicherung“-Befürworter auseinander und zeigt viele massive Nachteile dieser Reformidee auf. Das Heft kann – genau wie eine Kurzfassung unter der Überschrift „Vorsicht: Bürgerversicherung“ – im Internet bestellt werden: www.pkv.de.



Arbeitgeberbelastung in der Bürgerversicherung im Modell der Grünen



Annahmen: Arbeitgeberbeitrag 2011: 7,3 Prozent; Bürgerversicherung: Bei Bestandsschutz für die heute Privatversicherten erlaubt die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von 44.550 auf 66.000 Euro eine Beitragsatzsenkung um 0,5 Prozentpunkte und der Einbezug weiterer Einkommensarten eine Beitragsatzsenkung um 0,4 Prozentpunkte, d.h. einen Beitragsatz von insgesamt 14,6 Prozent beziehungsweise einen Arbeitgeberbeitrag von 7,3 Prozent. [vgl. *Rothgang* (2010), S. 142, Nr. 243]

aufzubessern. Auch sie würden durch die „Bürgerversicherung“ zusätzlich belastet.

Eine „Bürgerversicherung“ brächte also quer durch alle Gesellschaftsschichten zahlreiche Verlierer hervor. Warum halten die Befürworter dieser Einheitsversicherung dennoch so vehement an ihren Konzepten fest? Dafür gibt es vor allem zwei Gründe.

Die ideologische Mär vom reichen Privatversicherten

So sprechen die Verfechter einer „Bürgerversicherung“ stets davon, dass ein Einheitssystem mehr Gerechtigkeit bringe. „Die großen Einkommen müssen ihren Beitrag leisten“, heißt es etwa im Parteitagsbeschluss der SPD. Hier wird die Partei offenbar zum Opfer ihrer eigenen Propaganda. Denn diesem Gedankengang liegt der Irrtum zugrunde, dass alle Privatversicherten reich seien. Das ist jedoch Unsinn: Lediglich 13 Prozent aller Versicherten in der PKV sind Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze. In der Wahrnehmung vieler SPD-Politiker wird jedoch die gesamte PKV mit dieser kleinen Gruppe identifiziert.

Die meisten Privatversicherten kommen aus der Gruppe der Beihilferechtigten. Dazu zählen zum Beispiel Beamte wie Lehrer und Polizisten oder Pensionäre, deren Einkommen häufig deutlich unter der Versicherungspflichtgrenze liegen. Privatversichert sind zudem viele Selbstständige, darunter Kleinunternehmer und Mittelständler. Auch zahlreiche Studenten sind in der PKV versichert. Die

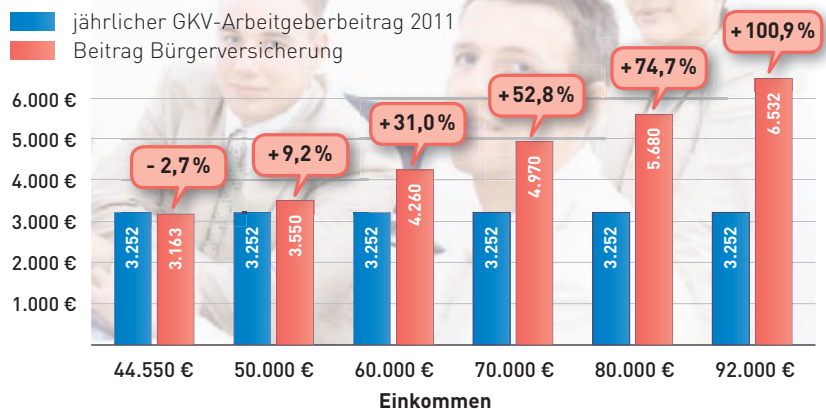
Struktur der PKV-Versicherten zieht sich also quer durch die gesellschaftlichen Schichten.

Anders als von vielen bei SPD, Grünen und Linken vermutet, würden die Privatversicherten bei ihrer Einbeziehung in eine „Bürgerversicherung“ keineswegs alle den Höchstbeitrag entrichten. In der PKV zahlen sie risikogerechte Prämien – und zwar nicht nur für sich, sondern auch für ihre Kinder und Ehepartner. Diese Angehörigen fielen in einer „Bürgerversicherung“ unter die beitragsfreie Familienversicherung. Ein großer Teil der heutigen PKV-Versicherten müsste dann also selber keine Beiträge mehr zahlen, nähme jedoch in vollem Umfang die Leistungen in Anspruch. Die erhofften Mehreinnahmen dürften in einem Einheitssystem mithin deutlich geringer ausfallen als von vielen vermutet.

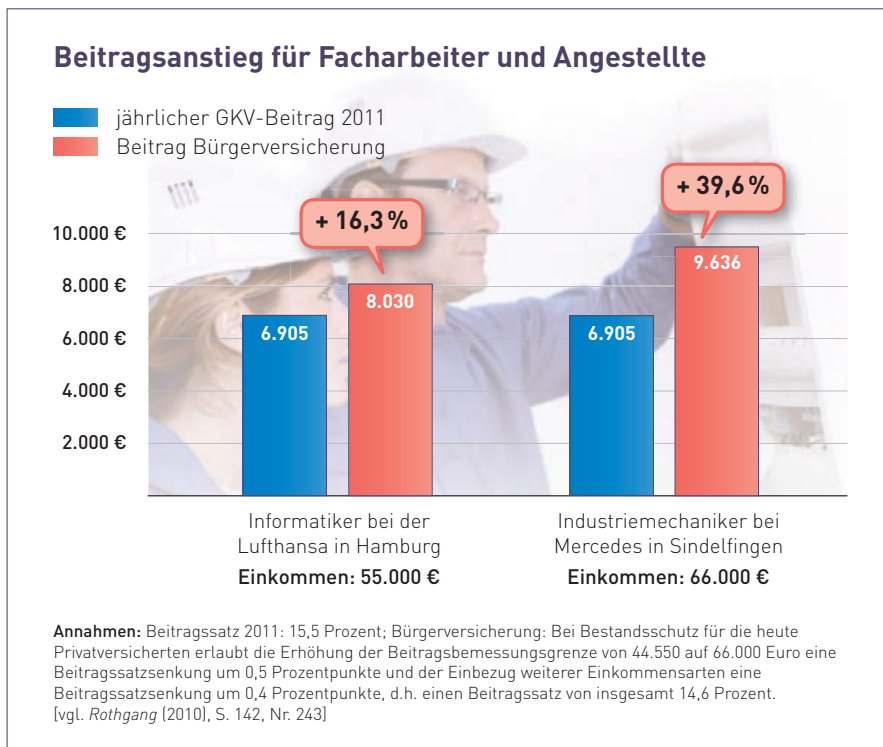
Noch so ein Irrtum: Die „Zwei-Klassen-Medizin“

Der zweite Grund, mit dem SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke beharrlich ihre „Bürgerversicherungs“-Konzepte verteidigen, ist die Abschaffung einer

Arbeitgeberbelastung in der Bürgerversicherung im Modell der SPD



Annahmen: 2011: Arbeitgeberbeitrag: 7,3 %, Beitragsbemessungsgrenze: 44.550 Euro; Bürgerversicherung: Arbeitgeberbeitrag liegt bei 7,1 %, die Beitragsbemessungsgrenze wird arbeitgeberseitig abgeschafft. [vgl. Modellvorschlag der SPD]



angeblichen Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland. In einer Einheitsversicherung, so argumentieren sie, würde es keine Bevorzugung von Patienten geben. Das klingt gut. Doch wer genau hinsieht und das deutsche Gesundheitssystem mit internationalen Standards vergleicht, muss feststellen, dass es in Deutschland überhaupt keine Zwei-Klassen-Medizin gibt. So gelten im Krankenhaus bei den stationären medizinischen Leistungen für alle Versicherten exakt dieselben Regeln. Es gibt hier nicht einmal ein unterschiedliches Vergütungssystem.

Auch die Kritik an unterschiedlichen Wartezeiten in den Arztpraxen erweist sich bei näherem Hinsehen als überzogen. Im internationalen Vergleich hat Deutschland beim schnellen Zugang der gesamten Bevölkerung zu medizinischen Leistungen die Nase weit vorne. Hierzulande erhalten die Patienten schneller einen Termin beim Facharzt als in allen anderen 10 untersuchten Ländern der Organisation wirtschaftlich entwickelter Länder (OECD). Wenn es in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu Unterschieden bei den Wartezeiten kommt, hat das wiederum vor allem mit den Reaktionen

vieler Ärzte auf die Budgetbegrenzungen im GKV-System zu tun, die freilich in einer „Bürgerversicherung“ weiter gelten würden.

Eine wirkliche Zwei-Klassen-Medizin gibt es vielmehr genau in den Ländern, die ein einheitliches Gesundheitssystem haben. Bestes Beispiel dafür ist Großbritannien. In dem Insel-Staat sind je nach Krankheit Wartezeiten für eine Krankenhausbehandlung oder einen Facharzttermin bis zu mehreren Monaten die Regel. Wer es sich leisten kann, besorgt sich dort auf eigene Kosten einen schnelleren Termin oder eine bessere Behandlung. Das Gleiche wäre in einem Einheitssystem in Deutschland zu befürchten. Durch die Abschaffung des Wettbewerbs und größer werdende Finanzierungsprobleme würden Einschnitte im Leistungskatalog immer wahrscheinlicher. Zusätzliche Leistungen müssten aus der Privatschulle bezahlt werden. Das wäre dann eine echte Zwei-Klassen-Medizin.

„Gleich“ ja - „besser“ nein

Eine „Bürgerversicherung“ wäre also tatsächlich dazu geeignet, zunächst einmal

alles gleich zu machen. Von mehr Gerechtigkeit oder gar einer besseren medizinischen Versorgung kann aber keine Rede sein. Im Gegenteil: Ausnahmslose Zwangsmemberschaft, mehr staatliche Bevormundung, begrenzter Leistungskatalog, weniger Selbstbestimmung, weniger Wettbewerb und weniger Nachhaltigkeit wären die Folgen. Das Ergebnis einer „Bürgerversicherung“ wäre eine riesige Einheitsversicherung, in der letztlich allein die Politik darüber entscheidet, wie hoch der Beitrag ist und welche Gesundheitsleistungen dem Einzelnen bewilligt werden oder nicht.

Angesichts der demografischen Alterung der deutschen Gesellschaft stößt das umlagefinanzierte System der Gesetzlichen Krankenversicherung an seine Grenzen. Wenn immer weniger Junge für immer mehr Alte aufkommen müssen, wird dieses System, das finanziell von der Hand in den Mund lebt, allein nicht mehr tragfähig sein. Wer in diesen Zeiten ein funktionierendes System wie die Private Krankenversicherung, in dem mit kapitalgedeckten Rückstellungen vorbildlich und nachhaltig für die absehbar im Alter steigenden Gesundheitskosten vorgesorgt wird, willkürlich kaputt macht, handelt ausgesprochen kurzsichtig und verantwortungslos.

Die „Bürgerversicherung“ ist ein Verliererkonzept

Sozialdemokraten, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke sollten also nochmals überdenken, ob sie das gut funktionierende duale deutsche Gesundheitssystem tatsächlich opfern wollen – für eine große Illusion der Gleichmacherei. Denn eines steht fest: Wenn erst einmal ein einheitliches Zwangssystem errichtet worden ist, gibt es keinen Weg zurück. Verlierer wären nicht nur die rund 9 Millionen Privatversicherten. (Übrigens fast genauso viele Menschen, wie die SPD bei der letzten Bundestagswahl Stimmen erhalten hat.) Verlierer wären alle Menschen in Deutschland.

Regelungen zu Solvency II kommen voran

Die europaweit einheitlichen Aufsichtsregeln von Solvency II nehmen langsam Gestalt an: Die Europäische Kommission hat einen Entwurf für die sogenannten Durchführungsbestimmungen vorgelegt. Grund genug, unter rechtlichen Gesichtspunkten einen Blick auf den Stand des Regelungswerks zu werfen.

Solvency II hält zu einem verantwortungsvolleren Umgang mit Versicherungsrisiken an, indem es die Kapitalanforderungen nach eingegangenen Risiken der Versicherungsunternehmen bestimmt. Seinen Schutzzweck kann das Regelwerk allerdings nur wirksam und ohne Nachteile entfalten, wenn es die einzelnen Geschäftsmodelle der verschiedenen Sparten sachgerecht abbildet.

PKV-Risikoprofil muss berücksichtigt werden

Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland bleibt daher darauf zu achten, dass trotz des europäischen Regelungsdickichts die wesentlichen, für das Risikoprofil bestimmenden Faktoren zutreffend abgebildet werden, damit Solvency II als Aufsichtsrecht gerechtfertigt ist. Kennzeichnend für das Risikoprofil der PKV ist die Möglichkeit und Verpflichtung zur Beitragsanpassung, insbesondere bei nachträglich steigenden Krankheitskosten – als Kehrseite des lebenslangen Versicherungsschutzes zu unkündbaren Leistungen. Diese Möglichkeit sachgerecht auf den verschiedenen Ebenen und in den verschiedenen Regelungszusammenhängen abzubilden, ist daher das Kernanliegen der PKV. Hier gibt es deutliche Fortschritte.

Das Standardverfahren zur Bewertung der versicherungstechnischen Rückstellung unter der ökonomischen, risikoorientierten Betrachtungsweise von Solvency II ist das sogenannte inflationsneutrale Bewertungsverfahren. Es wurde gemeinsam mit der Bundesanstalt

für Finanzdienstleistungsaufsicht, der Deutschen Aktuarvereinigung und dem PKV-Verband entwickelt und auch unter schwierigen Kapitalmarktumständen erfolgreich getestet. In den nun vorliegenden Entwürfen für die Durchführungsbestimmungen sind die für das Verfahren maßgeblichen Annahmen hinsichtlich der Beitragsanpassungsmöglichkeit niedergelegt. Treten sie in Kraft, ist daher das inflationsneutrale Bewertungsverfahren auch rechtlich eindeutig abgesichert.



Bevor Solvency II in Kraft treten kann, müssen noch einige Puzzle-Teile ergänzt werden.

Weiterhin konnte für den Entwurf der Bestimmungen erreicht werden, dass für die ökonomische und risikoorientierte Betrachtung der Laufzeit die Beitragsanpassungsmöglichkeit zutreffend nicht als Vertragsbeendigung angesehen wird. Dies trägt ebenfalls dazu bei, dass die

ökonomische und risikoorientierte Betrachtung der PKV sachgerecht erfolgt. Es muss nun darauf geachtet werden, dass diese Kernpunkte im weiteren Umsetzungsprozess nicht geändert werden.

Komplizierte Umsetzung

Kompliziert wird allerdings noch die Umsetzung des Regelungswerks, denn Solvency II beruht auf einem Geflecht unterschiedlicher Regelungen. Die „Grundnorm“ ist die sogenannte Solvency II-Rahmenrichtlinie. In ihrer derzeitigen Fassung ist sie bis zum 31. Oktober 2012 in nationales Recht umzusetzen. Das Bundesfinanzministerium hat daher bereits im August den Entwurf für eine umfassende Novelle des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) vorgelegt.

Der Entwurf der Novelle steht auf schwankendem Grund, denn die Richtlinie ist selbst Gegenstand eines Änderungsverfahrens durch die sogenannte Omnibus II-Richtlinie. Derzeit läuft das Gesetzgebungsverfahren für diese Richtlinie, mit der die europäische Aufsichtsarchitektur und Änderungen des Lissaboner Vertrags umgesetzt und einige Übergangsregelungen eingeführt werden.

Der Richtlinienentwurf befindet sich in der Beratung durch das Europäische Parlament. Vorgesehen ist der Abschluss des Verfahrens bis zum Frühjahr 2012. Spätestens dann wird sich die Frage stellen, ob die geplante VAG-Novelle im Gesetzgebungsverfahren wieder geändert oder ob ein weiteres nationales Gesetzgebungsverfahren angestoßen wird.

Trotz der Komplikationen ist die Private Krankenversicherung zuversichtlich, dass die Anwendung des Solvency II-Regelwerks zum 1. Januar 2014 die sehr gute Kapitalausstattung und damit Sicherheit der PKV in Deutschland nicht nur bestätigt, sondern im Interesse der Versicherten auch weiter stärken wird.



„Unprofessionell und verbesserungsbedürftig“

Der Bundesrechnungshof rügt das Anlagemanagement der Sozialversicherungsträger

Würden Sie jemandem Ihr Geld anvertrauen, der die Bedingungen für eine „sichere, ertragsorientierte und ordnungsgemäße Geldanlage“ nicht regelt? Der „keine hinreichende Marktübersicht“ besitzt, „nur von wenigen Kreditinstituten“ Angebote einholt und dessen Risikomanagement und Überwachung der Finanzanlagen „Unzulänglichkeiten“ aufweisen?

Millionen Versicherte in Deutschland haben gar keine andere Wahl. Denn diejenigen, die der Bundesrechnungshof in seinem aktuellen Jahresbericht mit so deutlichen Worten kritisiert, sind die gesetzlichen Sozialversicherungsträger.

Milliarden Euro haben sie auf dem Kapitalmarkt angelegt – vor allem die Rentenversicherung. Aber auch gesetzliche Krankenkassen dürfen ihre zwischenzeitlichen Überschüsse auf Termingeldkonten, in Staatsanleihen etc. stecken. Stolze 14,3 Milliarden Euro haben die Kranken- und Pflegekassen nach den neuesten Zahlen des Bundesversicherungsamtes vom September 2010 auf dem Kapitalmarkt

investiert. Zwar geht der überwiegende Teil der Mittel in verhältnismäßig sichere Anlageformen wie Giro- und Tagesgeldkonten. Aber fast 10 Prozent fließen beispielsweise in Investmentfonds.

Fehlende Standards für das Risikomanagement

Leitplanken dafür, dass die Geschäfte den Beitragszahlern tunlichst eher nutzen als schaden, gibt es nicht. Denn anders als in der privaten Versicherungswirtschaft existieren keine einheitlichen Mindeststandards, um Sozialversicherungsträger zum Schutz ihrer Versicherungsgelder auf eine sichere Anlagepolitik zu verpflichten.

Zwar schreibt das Sozialgesetzbuch vor, dass die Mittel so anzulegen sind, „dass ein Verlust ausgeschlossen erscheint (und) ein angemessener Ertrag erzielt wird“. Mehrere vom Bundesrechnungshof geprüfte Fälle besaßen aber nicht einmal feste Kriterien für die Auswahl von Kreditinstituten und Anlageprodukten oder für die Dokumentation der Angebote und

der getroffenen Vereinbarungen. Das Fazit der Prüfer: „Das Management dieser Finanzanlagen ist häufig unprofessionell und oft verbesserungsbedürftig“.

Die Entscheidung der Bundesregierung, den geplanten Einstieg in die Kapitaldeckung als Ergänzung der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht in Form einer milliardenschweren Rücklage in der gesetzlichen Krankenversicherung anzusiedeln, erweist sich insofern als Verbraucherschutz im besten Sinne.

Vorbild private Versicherungswirtschaft

Vor allem bei kleineren Einrichtungen hätten Finanzdienstleister und Kreditinstitute die Anlageentscheidungen „maßgeblich“ beeinflussen können, rügen die Prüfer. Aber auch größere Sozialversicherungsträger waren vor Fehlentscheidungen nicht sicher: So hat die Nachfolgeeinrichtung eines nicht näher genannten Bundesverbandes ihr Geld in Fonds gesteckt, die einen 30-prozentigen Aktienanteil hatten.

Der jüngste Bericht des Bundesrechnungshofs macht deutlich:
Von Kapitalanlagen verstehen Sozialversicherungsträger nur wenig.

Ein Glücksspiel auf Kosten der Beitragszahler mit schlechtem Ausgang: Während der Finanzmarktkrise fielen die Kurse; statt Gewinnen gab es zum Zeitpunkt der Prüfung Buchwertverluste von 62 Millionen Euro. Pikantes Detail: Das Aufsicht führende Bundesministerium hat das Investment zwar für unzulässig gehalten, es aber dennoch geduldet – bis es zu spät war.

Management von Anlagen soll professionalisiert werden

Der Rechnungshof fordert die Bundesregierung daher auf, das Management von öffentlichen Finanzanlagen zu professionalisieren – und nennt als Vorbild ausdrücklich die Privatwirtschaft: Die Sozialversicherungsträger sollten sich an den „Mindestanforderungen an das Risikomanagement“ (MaRisk) orientieren, heißt es im Bericht. Diese Vorschriften aus der Feder der Banken- und Versicherungsaufsicht BaFin gelten unter anderem auch für die Private Krankenversicherung. Dass sie eingehalten werden, wird jährlich kontrolliert.

Das strenge Reglement zahlt sich aus: Selbst in den Nachwehen der interna-

tionalen Finanzmarktkrise hat die Private Krankenversicherung dank ihrer soliden Geschäftspolitik sowohl 2009 als auch 2010 jeweils über vier Prozent Nettoverzinsung auf ihre Kapitalanlagen erwirtschaftet.

Verschwendung bei Mieten und Fusionen

Dagegen müssen gesetzlich Versicherte nicht nur Fehlentscheidungen auf dem Finanzmarkt befürchten: So rügt der Bundesrechnungshof, dass mehreren geprüften Krankenkassen auch „durch zu große und zu teure Mietobjekte finanzielle Nachteile in Millionenhöhe“ entstanden seien. Der Bericht nennt ein Beispiel: „So mietete z.B. eine Krankenkasse von 1998 bis 2003 von einem Projektentwickler insgesamt 32.000 m² in drei noch zu errichtenden Gebäuden. Sie selbst nutzte 13.459 m²“. Die restliche Fläche vermietete sie zum Teil an andere Nutzer – und fuhr dabei deutliche Verluste ein. Ein schlechtes Geschäft vor allem für die Versicherten, aus deren Beiträgen das Ganze finanziert werden muss. Die Prüfer fordern für die Zukunft eine Zustimmungspflicht der Aufsichtsbehörde vor jedem neuen Mietvertrag.

Noch härter geht der Rechnungshof mit den Krankenkassen beim Thema Fusionen ins Gericht. Nur in wenigen Fällen hätten diese zu geringeren Leistungsausgaben aufgrund einer gebündelten Nachfrage geführt, monieren die Prüfer. Stattdessen seien oft sogar Ausgaben gestiegen, vor allem die Vorstandsvergütungen: Bei der Hälfte der untersuchten Fälle kletterten sie um bis zu 25 Prozent nach oben. Festgestellt wurden auch Abfindungen in Millionenhöhe und bis zu 18 Prozent höhere Verwaltungsausgaben im Jahr der Fusion.

Wem immer diese Fusionen also bislang genutzt haben mögen – die Versicherten waren es offenbar nicht. Die Aufsichtsbehörden sollen Kassenfusionen daher auch nur noch dann genehmigen dürfen, wenn vorher deren Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sei, fordert der Rechnungshof. Denn: „Die Wirkungen von Fusionen dürfen sich jedenfalls nicht darin erschöpfen, höhere Gehälter für die Leitungsebenen, Abfindungen an ausgeschiedene Vorstandsmitglieder oder Honorare an Unternehmensberatungen zu zahlen“.

www.bundesrechnungshof.de

Schüler klären auf

Im Vorfeld des Welt-Aids-Tages hat die PKV Schülerzeitungsredakteure nach Berlin eingeladen



Anlässlich des Welt-Aids-Tages 2011 haben der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Jugendzeitschrift „SPIESSER“ einen Wettbewerb für Jungjournalisten zum Thema Aids-Prävention ins Leben gerufen. Mit diesem Projekt sollen Schülerzeitungsredakteure als Multiplikatoren für die Aids-Prävention geschult werden.

Die 15-jährige Schülerin Lara Ermer aus Fürth ist mit ihrem Artikel die Gewinnerin des Wettbewerbs, für den sich mehr als 40 Jugendliche zwischen 12 und 20 Jahren aus allen Teilen Deutschlands qualifizieren konnten. Sie wurden zu einem Themen-Tag nach Berlin eingeladen und konnten in Workshops und Pressegesprächen mit Experten und Betroffenen alle Fragen rund um das Thema Aids recherchieren.

Das Ziel bestand darin, möglichst viele Jugendliche mit den Präventionsthemen zu erreichen. Die Jungjournalisten kennen die Interessen, Sprachgewohnheiten

und Probleme aus eigener Erfahrung und können die wichtigen Informationen daher am besten in die Sprache ihrer Leserinnen und Leser übersetzen.

Aufklärung ist notwendig

Diese Aufklärungsarbeit ist auch dringend notwendig: In Deutschland haben sich in diesem Jahr etwa 2.700 Menschen mit HIV infiziert. Darunter sind nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI) knapp 85 Prozent Männer, von denen sich etwa zwei Drittel (rund 1.500) beim Sex mit anderen Männern angesteckt haben. Gut 800 Infektionen entfielen auf heterosexuelle Kontakte, etwa 360 wurden durch verunreinigtes Besteck beim Drogenkonsum verursacht.

Rund 500 Menschen starben 2011 an den Folgen der Infektion, über die Jahre zählte das RKI bislang etwa 27.000 Todesfälle. Insgesamt leben in der Bundesrepublik rund 73.000 Menschen mit HIV oder Aids. Das Institut schätzt, dass

14.000 von ihnen noch nichts von ihrer Infektion wissen.

Neben dem Leiter des Aidsreferats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Dirk Meyer, konnten die Schüler ihre Fragen an Ute Hiller (Geschäftsführerin der Berliner Aids-Hilfe) und „John aus Berlin“ (Botschafter der Welt-Aids-Tags-Kampagne 2011) richten.

Vor allem die Lebensgeschichte des langjährig HIV-Infizierten beeindruckte die Jugendlichen und lieferte ihnen wichtige Anregungen für ihre Berichte. In ihrem Artikel schreibt Gewinnerin Lara daher auch über den Alltag eines HIV-positiven Menschen. Sie kommt zu dem Schluss, dass Selbstschutz und Toleranz die wichtigsten Waffen im Kampf gegen das HI-Virus sind (s. Text auf Seite 13).

Die PKV engagiert sich seit 2005 mit der BZgA und der Deutschen Aids-Stiftung in der Aids-Prävention. Dafür stellt sie jährlich 3,5 Mio. Euro zur Verfügung.

Der PKV-Verband hat Schülerzeitungsredakteure aus ganz Deutschland zu einer Informationsveranstaltung über Aids und HIV eingeladen. Der beste Artikel zum Thema wurde prämiert.

Rette Dich selbst!

„Wenn du die Chance hättest, jemanden von Aids zu heilen – wen würdest du retten?“ Es ist nur ein Spiel, aber trotzdem sind wir alle erstmal unentschlossen. Hat eine 15-jährige thailändische Prostituierte es mehr verdient, die Erkrankung loszuwerden, als ein Arzt, der bei seinen Forschungen zu HIV-Medikamenten infiziert wurde? Unsichere Blicke wandern durch den Raum – erstmal sehen, was die anderen machen. Es geht um das HI-Virus heute morgen. Wir, neun Jungs und Mädels, die beim SPIESSER-Gewinnspiel eine Berlinreise gewonnen haben und einige Schülerzeitungsredakteure, sollen anhand weniger Informationen entscheiden, welche der vorgegebenen HIV-infizierten Personen wir am liebsten retten würden. Gar nicht einfach. Und eigentlich auch gar nicht nötig, da es das Wundermedikament gegen HIV sowieso (noch) nicht gibt.

Wie stecke ich mich an?

Es ist ja relativ einfach, sich vor einer Ansteckung zu schützen. Der Virus wird über Körperflüssigkeiten und Schleimhäute übertragen. Julia von der Berliner Aids-Hilfe spricht Klartext: „Das Risiko, sich im Alltag

zu infizieren, ist sehr niedrig – außer bei allem, was mit Sex und Blut zu tun hat.“

Und was, wenn doch?

Aber selbst Kondome sind kein Allheilmittel. Die können auch platzen. Wenn ich weiß, dass ich HIV-positiv bin, was dann? Wie der Alltag eines HIV-Erkrankten aussieht, erzählt uns John in einer Pressekonferenz am Mittag. John ist Botschafter des Welt-Aids-Tages 2011. Er hat sich vor 28 Jahren mit HIV infiziert, als man so gut wie nichts über die Krankheit wusste. Mittlerweile ist das besser: „Du hast einen Dauergast, für den du sorgen musst. Aber mit den heutigen Medikamenten hast du sonst keine Einschränkungen.“ John lebt in einer Beziehung und hat natürlich Sex – mit Kondom. „Dank der Medikamente bin ich nicht mehr sehr infektiös und habe weniger Angst, andere zu infizieren.“

Was können wir tun?

Neben John sitzen auf der Bühne Stefan Reker vom Verband der Privaten Krankenversicherung, die Geschäftsführerin der Berliner Aids-Hilfe Ute Hiller und Dirk Meyer, Leiter

des Aids-Referats in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Um ehrlich zu sein, kenne ich sie erst seit der Pressekonferenz. Aber sie geben viele interessante Dinge von sich. Etwa dass es nicht so einfach ist, mit Schulen zusammenzuarbeiten. Ute Hiller sagt: „Vielleicht haben Lehrer Angst vor diesem Thema.“ Von uns 35 Schülern im Publikum haben nämlich gerade mal fünf im Unterricht über HIV und Aids gesprochen – obwohl es im Lehrplan aller Bundesländer steht.

Wen ich retten würde?

Und ich? Was hab ich vom heutigen Tag mitgenommen? Ich habe eine Antwort auf die Anfangsfrage gefunden. Sollte ich jetzt jemanden retten, würde ich sagen: „Rette dich selbst!“ Denn wer sich selbst schützt, schützt auch andere vor einer Ansteckung. Und wenn die bereits Infizierten ausreichend Unterstützung erhalten und offen über ihre Situation sprechen dürfen, können wir alle zusammen etwas gegen das Virus tun.

Prämierter Artikel der 15-jährigen Schülerin Lara Ermer aus Fürth

Deutsche sorgen sich um die Zukunft des Gesundheitssystems

■ Noch sind die meisten Bundesbürger mit ihrer medizinischen Versorgung zufrieden. Doch für die Zukunft schwant vielen Schlimmes: Ärztemangel, Pflegenotstand und mehr Behandlungen auf eigene Kosten. Laut einer Umfrage des Allensbach-Instituts für den 6. MLP-Gesundheitsreport erwarten 79 Prozent steigende Krankenkassenbeiträge. 57 Prozent meinen, Patienten müssten für Arztbesuche und Operationen künftig oft selbst zahlen. Befragt wurden mehr als 2.000 Bürger und 500 Ärzte.

Mehr als jeder Zweite (52 Prozent) macht sich Sorgen, bei Pflegebedürftigkeit finanziell nicht genug abgesichert zu sein. „Es ist ein relativ düsteres Szenario, das die Bevölkerung für die Zukunft hat“, sagt Allensbach-Geschäftsführerin Renate Köcher. Demnach halten mehr als drei von vier Bürgern (77 Prozent) die Pflegeversicherung grundsätzlich nicht für ausreichend. 82 Prozent meinen, die Politik müsse in Sachen Pflege mehr tun.

Sorgen macht vielen auch die Lage bei den Ärzten: In kleinen Kommunen meint fast jeder Zweite, dass Ärzte fehlen oder Mediziner mangel droht. Bundesweit rechnen damit 20 Prozent, 13 Prozent beklagen bereits fehlende Mediziner. Bei den Ärzten meinen sogar 65 Prozent, es gebe zu wenig Vertreter ihrer Zunft.

Derzeit geben zwei von drei Ärzten an, noch nie aus Kostengründen auf ratsame Behandlungen verzichtet zu haben. 59 Prozent der Ärzte mussten nach eigenen Angaben aber schon Behandlungen deshalb auf später verlegen. 72 Prozent empfangen häufig auch Patienten, ohne dass es medizinisch notwendig wäre. (dpa)



PKV-Geschäftszahlen 2010/2011: Tausende profitieren von Wahlfreiheit



■ Das Ende der 3-Jahres-Wartefrist für Angestellte, die in die PKV wechseln wollen, hat zu einer spürbaren Belebung des Wettbewerbs geführt: Der Neuzugang in die Vollversicherung belief sich im ersten Halbjahr 2011 auf 54.000 Personen, sodass zum 30. Juni etwa 8,95 Millionen Menschen über eine private Vollversicherung verfügten. Damit fiel das Neugeschäft um über 20 Prozent stärker aus als im ersten Halbjahr 2010.

Diese Entwicklung dokumentiert der aktuelle PKV-Zahlenbericht. Er enthält das endgültige Geschäftsergebnis des Jahres 2010. Darüber hinaus bietet er einen Überblick über die ersten sechs Monate des aktuellen Jahres.

Der Bericht im Internet: bestellungen.pkv.de

Klinikausgaben steigen weiter

■ Die Versorgung von Patienten im Krankenhaus kostet immer mehr Geld. Im Durchschnitt schlug jeder Behandlungsfall im vergangenen Jahr mit 3.854 Euro zu Buche. Das waren 2,2 Prozent mehr als im Jahr davor, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden auf der Basis vorläufiger Ergebnisse mitteilte.

Insgesamt gaben die deutschen Kliniken 2010 zusammengerechnet 79,7 Milliarden Euro aus, am meisten für Personal. Die durchschnittlichen Kosten pro vollstationärem Behandlungsfall unterschieden sich in den einzelnen Bundesländern stark: Am niedrigsten waren sie in Mecklenburg-Vorpommern mit 3.516 Euro je Fall, am höchsten in Bremen mit 4.311 Euro. (dpa)

Pflegepolitik: „Der Einstieg in ein zukunftsfestes System ist gemacht“

Die Bundesregierung hat die Eckpunkte einer Pflegereform verabschiedet. Darin sind einerseits Anpassungen im Leistungsbereich vorgesehen, andererseits auf der Finanzierungsseite Anreize für eine private Vorsorge. Das Gesamtsystem wird damit zukunftsfester gemacht.

Von Christine Aschenberg-Dugnus MdB

Die Pflegepolitik steht vor einem Paradigmenwechsel. Das „Jahr der Pflege“ hat mehr zu bieten, als es die Rufe aus der Opposition erahnen lassen. Ihre Schlagworte täuschen über die tatsächlichen Leistungen der Pflegereform hinweg. Jedem ist bewusst, dass sich die Defizite in der Pflege nicht von heute auf morgen beheben lassen. Dafür haben die Vorgängerregierungen das Problem zu lange vor sich hergeschoben.

Eine ausführliche Diskussion hat zur zukünftigen Finanzierung der Pflegeversicherung stattgefunden. Wir haben einen Weg gefunden, der den demografischen Herausforderungen in Deutschland gerecht wird. Neben der Erhöhung des Versicherungsbeitrages um 0,1 Prozentpunkte Anfang 2013 schaffen wir den Einstieg in die privatrechtlich gesicherte, kapitalgedeckte Vorsorge. Ähnlich der Riester-Rente wird es eine steuerliche Förderung für alle geben, die in weiser Voraussicht ihr persönliches Pflegerisiko absichern. Wichtig ist, dass dieses Geld nur für den Pflegefall des jeweiligen Vorsorgenden zurückgelegt wird. Es ist vor staatlichem Zugriff geschützt. Die Politik wird es auch in Zukunft nicht, wie es etwa bei einer kollektiven Rücklage möglich wäre, für andere Zwecke verwenden können.

Die freiwillige private Vorsorge ist schon deshalb der erste richtige Schritt zu einem Paradigmenwechsel, weil die gesetzliche Pflegeversicherung immer nur einen Teil der Pflegekosten abdecken wird. Sie kann nur zukunftsfest gestaltet werden, wenn Eigenvorsorge und Pflichtversicherung ausbalanciert sind. Die kommenden Erfahrungen mit der



Christine Aschenberg-Dugnus MdB
ist pflegepolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion.

freiwilligen privaten Vorsorge werden zeigen, ob wir hier noch nachsteuern müssen. Der Einstieg in ein zukunftsfestes System ist jedenfalls gemacht.

Neben der finanziellen Vorsorge werden wir kurzfristig dringend notwendige Anpassungen im Leistungsrecht vornehmen. Dazu zählen ein flexibler Abruf von Pflegeleistungen in der häuslichen Pflege sowie eine Stärkung der Rehabilitation für Pflegebedürftige und auch für pflegende Angehörige. Es wird mehr Leistungen für dementiell erkrankte Menschen im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff geben. Betreuungsleistungen werden ein Bestandteil der Pflegeversicherung. Auch die medizinische Versorgung in Pflegeheimen wollen wir verbessern.

Das größte Vorhaben ist und bleibt allerdings die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Da die Zahl dementiell erkrankter Menschen stetig zunimmt, ist es dringend angezeigt, neben körperlichen Defiziten auch kognitive Schwächen bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit einzubeziehen. Diesem ehrgeizigen Projekt stellen wir uns. Wir wissen aber auch, dass die Umsetzung Zeit braucht. Das bestätigen im Übrigen auch die Experten des beauftragten Beirates und sogar Ulla Schmidt, die den notwendigen Zeitraum jüngst auf ca. 3 bis 4 Jahre beziffert hat. Wir sind dennoch zuversichtlich, die Neudefinition noch in dieser Wahlperiode gesetzgeberisch umzusetzen.

Die notwendige große Reform in der Pflege wird also angeschoben. Die christlich-liberale Koalition setzt endlich um, was unsere Vorgänger versäumt haben.



Verband der Privaten
Krankenversicherung



Heute schon an morgen denken.

Privatversicherte sorgen bereits heute für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten vor, um damit die Generationen unserer Kinder und Enkel nicht zu belasten. So stärken sie nachhaltig die Finanzierung des Gesundheitswesens, was auch allen gesetzlich Versicherten zugute kommt. Die Private Krankenversicherung wünscht Ihnen eine schöne Weihnachtszeit. www.gesunde-versicherung.de

PKV – Die gesunde Versicherung.