

Brief aus Berlin und Köln

Die vorgeschlagene Bürgerpflegeversicherung löst kein einziges Problem der sozialen Pflegeversicherung. Ideologie wird damit Vorrang vor Problemlösung und Zukunftsperspektive gegeben. +++ Alterungsrückstellungen der PKV wecken Begehrlichkeiten. +++ Das neue Präventionsgesetz schafft neue Bürokratien und eine fragwürdige Finanzierungsregelung. Die PKV wählt deshalb bewusst einen eigenen Weg. +++ Das geplante Antidiskriminierungsgesetz geht weit über das Umsetzungserfordernis der EU hinaus. Versicherungen werden benachteiligt; der Versicherungsstandort Deutschland nimmt dadurch Schaden.

> Seite 26

Antidiskriminierungsgesetz diskriminiert Versicherungen

Mit dem von den Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen eingebrachten Entwurf eines Antidiskriminierungsgesetzes sollen mehrere EU-Richtlinien in deutsches Recht umgesetzt werden. Trotz Widerstands auch aus den eigenen Koalitionskreisen nimmt das Antidiskriminierungsgesetz offensichtlich seinen Fortgang im parlamentarischen Verfahren. Obwohl das Antidiskriminierungsgesetz auf den ersten Blick die Kalkulationsgrundsätze der Kranken- und Lebensversicherung nicht anzutasten scheint, enthält der Gesetzentwurf bei näherer Betrachtung gezielte Benachteiligungen von Versicherungsverträgen.

> Seite 31

Weitere Themen in dieser Ausgabe

Buchbesprechung > Seite 36 +++ Persönliches > Seite 36 +++ Impressum > Seite 36



PKV stellt Reformmodell zur Pflegeversicherung vor

Die PKV hat am 14. März in Berlin ein Modell für eine ergänzende private kapitalgedeckte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vorgestellt. Dadurch gelingt die dringend notwendige Dynamisierung der Pflegeleistungen. Gleichzeitig kann der heutige gesetzliche Beitragssatz dauerhaft stabilisiert – bei einem schnellen Ausbau der Kapitaldeckung sogar sofort abgesenkt – werden.

Der PKV-Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte erläutert in einem Interview das PKV-Modell zur Pflegeversicherung.

Frühestens im Herbst wollen Regierungskoalition und Union Pläne zur Reform der sozialen Pflegeversicherung vorlegen. Konkrete Konzepte müssen aber noch erarbeitet werden. Während Teile der Koalitionsparteien auch für die Pflege eine Bürgerversicherung zu präferieren scheinen, strebt die Union kapitalgedeckte Lösungen und eine Abkopplung von den Lohnzusatzkosten an.

> Seite 28

Eine unendliche Geschichte? – Zur Mitgabe der Alterungsrückstellungen in der PKV

Die Nichtmitgabe der Alterungsrückstellungen bei Kündigung eines privaten Krankenversicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer wird seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert. Prof. Milbrodt von der Universität Rostock berichtet über wissenschaftliche Untersuchungen und Simulationsstudien seiner Rostocker Arbeitsgruppe zur Portabilitätsproblematik.

> Seite 33

Brief aus Berlin und Köln



Der Bürger beginnt, an der Politik zu verzweifeln: Die großen Probleme – Arbeitslosigkeit, langfristige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme – werden nicht oder in Form von Symbolpolitik angegangen. Die dafür eigentlich notwendige politische Energie konzentriert sich leider auf Felder, wo wenig oder kein Handlungsbedarf besteht – ein Stichwort: Antidiskriminierungsgesetz – und führt in den wirklich kritischen Politikfeldern zu weiteren Problemen.

Pflege-Bürgerversicherung:

Ideologie statt Zukunftsperspektive

Beispiel Pflegeversicherung: Da sind sich Wissenschaft, Experten und Politik einig, dass dringend eine Reform der sozialen Pflegeversicherung angegangen werden muss. Eine Reform, die eine Dynamisierung der Leistungen gewährleistet, die demographiefest sein und langfristig finanzierbar so gestaltet werden muss, dass sie die Arbeitskosten nicht zusätzlich belastet. Und was geschieht? Aus Regierungskreisen wird eine Bürgerzwangsversicherung auch in der Pflege gefordert. Die damit verbundene Ausweitung der Umlagefinanzierung auf 100 Prozent der Bevölkerung bedeutet, die Demographieanfälligkeit als politisches Ziel festzuschreiben und damit

nachwachsende Generationen zu belasten, um kurzfristig mit einem ideologisch motivierten Sozialmodell vermeintliche politisch-taktische Erfolge erzielen zu können.

Problemlösung statt Symbolpolitik erforderlich

Wohin der Weg in der Pflegeversicherung tatsächlich gehen muss, darüber sind sich alle Experten einig: Wir brauchen einen stabilen Beitrag in der sozialen Pflegeversicherung und wir brauchen einen kapitalgedeckt finanzierten, privaten Zusatzbaustein, der die schleichende Entwertung unserer heutigen Pflegeversicherung beendet und ein dauerhaft stabiles System ermöglicht. Der PKV-Verband hat dazu kürzlich einen Vorschlag gemacht, der in dieser Ausgabe von PKV Publik in einem Interview mit dem Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte im Einzelnen vorgestellt wird.

Beschaffung von Finanzierungsmitteln hat in der Politik Vorrang

Dass es in der Politik immer weniger um Problemlösungen geht, ist schon gesagt worden. Dass aber auch in zunehmendem Maße das Verfassungsrecht bewusst ignoriert wird, ist eine neuere Entwicklung. Ein Beispiel für diese Entwicklung bot vor kurzem Birgit Bender, gesundheitspolitische

Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen. Sie behauptete, dass die derzeit mehr als 8 Millionen Privatversicherten in einem Schritt in die Bürgerversicherung einbezogen werden könnten und ein Großteil der Alterungsrückstellung in den Finanzausgleich der gesetzlichen Kassen fließen könnte und sollte. Dieser Vorstoß von Frau Bender bestätigt erneut, dass es bei dem Konzept der Bürgerversicherung vor allem um Ideologie und die Beschaffung von neuen Finanzierungsmitteln für die gesetzliche Krankenversicherung um jeden Preis geht.

Um jeden Preis heißt, wirtschaftspolitisch unsinnige, gesellschaftspolitisch verfehlt und juristisch inakzeptable Wege zu gehen, um auf die von den PKV-Versicherten angesparten Kapitalreserven zugreifen zu können. Genau dies ist aber verfassungsrechtlich ausgeschlossen, weil es einer entschädigungslosen Enteignung gleichkäme. Den Alterungsrückstellungen stehen Ansprüche der Versicherten gegenüber, die ihnen nicht entzogen werden können. Renommiertere Verfassungsrechtler haben dies immer wieder bestätigt.

Alterungsrückstellungen wecken Begehrlichkeiten

Es ist geradezu grotesk, die Alterungsrückstellungen als Solidarbeitrag von den Privatversicherten dafür einzufordern, dass sie in der Bürgerversicherung zwangsversichert werden. Für die heute privat Versicherten würde die bestehende Kapitaldeckung beseitigt. Die Umlagefinanzierung würde auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet und die nachwachsenden Generationen in noch stärkerem Maße belastet. Doch mit diesen nicht widerlegbaren Sachargumenten scheinen sich zumindest einzelne prominente Vertreter der Regierung nicht auseinandersetzen zu wollen.

Präventionsgesetz: fragwürdige Finanzierungsregelung und neue Bürokratien

Ideologie, politisches Kalkül und Wahlkampf scheinen auch handlungsleitend bei

der Diskussion um den Gesetzentwurf zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention zu sein. Der Gesetzentwurf, von einzelnen Ministerien und vielen Juristen als misslungen, zum Teil gar als verfassungswidrig eingestuft, geht in der Tat einen nur schwer nachvollziehbaren Weg, um die gesundheitliche Prävention zu stärken. Da werden Sozialversicherungsträger quasi zwangsverpflichtet, Beitragsgelder ihrer Versicherten und deren Arbeitgeber in erheblichem Umfang zur Verfügung zu stellen, über die dann Bund und Länder nach bisher noch nicht definierten, geschweige denn priorisierten Präventionszielen zu verausgaben. Dabei bedient man sich auch nicht etwa bestehender und bewährter Strukturen, sondern schafft neue Bürokratien, mit entsprechenden finanziellen Auswirkungen.

Darüber hinaus wird großer politischer Druck ausgeübt, auch andere gesellschaftliche Gruppen in dieses nicht erprobte und unklar beschriebene Konzept einzubeziehen. So wird aus Regierungskreisen lautstark eine Beteiligung der PKV gefordert. Nun kann die PKV durch den Gesetzgeber nicht gezwungen werden, in das Gesetz einbezogen zu werden. Doch weit gravierender ist, dass der versicherte Leistungsumfang in der PKV anders als in der GKV nicht durch Gesetz und nicht einseitig durch die Versicherungsunternehmen bestimmt werden kann. Vielmehr gilt das, was im Versicherungsvertrag steht. Was dort steht, muss geleistet, kann aber nicht nachträglich aufgestockt werden. Im Klartext heißt dies, dass die PKV keine Beitragsmittel verwenden kann, um im Bereich der Primärprävention mehr zu tun.

PKV bekennt sich zur Primärprävention ...

Das wiederum heißt nicht, dass die PKV Prävention etwa nicht als gesellschaftspolitisch wichtige Aufgabe ansehen würde. Ganz im Gegenteil. Es handelt sich im Be-

reich der Primärprävention um ein zentrales, die Gesamtgesellschaft angehendes Politikfeld, das dann aber auch von der Gesamtgesellschaft – also über die öffentlichen Haushalte – zu finanzieren ist.

Wenn die Regierung nun einen anderen Weg geht und die Sozialversicherungsträger zwingt, Teile von Zwangsbeiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern dafür zu verwenden, sollte man sich diesem Weg nicht anschließen.

... wählt aber bewusst eigenen Weg

Gleichwohl wird die private Krankenversicherung ihrer gesundheitspolitischen Verantwortung gerecht, indem sie in einer Größenordnung von jährlich 3,5 Millionen Euro Primärprävention in einem Bereich unterstützt, der nachweislich von großen Erfolgen begleitet ist: die AIDS-Prävention. Hier ist es mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) – und in kleinerem Rahmen mit der Deutschen AIDS-Stiftung – zu einer Partnerschaft gekommen, die bereits in diesem Jahr mit ersten Aktionen starten wird. Diese Mittel werden zielgerichtet eingesetzt. Der Erfolg ist nach bisherigen Erfahrungen sicher zu erwarten. Die Kosten für Verwaltung sind minimal, neue Bü-

rokratien werden vermieden, sachfremde politische Auseinandersetzungen entfallen. Dies ist ein beispielhafter Weg, mit knappen Mitteln einen möglichst großen Ertrag zu erzielen. Diesen Weg zu kritisieren, ist allenfalls politisch-taktisch zu erklären, sachlich-inhaltlich jedoch nicht nachvollziehbar.

Antidiskriminierungsgesetz schädigt Versicherungsstandort

Sachlich nicht nachvollziehbar ist auch der Weg, den die Bundesregierung geht, um die EU-Richtlinien zur Antidiskriminierung umzusetzen. Mit ihrem Entwurf eines Antidiskriminierungsgesetzes geht sie weit über das Umsetzungserfordernis der EU hinaus. Sie schafft Rechtsunsicherheit und programmiert eine Prozesslawine. Sie greift in die Vertragsfreiheit ein, schädigt den Versicherungsstandort Deutschland und schafft keinen einzigen Arbeitsplatz – im Gegenteil: Das einzige Ergebnis besteht in neuen bürokratischen Strukturen auf unterschiedlichen Ebenen. Der Gesetzgeber bleibt aufgefordert, die EU-Richtlinie umzusetzen, jede darüber hinausgehende Regelung sollte im Interesse des Versicherungsstandortes Deutschland und der Sicherung der Arbeitsplätze in diesem Land unterbleiben. *L*



Pflegeversicherung: PKV-Modell verbessert Pflegeleistungen und sichert langfristig die Finanzierung der Pflege

In der sozialen Pflegeversicherung besteht dringender Reformbedarf. Darüber sind sich alle Parteien einig. Konkrete Konzepte müssen aber noch erarbeitet werden. Frühestens im Herbst wollen Regierungskoalition und Union ihre Pläne vorlegen. Mit einer Pflegereform in diesem Jahr ist daher kaum zu rechnen. Während Teile der Koalitionsparteien auch für die Pflege eine Bürgerversicherung zu präferieren scheinen, strebt die Union kapitalgedeckte Lösungen und eine Abkopplung von den Lohnnebenkosten an.

Die PKV hat am 14. März ein Modell für eine ergänzende private kapitalgedeckte Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung vorgeschlagen. Dadurch gelingt die dringend notwendige Dynamisierung der Pflegeleistungen. Gleichzeitig kann der heutige gesetzliche Beitragssatz dauerhaft stabilisiert – bei einem schnellen Ausbau der Kapitaldeckung sogar sofort abgesenkt – werden. Im nachfolgenden Interview erläutert der PKV-Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte das PKV-Modell zur Pflegeversicherung.

1 *Herr Schulte, die Pflegeversicherung wird zehn Jahre alt. Wieso besteht bereits jetzt Reformbedarf?*

Reinhold Schulte: Reformbedarf besteht in erster Linie für die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung:

- Bereits seit 1999 weist die soziale Pflegeversicherung jährlich steigende Defizite aus. Allein 2004 überstiegen die Ausgaben die Einnahmen um 823 Mio. Euro. Diese Defizite werden derzeit noch durch Rücklagen, die bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung gebildet wurden, aufgefangen. Spätestens 2007 bis 2008 sind die Reserven aber aufgebraucht und eine Beitragserhöhung ist unausweichlich.
- Das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter signifikant. Für die über 80-Jährigen liegt es bei rund 30 Prozent. Wenn Sie sich vor Augen halten, dass sich die Zahl der über 80-Jährigen bis 2050 verdreifachen wird, dann können Sie sich vorstellen, welchen Druck der demographische Wandel demnächst auf die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung ausüben wird.

Dagegen arbeitet die private Pflegeversicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren. Dies bedeutet, dass Rücklagen für das Alter gebildet werden. Während die Reserve der sozialen Pflegeversicherung



Reinhold Schulte

schrumpft, hat die private Versicherung sukzessive einen Kapitalstock von bislang rund 14 Mrd. Euro aufgebaut. Die Beiträge konnten in den letzten Jahren viermal gesenkt werden. Die private Pflegeversi-

cherung steht finanziell also nicht nur auf solidem Grund – sie ist auch bestens für die Zukunft gerüstet.

2 *Gibt es außer in der Finanzierung noch weiteren Handlungsbedarf – auch für die private Pflegeversicherung?*

Reinhold Schulte: Es ist auch eine qualitative Weiterentwicklung der Pflegeversicherung erforderlich. Der Gesetzgeber hat bei Einführung der Pflegeversicherung festgelegt, dass die private Pflegeversicherung dieselben Leistungen erbringen muss wie die soziale Pflegeversicherung. Und für soziale und private Pflegeversicherung gilt gleichermaßen, dass die Pflegeleistungen faktisch jedes Jahr gekürzt werden, weil sie nicht an die allgemeine Kostensteigerung angepasst werden. Sie sind per Gesetz nominal festgeschrieben. Seit 1995 erhält ein Pflegebedürftiger bei stationärer Pflege in der Pflegestufe 1 monatlich 1.023 Euro. Gemessen an der tatsächlichen Preissteigerungsrate kann er sich mit diesen 1.023 Euro heute über 13 Prozent weniger Pflegeleistungen „kaufen“ als 1995. Die Versicherten und ihre Angehörigen müssen also immer mehr aus der eigenen Tasche zuzahlen.



Viele Experten fordern zudem eine inhaltliche Neuausrichtung der Pflege. Demenz, geistige Behinderungen und psychische Erkrankungen sollen in der Pflegeversicherung künftig stärker berücksichtigt werden.

3 *Zielt das PKV-Modell also darauf ab, die heute bestehenden Defizite der Pflegeversicherung zu heilen und die Pflegeleistungen in der Zukunft zu dynamisieren sowie die Pflege von Demenzkranken in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufzunehmen?*

Reinhold Schulte: Eine Dynamisierung der Pflegeleistungen ist zwingend erforderlich. Ohne diese läuft das Ziel der Pflegeversicherung ins Leere. Das schon jetzt hoch defizitäre Umlageverfahren wäre mit einer Dynamisierung der Leistungen aber endgültig überfordert. Der Beitragssatz würde sich verdreifachen – das ist das Ergebnis mehrerer wissenschaftlicher Prognosen. Aus diesem Grund wollen wir die soziale Pflegeversicherung um eine kapitalgedeckte Finanzierung ergänzen, die eine Anpassung der Pflegeleistungen an die Preissteigerung ermöglicht. Und die die Pflegeversicherung demographiefest macht. Das sind die wesentlichen Ziele unseres Modells.

Über eine Erweiterung des Leistungsumfangs der Pflegeversicherung für Demenzkranke muss dagegen die Politik entscheiden. Sie muss vor allem darüber entscheiden, ob und in welcher Höhe wir bereit sind, den damit verbundenen Finanzierungsaufwand zu tragen – der nicht unerheblich sein wird. In Anbetracht dieser offenen Fragen ist die Demenz im PKV-Modell noch unberücksichtigt geblieben.

4 *Wie sieht das Modell konkret aus und was wird die Versicherten die private Pflegeversicherung zusätzlich kosten?*

Reinhold Schulte: Das Grundmodell unseres Vorschlags sieht vor, dass die Versi-



cherten zusätzlich eine private Pflegeversicherung zu einem Pauschalbeitrag von 8,50 Euro monatlich abschließen. Mit diesem Beitrag, der jedes Jahr um einen Euro pro Monat erhöht wird, können die Pflegeleistungen jährlich um zwei Prozent dynamisiert werden. Die soziale Pflegeversicherung übernimmt weiterhin die undynamisierten Leistungen. Der Beitragssatz kann dauerhaft bei 1,7 bzw. 1,95 Prozent stabilisiert werden.

Nach 36 Jahren ist ein Kapitalstock von 420 Mrd. Euro aufgebaut. Der Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen wird zu diesem Zeitpunkt zur Hälfte aus der kapitalgedeckten Versicherung finanziert. Die Pflegeversicherung steht dann auf zwei gleich starken Finanzierungssäulen – Umlage und Kapitaldeckung.

5 *Gibt es neben dem Grundmodell noch andere Modellvarianten?*

Reinhold Schulte: Im Grundmodell erfolgt der Aufbau des Kapitalstocks langsam und graduell und erlaubt so einen sozialverträglichen Einstieg mit moderaten Beiträgen an die private Pflegeversicherung. Daneben haben wir auch Varianten durchgerechnet, bei denen der Kapitalaufbau deutlich zügiger – also mit höheren kapitalgedeckten Beiträgen – erfolgt.

In der ersten Modellvariante übernimmt die private Pflegeversicherung die Dyna-

misierung der Leistungen und zusätzlich die Leistungsdifferenz zwischen der Pflegestufe 2 und 3. In dem Fall würde also auch die Absicherung der Schwerstpflegebedürftigkeit vollständig auf die private Pflegeversicherung übergehen. Die soziale Pflegeversicherung zahlt weiterhin die Leistungen bis zur Pflegestufe 2. In der sozialen Pflegeversicherung kann der Beitragssatz sofort auf 1,5 Prozent abgesenkt werden. Die private Pflegeversicherung kostet in dieser Modellvariante beim Start 12 Euro. Der Beitrag wird jährlich um 1,10 Euro pro Monat erhöht. Die Pflegeversicherung wäre nach 28 Jahren zur Hälfte kapitalgedeckt ausfinanziert.

Noch stärker erfolgt der Kapitalaufbau in der zweiten Modellvariante: Für einen Beitrag von 20 Euro mit einer jährlichen Erhöhung um 2 Euro kann die private Pflegeversicherung nicht nur die Leistungsdynamisierung, sondern auch die Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit übernehmen. Die soziale Pflegeversicherung zahlt nur noch Leistungen in Höhe der Pflegestufe 1. Dafür kann der Beitragssatz sofort auf 0,85 Prozent heruntergesetzt werden.

6 *Warum machen Sie keinen Vorschlag für eine vollständige Umstellung auf die kapitalgedeckte private Pflegeversicherung?*

Reinhold Schulte: Der vollständige Umstieg vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren wäre ordnungspolitisch zweifelsohne der richtige Weg. Die Finanzierung wäre damit langfristig und generationengerecht sichergestellt. Allerdings dürfte die politische Realisierbarkeit nach unserer Einschätzung kaum gegeben sein. So hat der Kronberger Kreis vor einigen Wochen für einen Komplettausstieg einen erforderlichen Steuertransfer in Höhe von 14 Mrd. Euro jährlich berechnet. Dieser dürfte in Anbetracht der extrem angespannten Lage der öffentlichen Haushalte kaum durchsetzbar sein. Aus diesem

Grund haben wir bei unserem Modell bewusst auch den politischen Handlungsspielraum antizipiert.

Sieht das PKV-Modell vor, dass alle Versicherten obligatorisch eine ergänzende private Pflegeversicherung abschließen müssen? Und gilt das für die Versicherten der sozialen und der privaten Pflegeversicherung gleichermaßen?

Reinhold Schulte: Idealerweise sollte der Abschluss der ergänzenden privaten Pflegeversicherung natürlich freiwillig erfolgen. Allerdings zeigt die niedrige Anzahl der bisher abgeschlossenen Pflegezusatzversicherungen mit 749.600 Verträgen, dass das Pflegerisiko und der Pflegebedarf von den meisten Menschen nicht realistisch eingeschätzt und natürlich auch vielfach verdrängt werden. Da die Pflegebedürftigkeit signifikant erst im hohen Alter auftritt, ist dieses Verhalten aus Sicht des Einzelnen zwar nachvollziehbar. Es zeigt aber, dass eine rechtzeitige gesamtgesellschaftliche Weichenstellung für die Pflegeabsicherung ohne eine obligatorische Einbeziehung aller nicht gelingen wird. Zumal auch die hier vorgeschlagene dynamisierte Pflegepflichtversicherung weiterhin nur die Funktion einer Teilkaskoversicherung erfüllen wird.

Die Leistungen werden natürlich im gleichen Umfang für die Mitglieder der privaten Pflegeversicherung dynamisiert. Die Dynamisierung kann hier aber im bestehenden System der privaten Pflegeversicherung erfolgen. Dies würde moderate Beitragsanpassungen mit sich bringen.

Ergeben sich bei den Leistungen der Pflegeversicherung – abgesehen von der Dynamisierung – ansonsten noch Änderungen?

Reinhold Schulte: Seit Einführung der Pflegeversicherung haben wir einen erkennbaren Trend „weg“ von der ambulanten und „hin“ zur stationären Pflege. Die Politik hat immer wieder bekundet, dass sie diesen Trend stoppen und Anreize für

mehr ambulante Pflege setzen möchte. Die Rürup-Kommission hat dazu bereits konkrete Vorschläge vorgelegt, die wir unseren Modellberechnungen zugrunde gelegt haben: In der ambulanten und stationären Pflege werden danach die Leistungen in der Stufe 1 auf 400 Euro, in der Pflegestufe 2 auf 1.000 Euro und in der Pflegestufe 3 auf 1.500 Euro angepasst. Damit gelingt letztendlich auch die Stabilisierung bzw. die Absenkung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung.

Wie soll denn die praktische Umsetzung des PKV-Modells aussehen?

Reinhold Schulte: Für die technische Umsetzung dieses gesamtgesellschaftlich sinnvollen neuen Weges wäre schon eine gewisse Vorlaufzeit erforderlich. Ziel sollte es sein, den Start insbesondere für die Versicherten – aber natürlich auch für die Akteure – möglichst leicht zu gestalten. Wir könnten uns deshalb zu Beginn Übergangslösungen vorstellen, bei denen der Beitragseinzug und die Leistungsauszahlung durch die gesetzlichen Pflegekassen mitorganisiert werden. Pflegebedürftige würden dann zunächst alle Leistungen in vollem Umfang von der sozialen Pflegeversicherung ausbezahlt bekommen. Leistungen der privaten Pflegeversicherung würden unmittelbar an die soziale Pflegeversicherung ausbezahlt.

Als einen wichtigen Faktor für ein funktionierendes Gesundheitssystem nennen Sie oft den Wettbewerb. Wie sieht es hiermit in Ihrem Pflegekonzept aus?

Reinhold Schulte: Die Reform in der Pflegeversicherung drängt. Deshalb muss die kapitalgedeckte Dynamisierung der Pflegeversicherung auf das bestehende System aufbauen. Und das bestehende System ist ein Einheitssystem mit einem Einheitsprodukt ohne Wettbewerb. In der Startphase wird das PKV-Modell deshalb zu-

nächst nur als Gemeinschaftsunternehmen umgesetzt werden können.

Nach der Einführung gilt es dann aber möglichst schnell Wettbewerbsstrukturen auf den Weg zu bringen. Ein Wettbewerb, in dem die Versicherten selbstverständlich auch zwischen den Versicherungsunternehmen wechseln können - und zwar ein Wechsel, der ohne Nachteile möglich ist. Die PKV hat dazu in der Krankenversicherung im vergangenen Sommer das Zukunftskonzept vorgestellt. Die Pflegeversicherung ist in dieses Konzept integriert. In der privaten Pflegeversicherung wird es dann möglich sein zwischen den verschiedenen Versicherungsunternehmen ohne Nachteile zu wechseln. Und der Wettbewerb würde dann natürlich auch ganz wesentlich über die Kosten und die Performance der Kapitalanlage des Versicherungsunternehmens stattfinden.

Die Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung steht noch am Anfang. Was erhoffen Sie sich von der Vorlage des PKV-Modells für die kommende Reformdebatte?

Reinhold Schulte: Unser Modell ist ein ernst gemeintes Angebot an die Politik, gemeinsam eine langfristig tragfähige Lösung für die soziale Pflegeversicherung zu erarbeiten. Wir bieten ein fundiert kalkuliertes und belastbares Modell. Über die konkreten Modellparameter kann diskutiert werden – denkbar sind auch andere Leistungspakete, Dynamisierungsraten etc. als die, die wir hier zugrunde gelegt haben. Wir hoffen natürlich, dass die Politik dieses Angebot annimmt. Denn eines ist klar: In einem alternden Land kann eine sinkende Zahl Erwerbstätiger es nicht schaffen, eine stark ansteigende Zahl Pflegebedürftiger zu finanzieren! Eine dauerhaft finanzierbare Pflegeversicherung ist nur mit Kapitaldeckung möglich. Und die private Pflegeversicherung ist dafür der prädestinierte Partner. Er

Antidiskriminierungsgesetz diskriminiert Versicherungen

Anfang März fand im Bundestagsausschuss eine öffentliche Anhörung zum vieldiskutierten Entwurf eines Antidiskriminierungsgesetzes statt. Mit dem von den Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen eingebrachten Gesetzentwurf sollen mehrere EU-Richtlinien in deutsches Recht umgesetzt werden. Trotz Widerstands auch aus den eigenen Koalitionskreisen nimmt das Antidiskriminierungsgesetz offensichtlich seinen Fortgang im parlamentarischen Verfahren. Obwohl das Antidiskriminierungsgesetz auf den ersten Blick die Kalkulationsgrundsätze der Kranken- und Lebensversicherung nicht anzutasten scheint, enthält der Gesetzentwurf bei näherer Betrachtung gezielte Benachteiligungen von Versicherungsträgern.

Außerhalb von Beschäftigung und Beruf unterwirft das Antidiskriminierungsgesetz lediglich „Massengeschäfte“, also Verträge, die typischerweise ohne Ansehen der Person zu vergleichbaren Bedingungen in einer Vielzahl von Fällen zustande kommen, dem uneingeschränkten Benachteiligungsverbot. Es verbietet also Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität. Bei anderen Verträgen hingegen, bei denen die Person des Vertragspartners für den Abschluss des Vertrages von Bedeutung ist, sind nur Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft unzulässig.

Gesetzentwurf geht weit über europäischen Harmonisierungsauftrag hinaus

Dagegen gilt abweichend für Versicherungen, dass diese auch bei den individuellen Verträgen, die erst nach Risikoprüfung im Einzelfall zustande kommen, sämtliche Kriterien des Antidiskriminierungsgesetzes beachten müssen. Damit geht der Gesetzentwurf nicht nur über die sonstigen Zivilrechtsverhältnissen auferlegten Pflichten, sondern auch weit über den europäischen Harmonisierungsauftrag hinaus. Denn die am 13. Dezember 2004 verabschiedete „Richtlinie zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Frauen und Männern

beim Zugang zu und der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen“ untersagt lediglich Benachteiligungen wegen des Geschlechts.

Für den damit verbundenen Eingriff gerade in die Tätigkeit der privaten Krankenversicherung, für die neben dem Geschlecht auch Alter und Gesundheitszustand maßgebliche Risikofaktoren sind, fehlt es an jeder Rechtfertigung. Die allgemeinen Erwägungen der Gesetzesbegründung reichen angesichts dieser Eingriffstiefe in die Privatautonomie nicht aus.

Untersagung von Höchstaltern schafft keine neuen Versicherungsmöglichkeiten

Außerdem führt z.B. die Nennung des Alters als Benachteiligungsgrund angesichts der im Gesetzentwurf enthaltenen Ausnahmevorschrift auch nicht zu neuen Versicherungsmöglichkeiten. Eine unzulässige Benachteiligung liegt nämlich dann nicht vor, wenn einer der im Gesetz genannten Benachteiligungsgründe ein bestimmender Faktor bei der versicherungsmathematischen Risikobewertung ist. In der Krankenversicherung wird die Altersabhängigkeit des Risikos zweifelsfrei durch aussagekräftige Statistiken belegt, so dass Alter immer ein bestimmender Faktor der Risikobewertung ist. Die Vorschrift ist also weitgehend inhaltsleer, es sei denn, dass das in einer Reihe von Tarifen enthaltene Aufnahmehöchstalter untersagt werden soll.

Eine solche Untersagung wird jedoch an den tatsächlichen Verhältnissen nichts ändern. Denn aufgrund der spezifischen Kalkulationsmethode der privaten Krankenversicherung, bei der die altersbedingten Mehrkosten gleichmäßig über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt werden, steigen die Neugeschäftsbeiträge mit dem Alter so stark an, dass nur wenige Personen jenseits der heutigen Höchstaufnahmealter von 65 oder 70 Jahren sich noch versichern wollen. Die Höchstaltersgrenzen für den Eintritt in die PKV haben also im Wesentlichen die Funktion, Diskussionen über die Höhe der Beiträge zu vermeiden. Die mit der Öffnung verbundene Öffentlichkeitswirkung könnte wiederum fälschlich als der Versuch verstanden werden, die Versicherung älterer Menschen abzuwehren.

Darüber hinaus enthalten die Kalkulationsvorschriften im Versicherungsaufsichtsgesetz und der Kalkulationsverordnung eine Reihe von Bestimmungen, die ältere Versicherte begünstigen. Sollen diese Vorteile nun als Diskriminierung jüngerer Versicherter aufgehoben werden?

Verwendete Abgrenzung von Behinderung und Krankheit ist untauglich

Erhebliche Schwierigkeiten hingegen bereitet die Einbeziehung des Merkmals Behinderung, und zwar wegen der Abgrenzung zur Krankheit. Wie in der Gesetzesbegründung zutreffend ausgeführt, gehört die Differenzierung nach dem ex ante be-

urteilten individuellen Risiko zu den Grundprinzipien der privatrechtlichen Versicherung. Dabei stellt neben Alter und Geschlecht des Versicherungsinteressenten auch der Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Vertragsschlusses ein wesentliches Risikomerkmale dar.

Selbstverständlich ist die private Krankenversicherung bereit, auch bei behinderten Antragstellern keine pauschalen Ablehnungen auszusprechen, sondern den Zusammenhang zwischen der bestehenden Behinderung und einer möglicherweise erhöhten Behandlungsbedürftigkeit angemessen zu berücksichtigen. Dafür ist jedoch eine Abgrenzung zwischen Krankheit und Behinderung erforderlich, die nicht die Risikoprüfung insgesamt in Frage stellt. Der Verweis auf die Definition im Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch –, wonach eine länger als sechs Monate andauernde Abweichung der körperlichen Funktion von dem für das Lebensalter typischen Zustand eine Behinderung darstellt, ist nicht tauglich. Denn dieser Sachverhalt trifft auf jede chronische sowie auf jede nicht heilbare Erkrankung zu.

Risikoprüfung ist erforderlich und sachlich gerechtfertigt

Auf die im Zeitpunkt des Vertragsschlusses vorgenommene Gesundheitsprüfung und die Beitragskalkulation in Abhängig-

keit von bestimmten Risikofaktoren kann die private Krankenversicherung jedoch nicht verzichten. Darin liegt keine Diskriminierung, sondern eine sachlich gerechtfertigte Differenzierung, die allein dem Ziel dient, die Belange der bereits Versicherten zu wahren und die dauernde Erfüllung der abgeschlossenen Versicherungsverträge zu sichern.

Schutz des Kollektivs erfordert risikoäquivalente Beiträge

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der aufgrund der Versicherungspflicht ein ständiger Nachwuchs an jungen und gesunden Versicherten gewährleistet ist, folgt der Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages individuellen und an den persönlichen Gegebenheiten ausgerichteten Erwägungen des einzelnen Interessenten. Der Krankenversicherer muss deshalb – ungeachtet seines Geschäftszieles, möglichst viele Versicherungsverträge abzuschließen – die Gesamtheit der bereits bei ihm Versicherten davor schützen, dass nur solche Personen privaten Krankenversicherungsschutz nachfragen, die sofort oder in naher Zukunft Versicherungsleistungen beanspruchen. Die für das Funktionieren auch der privaten Krankenversicherung unerlässliche Solidarität zwischen Gesunden und Kranken fordert einen unter Risikogesichtspunkten ausgeglichenen Versi-

cherungsbestand, dessen Erhalt die Gesundheitsprüfung vor Vertragsschluss gewährleistet.

Dabei wird, entgegen landläufigen Vorstellungen, allerdings nicht festgestellt, ob die zu versichernde Person auch in Zukunft gesund bleibt (denn die wahrscheinliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist gerade Gegenstand des gebotenen Krankenversicherungsschutzes), sondern die Prüfung erstreckt sich allein darauf, dass der Versicherungsfall nicht bereits eingetreten ist und der Versicherungsinteressent bei Vertragsschluss dem kalkulatorischen Risiko entspricht, d.h. den richtigen Beitrag zahlt.

De facto Kontrahierungszwang geht zu Lasten des Kollektivs

Auf die Risikoprüfung und die damit möglicherweise verbundene Einschränkung der Versicherungsmöglichkeiten kann nur dann verzichtet werden, wenn der Vertragsschluss nicht mehr selektiv nach der Entscheidung des Einzelnen erfolgt, sondern ganze Gruppen auf den privaten Krankenversicherungsschutz verwiesen werden. Das ist beispielsweise der Fall bei Beamten, die kein Zugangsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung haben und deshalb ohne Rücksicht auf ihr Risiko in die private Krankenversicherung aufgenommen werden; eventuell erforderliche Risikozuschläge sind auf 30 Prozent des Ausgangsbeitrages begrenzt. Auch bei der Pflegepflichtversicherung sind alle pflegenahen und bereits pflegebedürftigen Jahrgänge ausnahmslos versichert worden.

In Abweichung von diesen Grundsätzen begründet das Antidiskriminierungsgesetz im Ergebnis einen Kontrahierungszwang zugunsten kranker Antragsteller, wobei die damit verbundenen finanziellen Belastungen von den heute bereits Versicherten getragen werden müssen.



Jung, männlich, gesund... haben Sie wenigstens ein schlechtes Gewissen?

Beweislastumkehr für den Versicherten nicht immer wünschenswert

Einigen Sprengstoff birgt auch die mit der Umkehr der Beweislast verbundene Verpflichtung des Versicherers, bei einer Vertragsablehnung nachzuweisen, dass keine unzulässige Benachteiligung vorliegt. In diesen Fällen müssen notwendigerweise medizinische Details zur Sprache kommen, die der Antragsteller häufig weder wissen will noch, nach dem Rat seiner Ärzte, wissen soll.

Übergangsfristen für die künftige Kostenverteilung von Geburt und Schwangerschaft erforderlich

Was die Verteilung der Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung auf beide Geschlechter anbelangt, so ist diese Anforderung in der „Richtlinie zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Frauen und Männern beim Zugang zu und der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen“ vom 13. September 2004 enthalten und damit zwingend in deutsches Recht umzusetzen. Der Entwurf des Antidiskriminierungsgesetzes hat allerdings nicht die in der Richtlinie vorgesehenen Übergangsfristen bis zum

21. Dezember 2009 übernommen. Da die geschlechtsneutrale Verteilung der Aufwendungen für Schwangerschaft und Entbindung zunächst einmal eine genaue Ermittlung voraussetzt, ist eine solche Übergangsregelung jedoch unverzichtbar. Auffällig ist, dass die in Versicherungsaufsichtsgesetz und Kalkulationsverordnung notwendigen Änderungen, ohne die die geschlechtsneutrale Verteilung nicht möglich ist, im Entwurf des Antidiskriminierungsgesetzes fehlen. Es steht zu befürchten, dass damit die Ressortzuständigkeit des Bundesministeriums der Finanzen und die Zustimmungspflichtigkeit des Gesetzes durch den Bundesrat ausgeschaltet werden sollen. Unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten begegnet diese Handhabung erheblichen Bedenken.

Umsetzung des Antidiskriminierungsgesetzes kostenintensiv

Im Übrigen sind die im Antidiskriminierungsgesetz vorgesehenen Regelungen für Krankenversicherungsunternehmen mit erheblichen finanziellen Auswirkungen verbunden. Dies gilt nicht nur für den Aufbau und die Verwaltung neuer Statistiken,

sondern auch für die mit der Verteilung der Kosten für Schwangerschaft und Entbindung verbundenen Beitragsveränderungen. Diese müssen, damit sie wirksam werden können, den Versicherungsnehmern mitgeteilt werden, so dass im schlechtesten Fall der gesamte Bestand eines Krankenversicherungsunternehmens mit neuen Versicherungspolice ausgestattet werden muss. Auch durch die Umstellung der EDV kommen nennenswerte Kosten auf die Krankenversicherer zu, abgesehen davon, dass solche Änderungen nicht kurzfristig durchgeführt werden können.

Fazit

Angesichts der Vielzahl rechtlicher und tatsächlicher Probleme, die sich aus dem Entwurf des Antidiskriminierungsgesetzes ergeben, sollte sich die Einbeziehung der Versicherungen auf den durch die Gleichbehandlungsrichtlinie vorgegebenen Bereich beschränken, zumindest aber sollten Versicherungsverträge keinen anderen Anforderungen unterworfen werden als die übrigen zivilrechtlichen Schuldverhältnisse. Für die Verteilung der Kosten von Schwangerschaft und Entbindung sind längere Übergangsfristen erforderlich. Sa

Eine unendliche Geschichte? Zur Mitgabe der Alterungsrückstellung in der PKV

Professor Hartmut Milbrodt, Universitätsprofessor für Finanz- und Versicherungsmathematik an der Universität Rostock, berichtet nachfolgend über wissenschaftliche Untersuchungen zur Portabilitätsproblematik in der PKV.

Die Nichtmitgabe der Alterungsrückstellung bei Kündigung eines privaten Krankenversicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer wird seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert: Die Einschätzungen variieren von „überflüssiges Wettbewerbshinder-

nis“ bis hin zu „aktuarielle Notwendigkeit“. Zwei deutliche Beispiele:

– „Um den privat Versicherten die dauerhafte Möglichkeit zum Versicherungswechsel zu gewährleisten und damit den Wettbewerb zu intensivieren, müssen Alterungsrückstellungen prinzipiell transferiert werden können: Genau wie ein funktionierender Risikostrukturausgleich die notwendige Voraussetzung eines funktionsfähigen Wettbewerbs zwischen den Gesetzlichen Krankenversicherungen ist, so sind portable und individualisiert bemessene Alte-

rungsrückstellungen die notwendige Voraussetzung eines funktionsfähigen Wettbewerbs im Segment der privaten Krankenversicherungen.“ (Abschlussbericht der Kommission „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ [„Rürup-Kommission“], 2003)

– „Die PKV sollte aufhören, nach Modellen zu suchen, wie die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung doch noch bewerkstelligt werden könnte. Wie die VVG-Kommission richtig erkannt hat, ist jedes denkbare Modell mit so schwerwiegenden Ein-

griffen verbunden, dass die PKV in ihren Fundamenten erschüttert würde. Wichtiger wäre es, die Experten, Sachverständigen und Sozialpolitiker, die immer noch an einen Königsweg zur Portabilität der Alterungsrückstellung glauben, von der faktischen Unmöglichkeit zu überzeugen.“ (Surminski, 2004, in der Zeitschrift für Versicherungswesen)

Vor dem Hintergrund der seit 1996 bestehenden freien Kassenwahl in der GKV und des kurz zuvor aufgebrachten Vorschlages, bei Kündigung in der PKV eine „individuelle prospektive Alterungsrückstellung“ mitzugeben, hat in der Tat die Intensität der Diskussion um die Mitgabe der Alterungsrückstellungen erheblich zugenommen. Sowohl grundsätzliche Aspekte der Mitgabeproblematik als auch einzelne Mitgabemodelle sind seither Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen, umfangreicher politischer Kommissionsarbeit und ausführlicher öffentlicher Kontroversen. Wie das Zitat aus dem Abschlussbericht der Rürup-Kommission illustriert, nehmen dabei das Argument der Wettbewerbsausweitung durch die Mitgabe der Alterungsrückstellungen und das Modell der Mitgabe individualisiert bemessener Alterungsrückstellungen besonders breiten Raum ein. Beide sollen deshalb auch hier im Mittelpunkt stehen. Grundlage dieser Ausführungen sind wissenschaftliche Untersuchungen zur Portabilitätsproblematik in der Rostocker Arbeitsgruppe des Autors, über die erstmals in „Der Aktuar“ (2004) berichtet wurde. Dort finden sich argumentative Details und Informationen zu der von uns entwickelten (Simulations-)Software sowie weitere Quellenangaben.

In der Diktion ihres Urhebers (Meyer, 1994) ist die individuelle prospektive Alterungsrückstellung einer versicherten Person derjenige „Geldbetrag, der ausreicht, um zusammen mit den zukünftigen Prämieinnahmen von diesem Versicherten die zukünftig für diesen Versicherten zu erwartenden Krankheitskosten abzudecken“. Die praktische Imple-

mentation dieser „Definition“ ist offenbar konzeptionell abhängig von der

- verfügbaren medizinischen Information über die versicherte Person
- ökonomischen Bewertung dieser medizinischen Information.

Darüber hinaus ist offensichtlich der natürliche Interessenkonflikt von abgebendem PKV-Unternehmen einerseits sowie von aufnehmendem Versicherer und versicherter Person andererseits von fundamentaler Bedeutung. Die bisherige Auseinandersetzung um das Meyersche Modell der Mitgabe einer



individuellen prospektiven Alterungsrückstellung war ganz überwiegend durch das Bestimmbarkeitsproblem geprägt. So hat die mangelnde Aussicht, eine befriedigende Lösung für dieses Problem zu finden, unter anderem die Unabhängige Expertenkommission (1996), die VVG-Kommission (2004) und die Autoren einer kürzlichen ifo-Studie zu diesem Thema (Meier, Baumann und Werdning, 2004) davon abgehalten, dieses auf den ersten Blick eingängige Modell zu empfehlen. Es scheint aber bisher trotzdem nicht gelungen zu sein, präconzierte Protagonisten des Modells von seiner Realitätsferne zu überzeugen.

In unserer Untersuchung konnten wir allerdings nachweisen, dass das Modell der Mitga-

be der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung selbst dann zu keiner nachteilfreien Wechselmöglichkeit für erhöhte Risiken führt, wenn man im Sinne dieses Mitgabemodells (aber völlig realitätsfern!) unterstellt, eine solche Alterungsrückstellung sei hinreichend präzise bestimmbar. Der Nachweis erfolgte sowohl empirisch – im Rahmen einer umfangreichen Simulationsstudie, die als Ausgangspunkt ein reales Portefeuille eines PKV-Unternehmens in einem Kompakttarif hatte – als auch mit aktuariellen Argumenten. Auf beiden Wegen zeigten sich zwei Hauptprobleme, die nur durch völlig systemfremde Folgeeingriffe in die PKV zu bewältigen wären:

1. Bei einmal schlecht strukturiertem Bestand kann ein PKV-Unternehmen durch eigene Maßnahmen eine Kopfschaden- und Prämienexplosion sowie ein Aussterben des Bestandes nicht sicher verhindern.
2. Alle bis zu einem Unternehmenswechsel untertariferten erhöhten Risiken tragen die nach diesem Wechsel eintretenden Krankheitskostensteigerungen für den bei diesem Wechsel erstmals berücksichtigten Risikoanteil selbst: Die Einstufungskorrektur beim Wechsel finanziert das abgebende PKV-Unternehmen durch die Mitgabe der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung. Die Aktualisierung des durch diese Einstiegskorrektur erzeugten (Anteils des) Risikozuschlages bei allen nachfolgenden Beitragsanpassungen finanziert der Beitragszahler selbst. Betrachten wir etwa ein seit Vertragsbeginn oder durch seitherige Gesundheitsverschlechterung verdoppeltes Risiko, welches beim abgebenden Versicherer fälschlicherweise als normal eingestuft ist. Beim Wechsel wird der versicherten Person von diesem Unternehmen die doppelte rechnerische Alterungsrückstellung mitgegeben, dafür wird sie vom aufnehmenden Unternehmen mit einem 100-prozentigen Risikozuschlag bedacht. Exakt gleiche Tarife und damit auch Rechnungsgrundlagen bei beiden Unter-

nehmen vorausgesetzt, kompensieren sich diese beiden Vorgänge beitragsmäßig; in der Regel wird das aufnehmende Unternehmen „billiger“ sein, so dass sich der Beitrag sogar erniedrigt – bis zur nächsten Beitragsanpassung. Ohne einen Versicherungswechsel wäre die Bemessungsgrundlage für die Höhe der Beitragsanpassung der Normalbeitrag (100 Prozent), mit einem Wechsel aber der Beitrag einschließlich Risikozuschlag (zusammen 200 Prozent). So verkehrt sich der anfängliche finanzielle Wechselgewinn des Beitragszahlers infolge der Einstufungskorrektur durch beitrags erhöhende Beitragsanpassungen allmählich in einen Verlust. Durch einen eventuellen Rückwechsel würde der Verlust in der Regel nochmals verstärkt. Langfristig wirkt dieser Effekt fast wie ein voller Risikozuschlag.

Insbesondere (2) steht in scharfem Kontrast zu dem von der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts in ihrem Abschlussbericht (2004) formulierten Anspruch, an dem sich jedes Mitgabemodell messen muss: „Ein wirklich freier PKV-Wechsel wäre erst dann verwirklicht, wenn er nicht nur gesunden und jungen Versicherten offen steht, sondern auch Menschen in höherem Alter oder mit möglicherweise erheblichen Vorerkrankungen einen Rechtsanspruch darauf erhielten, ohne gravierende Nachteile ihren Versicherer zu wechseln.“

Eine genaue Inspektion identifiziert als Hauptursache von (2) das Änderungsrisiko hinsichtlich der Krankheitskosten: Genauso wie in der substitutiven PKV eine abschließende Tarifierung bei Vertragsbeginn (vertragslang und ohne Beitragsanpassungsklausel) nicht möglich ist, ist auch eine abschließende Mitgaberegulierung für die Alterungsrückstellung unmittelbar bei Kündigung strukturell unmöglich. Problem (1) zeigt zudem, dass die durch (2) vom Wettbewerb ausgegrenzten versicherten Personen durch die mit dem Wechselgeschehen verbundenen Selektionseffekte existenzbedrohend benachteiligt werden können.

Damit stellt sich, auf den zweiten Blick, die Problematik der Mitgabe einer individuellen prospektiven Alterungsrückstellung durchaus ähnlich dar zu den inzwischen allgemein anerkannten Problemen, die eine Mitgabe der rechnerischen Alterungsrückstellung mit sich bringen würde:

- die Beschränkung der Wechselmöglichkeiten auf gute und normale Risiken, hier als Folge der Vertragsfreiheit der PKV-Unternehmen und der daraus abgeleiteten Möglichkeit zur Risikoprüfung
- resultierend dann Risikoselektion und Bestandsentmischung
- und schließlich deutliche Beitragserhöhungen mit finaler Unbezahlbarkeit des Krankenversicherungsschutzes in schlecht strukturierten Restbeständen.

Die wichtigste Idee zur Unterbindung dieser Wirkungskaskade setzt an bei ihrem Ausgangspunkt und stellt der Möglichkeit zur Risikoprüfung einen Kontrahierungszwang entgegen. Die Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts hat (in ihrem Abschlussbericht, 2004) überzeugend begründet, dass ein Kontrahierungszwang ohne Risikodifferenzierung sowohl eine Leistungsnormierung als auch ein unternehmensübergreifendes Risiko- oder Schadenausgleichssystem erfordert. Die erhöhte Wechselintensität und die Ausweitung des Preiswettbewerbs um Bestandskunden in der PKV wären dann erkaufte mit einem Ende des Leistungswettbewerbs sowie einem erheblichen Aufwand zur Konzeption und Administration des unternehmensübergreifenden Ausgleichs – an dessen Gelingen zudem grundsätzliche Zweifel angebracht sind.

Zwei PKV-Modelle aus der US-amerikanischen versicherungswissenschaftlichen Literatur, Versicherungsverträge mit garantierter Erneuerbarkeit (Pauly, Kunreuther und Hirth, 1995) und das Modell der zeitkonsistenten Krankenversicherung (Cochrane, 1995), die beide auch in der erwähnten ifo-Studie diskutiert werden, bringen eben-

falls keine Lösung des Portabilitätsproblems. Kombiniert man sie, wie gelegentlich vorgeschlagen, zwangsweise mit einer bei Storno unverfallbaren Rentenversicherung, um eine rein alterungsbedingte Prämiensteigerung zu vermeiden, so führt dies zu denselben Problemen wie die Mitgabe der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung (Modell der zeitkonsistenten Krankenversicherung) bzw. die Mitgabe der rechnerischen Alterungsrückstellung (Versicherungsverträge mit garantierter Erneuerbarkeit) – und damit ebenfalls in eine Sackgasse. Im Gegensatz zu einer neuerdings häufig geäußerten Auffassung (zum Beispiel durch Bürger, 2004) lassen sich die Fragen der Absicherung des langfristigen individuellen Änderungsrisikos und die Mitgabeproblematik nicht sinnvoll trennen.

Keines der hier angesprochenen Modelle bietet somit eine Lösung der Mitgabeproblematik. Wenn also ein ausgeprägter Wettbewerb um PKV-Erstkunden auf allen drei Wettbewerbsebenen – Preis, vertraglich zugesicherte Leistung und Service – und ein durch die Portabilität der Alterungsrückstellung getriebener Wettbewerb um Bestandskunden vor allem auf den Ebenen Preis und Service kaum vereinbar sind, so liegt es nahe, auf zwei getrennten Produktebenen einmal primär das Erstere und einmal primär das Letztere zu realisieren. Nichts anderes tut das Zukunftskonzept der PKV für die Krankenversicherung. Im Hinblick auf die Unerreichbarkeit des Maximalziels ist dieses Konzept ein aktuariell, ordnungs- und sozialpolitisch höchst sinnvoller Kompromiss.

Die genuin aktuarielle Natur der hier dargestellten Argumente zeigt, dass auch eine primär ordnungs- und sozialpolitisch geführte Diskussion um Probleme der Krankenversicherung durch aktuariellen Sachverstand bereichert werden kann und muss. Auch und gerade dort liegt eine Stärke der PKV in der derzeitigen gesundheitspolitischen Auseinandersetzung!

Aktuelle Veröffentlichungen aus der Gesundheitsökonomie



Fritz Beske, Thomas Drabinski:
„Veränderungsoptionen in der gesetzlichen
Krankenversicherung – Bürgerversicherung,
Kopfpauschalen und andere Optionen im Test“

Erschienen im Rahmen der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Bd. 102, 2004; ISBN-Nummer: 3-88312-292-0

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Bürgerversicherung zu erheblichem zusätzlichem Verwaltungsaufwand führen würde, um die monatliche Bemessungsgrundlage zu ermitteln. Außerdem gäben 12,2 Mio. Steuerpflichtige derzeit keine Steuererklärung ab.

Die Bürgerversicherung führe zur Ungleichbehandlung von Mitgliedern, weil Mitglieder mit gleich hohen Einkünften nicht gleich hohe Beiträge zahlen (z.B. wegen Nichtberücksichtigung von Einkünften aus Vermietung und Verpachtung). Sofern die Bürgerversicherung zur „Volkskrankenversicherung“ werde, seien „Rechtsstreitigkeiten mit der PKV vorprogrammiert“. Die Bürgerversicherung schaffe keine Entlastung von Familien.

In der Kopfpauschale müssen bis zu 38 Prozent der Bevölkerung (30 Millionen) einen Zuschuss bekommen. Dies erfordere einen hohen Verwaltungsaufwand. Die Methode der Festschreibung und Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags in der Kopfpauschale sei ungeklärt.

„Im Prinzip lassen sich alle Vorschläge zur Bürgerversicherung, Kopfpauschale/Gesundheitsprämie und Kapitaldeckung gesetzgeberisch umsetzen. Es dürfte aber kein Zweifel daran bestehen, dass die Umsetzung aller Vorschläge, wie auch immer gear- tet, mit großen Problemen verbunden ist. Hierzu gehören erhebliche nicht zu bezif- fernde Verwaltungskosten, Gerechtigkeitsdefizite, Steuererhöhungen und Einsprü- che bei Krankenkassen gefolgt von Klagen bei Sozialgerichten“.

PERSÖNLICHES

Dr. iur. Wilfried Wedler verstarb am 2. März 2005 nach längerer, schwerer Krankheit im Alter von 67 Jahren. Er gehörte bis zu seinem Ausscheiden am 31. Dezember 1996 den Vorständen der drei Barmenia-Unternehmen an.

Neben seiner verantwortungsvollen Tätigkeit in den Vorständen der

Barmenia Versicherungen war Dr. Wedler unter anderem Mitglied des Rechtsausschusses und des Steuer- ausschusses des PKV-Verbandes. Später engagierte er sich darüber hinaus im Rechts- und VVaG- Ausschuss des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirt- schaft.

Impressum

Herausgeber:

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Postfach 51 10 40, 50946 Köln

Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

Telefon: (0221) 376 62-0

Telefax: (0221) 376 62-10

Internet: <http://www.pkv.de>

E-Mail: ulrike.pott@pkv.de

Verantwortlich: Dr. Volker Leienbach

Redaktion: Ulrike Pott

Produktion: Karin Held

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Sabine Erbar, Professor Hartmut Milbrodt,

Sibylle Sahmer

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Verlag: Versicherungswirtschaft GmbH

Klosterstr. 20-24, 76137 Karlsruhe

Telefon (0721) 3 50 90

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

Abonnementpreis: Jährlich € 9,00 inkl. Versand

und Mehrwertsteuer

ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte honorarfrei.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 15.05.2005.