

Informationspflichtenverordnung: Gefahr der Scheintransparenz

Die Versicherungswirtschaft hat die am 5. Juli vom Deutschen Bundestag beschlossene Reform des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) weitgehend begrüßt. Dennoch gab und gibt es Nachbesserungsbedarf in vielen Einzelfragen, gerade auch im Bereich der privaten Krankenversicherung. Außerdem steht der Branche mit der sogenannten Informationspflichtenverordnung schon die nächste Herausforderung bevor.

Die Ziele der Informationspflichtenverordnung, die Anfang 2008 in Kraft treten soll, sind mehr Transparenz und Konsumentensouveränität: Die Verbraucher sollen erfahren, wie viel das Zustandekommen der Verträge kostet und wie sich ihre Beiträge entwickelt hätten, wenn sie in dem jeweiligen Unternehmen bereits zehn Jahre lang versichert gewesen wären. Doch die im vorliegenden Entwurf der Verordnung vorgesehene Regelung bedarf einer grundsätzlichen Revision. In der jetzigen Form würde sie nämlich nicht nur ihr Ziel verfehlen, sondern auch die Unternehmen mit Bürokratie und die Versicherten mit unverhältnismäßigen Mehrkosten belasten.

Wettbewerbsverzerrende Pseudoinfo

Würden die Versicherungsvermittler wie vorgesehen gezwungen, ihren Kunden bei Vertragsabschluss künftig die verdiente Provision in Euro anzugeben, hätte dies eine wettbewerbsverzerrende Scheintransparenz zur Folge. Denn das Nennen absoluter Zahlen würde eine Vergleichbarkeit suggerieren, die es aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsmethoden in den Unternehmen zur Deckung der Abschlusskosten gar nicht gibt. So vergüten manche Unternehmen die Vermittlung eines Vertrags direkt – sie fordern allerdings auch eine Rückzahlung, wenn dieser vorzeitig gekündigt wird. Andere honorieren die Vermittlertätigkeit über eine laufende Provision. Die einen staffeln ihre Provisionen abhängig vom Umsatz, andere arbeiten mit festen Vertriebsangestellten zusammen,

die zu ihrem Grundgehalt nur vergleichsweise kleine Bonuszahlungen bei Vertragsabschluss erhalten. Selbst innerhalb einzelner Unternehmen variiert die Vergütungsform abhängig von Vertriebsweg, Vermittler und Tarif.

Die Fachgruppe Versicherungen der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di widersetzt sich in ihrer Ablehnung des Verordnungsentwurfs die Mär angeblich besonders hoher Vermittlerprovisionen:

„Das weit verbreitete Bild vom gut verdienenden Versicherungsvermittler täuscht über die Realitäten hinweg. Die Mehrheit der rund 120.000 hauptberuflichen Ausschließlichkeitsvermittler, ob als Angestellte oder als Selbständige, erzielt zum Bestreiten des Lebensunterhalts ein Einkommen, das monatlich im Durchschnitt weniger als 2.000 Euro netto beträgt. Mehr als die Hälfte der 48.700 Außendienstangestellten ist selbst nach zweijähriger Vermittlertätigkeit auf das geringe, tarifvertraglich abgesicherte Mindesteinkommen (zurzeit 1.790 Euro brutto) angewiesen. Zumeist wird nämlich übersehen, dass Abschlussprovisionen für die Vermittlung von Lebens- und Krankenversicherungen Vorschusscharakter haben und erst nach einer Stornohafungszeit von in der Regel mindestens fünf Jahren (gezillmerte Tarife) als verdient gelten. Auf Monate umgerechnet, beträgt eine Abschlussprovision von zum Beispiel 1.200 Euro (brutto!) bei einer Stornohafungszeit von mindestens fünf Jahren (siehe neues VVG) 20 Euro (brutto!). Dafür

ist der Versicherungsvermittler in der Regel für mindestens zwei Beratungstermine vor Vertragsabschluss mehrere Stunden unterwegs und für die Kundenbetreuung während der Vertragslaufzeit in unterschiedlicher Intensität für eine nahezu vergütungsfreie Beratung und Dienstleistung in Finanzierungs- und Versicherungsangelegenheiten gefordert.“

Fragwürdig ist auch, warum sich die offensichtlich nicht zu den Spitzenverdienern zählenden Vermittler für die Höhe ihrer Provisionszahlung rechtfertigen sollen, während niemand auf die Idee käme, diese Offenlegung beispielsweise von einem Autoverkäufer zu verlangen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Vermittler in Zukunft unter Druck gesetzt werden, einen Teil ihrer Provision an ihre Kunden auszahlend. Andere Interessenten könnten durch die Kenntnis einer Provisionshöhe wie in der Beispielrechnung von ver.di abgeschreckt und vom Vertragsabschluss abgehalten werden – denn zu weit verbreitet ist die Erwartung, dass nur das Produkt Versicherung etwas kostet, während Beratung und Vermittlung mehr oder weniger gratis erfolgen.

In diesem Zusammenhang muss einmal auf die wichtige sozialpolitische Funktion des Vertriebs hingewiesen werden: Da Versicherungen oft nicht aus eigenem Antrieb abgeschlossen, sondern von Vermittlern mit überzeugenden Argumenten verkauft werden, gäbe es ohne Makler noch größere Lücken in der Risiko- und Altersvorsorge der Bürger als ohnehin schon.

Mehr Transparenz durch Abschlusskostenquote

Einmal unterstellt, das Kostenbewusstsein wäre ein anderes und die Bereitschaft zur Honorierung von Finanzberatung höher, so bliebe im Zusammenhang mit der Provisionsangabe in Euro gleichwohl das fundamentale Problem der mangelnden Vergleichbarkeit unterschiedlicher Vergütungsformen. Transparenz und Vergleichbarkeit lassen sich nur generieren, wenn alle kalkulierten Abschlusskosten in einem einheitlichen Verfahren berücksichtigt werden. Genau dies leisten die Kennzahlen der privaten Krankenversicherung, die jährlich in den Unternehmen erhoben werden. Jeder Versicherungsinteressent kann die Abschlusskostenquote, die das Verhältnis der Abschlussaufwendungen zu den verdienten Bruttobeträgen angibt, beim betreffenden Unternehmen erfragen. In der Regel stellen auch die Vermittler diese Zahlen zur Verfügung, um Unternehmensvergleiche zu ermöglichen.

Dabei wird jeder seriöse Makler seine Kunden allerdings auch darauf hinweisen, dass die isolierte Betrachtung einer einzelnen Quote in der Regel noch keine ausreichende Information darstellt, weil jede Quote mit Blick auf andere Kennziffern sowie auf Unternehmensspezifika zu interpretieren ist. Junge Unternehmen, deren Abschlussaufwendungen noch relativ geringe Beitragseinnahmen gegenüberstehen, haben notwendigerweise eine höhere Abschlusskostenquote als andere. Diese allein kann also kein Kriterium bei der Entscheidung für oder gegen ein Unternehmen sein.

Beitragsentwicklung im Rückblick

Der Entwurf der Informationspflichtenverordnung sieht außerdem eine fiktive, individuelle Berechnung der Beitragsentwicklung für die zurückliegenden zehn Jahre vor. Das klingt aus Verbrauchersicht zunächst ungemein aufschlussreich. In der

Praxis würden die Nachteile aber den vermeintlichen Vorteil bei weitem überwiegen. Der Aufwand wäre schlicht unverhältnismäßig, weil nach Verordnungsentwurf jedes Unternehmen aufgrund unterschiedlicher Tarife, Tarifstufen und Altersgruppen zahllose, unter Umständen bis in die tausende reichende Berechnungen vorhalten müsste, obwohl der Blick in die Vergangenheit – ähnlich wie bei der Betrachtung von Rentenfonds oder Kapitallebensversicherungen – noch keine sichere Prognose für die weitere Entwicklung ermöglicht. Für den Versicherungsinteressenten, der von einem Vergleich Orientierung und Übersicht erwartet, wäre dieses Verfahren wegen der verfügbaren Datenmengen eher kompliziert und obendrein noch teuer, da er es mit seinen Beiträgen finanzieren müsste.

Eine unbürokratische, kostengünstige und somit verbraucherfreundliche Lösung des Problems ist dennoch möglich. So könnte, wie von der PKV vorgeschlagen, die durchschnittliche Entwicklung der Bestandsbeiträge des Unternehmens der vergangenen zehn Jahre ausgewiesen werden. Da dieser Wert aus den Angaben gegenüber der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach einem brancheneinheitlichen Verfahren ermittelt werden kann, wäre echte Vergleichbarkeit gegeben. Alternativ könnte gegebenenfalls auch die Beitragsentwicklung von Muster-versicherten dargestellt werden.

Die neuen PKV-Regelungen des VVG

Erfreulich für den Verbraucher sind die Klarstellungen im PKV-Bereich der VVG-Reform. Im § 192 VVG werden erstmals die folgenden Serviceleistungen als zusätzliche Dienstleistungen des Versicherers für PKV-Versicherte explizit genannt:

- Beratung über Leistungen
- Beratung über Berechtigung von Entgeltansprüchen
- Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche
- Unterstützung bei Durchsetzung von

Ansprüchen wegen fehlerhafter Leistungserbringung

- Unmittelbare Abrechnung der Leistungen mit den Erbringern

Einführung des Sachleistungsprinzips?

Insbesondere die direkte Abrechnung hat während der parlamentarischen Beratungen die Sorge hervorgerufen, hier bahne sich eine Einführung des Sachleistungsprinzips und darüber eine drohende GKVisierung der PKV an. Diese Sorge war und ist unbegründet. Erstens war die direkte Abrechnung als Vereinbarung zwischen Versicherung und Versicherungsnehmer bereits vor der Reform möglich. Sie wurde nur bis dahin nicht ausdrücklich genannt. Zweitens gibt es auch weiterhin nur die vertragliche Beziehung zwischen PKV und Versicherten einerseits sowie die zwischen Versicherten und Leistungserbringern andererseits, jedoch keine zwischen PKV und Ärzten unmittelbar.

Die zusätzliche Dienstleistung ändert nichts an der prinzipiellen Haftung des Patienten gegenüber dem Arzt für die Bezahlung des Honorars. Der Versicherte erhält weiterhin eine Rechnung, kann diese aber an den Versicherer weiterleiten. Ähnliches passiert heute schon über die KlinikCard im Krankenhaus. Eine Veränderung des Arzt-Versicherten-Verhältnisses zugunsten unmittelbarer Vertragsbeziehungen zwischen Arzt und Versicherer droht mithin nicht durch das VVG, sondern vielmehr durch die im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) eingeführte gesamtschuldnerische Haftung.

Im Interesse des Verbrauchers ist auch die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche. Diese Dienstleistung haben zahlreiche Eingaben beim Ombudsmann der PKV gefordert, in denen Privatversicherte mehr Unterstützung bei zu hohen Rechnungen wünschen. Das Gleiche gilt auch

für die nun ausdrücklich genannte Unterstützung der Versicherten bei fehlerhafter Erbringung der Leistungen.

Übermaßverbot bedeutet kein Wirtschaftlichkeitsgebot

Aus Sicht von Versicherungsnehmern wie Versicherungsunternehmen gleichermaßen begrüßenswert ist auch das Übermaßverbot (§192 Abs. 2). Hintergrund dieser Regelung war die infolge des Alpha-Kliniken-Urteils des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 12. März 2003 (VersR 2003, 581) unsicher gewordene Rechtslage. Der BGH hatte damals entschieden, dass eine Privatklinik für ihre Leistung das Neunfache der vergleichbaren Fallpauschale verlangen könne. Die Beschlussempfehlung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages in seiner Sitzung vom 20. Juni 2007 sieht nun erstmals vor, die PKV bei einem auffälligen Missverhältnis zwischen

Aufwendungen und Leistungen explizit von der Leistungspflicht zu befreien.

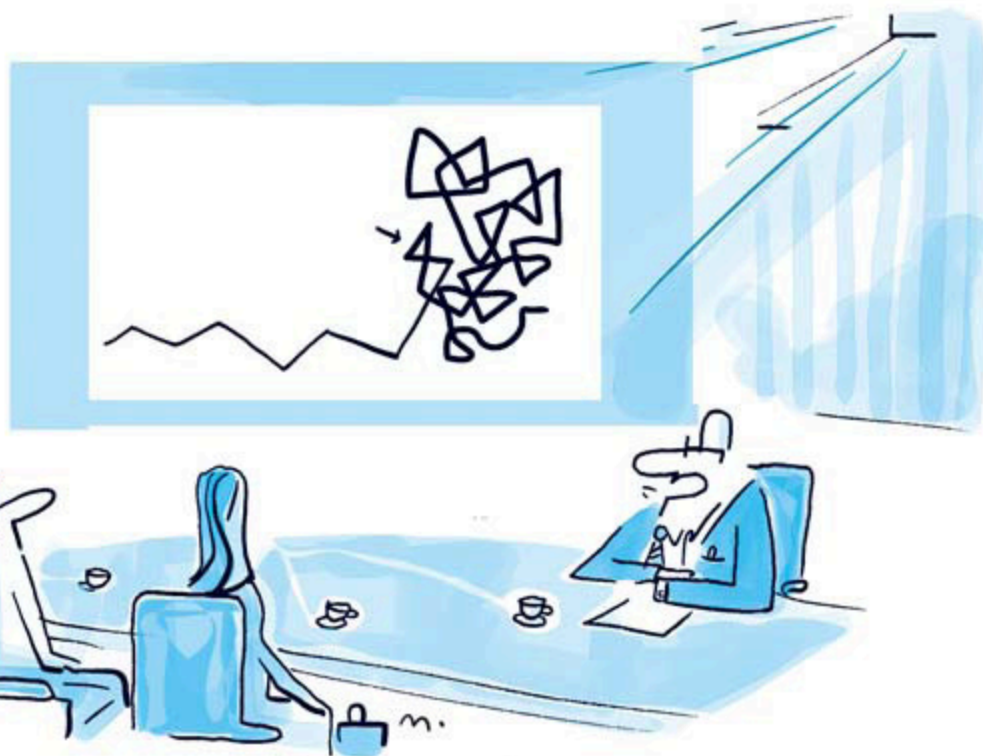
Im Bericht des Rechtsausschusses wird der Wille des Gesetzgebers mit den Worten erläutert, dass mit dieser Regelung die allgemein anerkannte Rechtslage vor dem genannten BGH-Urteil wiederhergestellt werden soll. Damit ist dem Anliegen des PKV-Verbandes, seine Mitgliedsunternehmen und die Versicherten vor vergleichbaren Forderungen zu schützen, weitgehend entsprochen.

Vertreter der Ärzteschaft haben gelegentlich die Befürchtung geäußert, an dieser Stelle drohe die Einführung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in das Versicherungsverhältnis und damit eine GKV-ähnliche Kostendämpfungspolitik oder gar die Rationierung von Leistungen. Diese Sorge ist unbegründet, da die PKV wäh-

rend der VVG-Kommissionsberatungen ein Wirtschaftlichkeitsgebot stets abgelehnt und stattdessen das Angemessenheitsgebot favorisiert hat. Und zwischen Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit besteht durchaus ein substantieller Unterschied. So stand während der VVG-Reform zu keinem Zeitpunkt in Frage, dass die PKV budgetfreie Zone bleibt und die Leistungserbringer mit Privatversicherten einen Mehrumsatz von mehreren Milliarden Euro jährlich erwirtschaften. Geld, ohne das beispielsweise viele Arztpraxen keine Investitionen in neue Geräte vornehmen könnten, die letztlich allen Versicherten zugute kommen, egal ob privat oder gesetzlich versichert. Das Übermaßverbot hat nie bezweckt, eine Mehrzahlungspraxis zu beenden. Es soll vielmehr die Privatversicherten vor überhöhten Forderungen schützen.

Die Angleichung der Systeme, vor der während des parlamentarischen Verfahrens zuweilen gewarnt wurde, ist von der VVG-Reform nicht zu befürchten. Sie droht vielmehr durch das GKV-WSG. Wer eine Konvergenz von PKV und GKV nicht will, sollte daher den Basistarif kritisieren und alles dafür tun, dass dieser nicht zum Kerngeschäft der PKV wird. Hier stehen insbesondere die Leistungserbringer in der Verantwortung: Raten sie nämlich GKV-Versicherten zum Wechsel in den subventionierten Basistarif, um damit kurzfristig Honorarvorteile zu erzielen, tragen sie mittelfristig zur Erosion der PKV bei. Denn der Basistarif ist defizitär und subventionsbedürftig. Je mehr Personen sich in diesem Tarif versichern, desto nachteiliger wäre dies für den Gesundheitsstandort Deutschland und seine nachhaltige Finanzierung.

tg



Den für Sie relevanten Bereich meiner Provisionen habe ich mit einem Pfeil gekennzeichnet...