

Reimers-Rawcliffe, Lutz (Ed.); Schimikowski, Peter (Ed.); Strobel, Jürgen (Ed.)

Proceedings

Privat versus Staat - Schussfahrt zur Zwangsversicherung? Tagungsband zum 16. Kölner Versicherungssymposium am 16. Oktober 2011

Forschung am iwvKöln, No. 4/2012

Provided in Cooperation with:

Technische Hochschule Köln – University of Applied Sciences, Institute for Insurance Studies

Suggested Citation: Reimers-Rawcliffe, Lutz (Ed.); Schimikowski, Peter (Ed.); Strobel, Jürgen (Ed.) (2012) : Privat versus Staat - Schussfahrt zur Zwangsversicherung? Tagungsband zum 16. Kölner Versicherungssymposium am 16. Oktober 2011, Forschung am iwvKöln, No. 4/2012, Technische Hochschule Köln, Institut für Versicherungswesen (iwvKöln), Köln, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:hbz:832-cos-214>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/226540>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

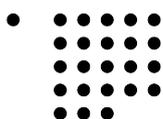
Forschung am IVW Köln, 4/2012

Institut für Versicherungswesen

Privat versus Staat - Schussfahrt zur Zwangsversicherung?

**Tagungsband zum 16. Kölner Versicherungssymposium
am 16. Oktober 2011**

Institut für Versicherungswesen



Zusammenfassung

Das Verhältnis zwischen privater Gestaltung und staatlicher Regulierung in der Versicherungswirtschaft war das herausfordernde Thema des 16. Kölner Versicherungssymposiums 2011 und des vorliegenden Tagungsbandes. In dem allgemeinen Teil werden in Grundsatzbeiträgen die Positionen erwünschter und unerwünschter ordnungspolitischer Eingriffe in die Privatautonomie des Versicherungsmarkts dargestellt. In den anschließenden fünf Arbeitsgruppen zu den Bereichen Lebensversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sachversicherungen und Haftpflichtversicherungen wurde das Spannungsverhältnis behandelt. Neben den Expertenstatements sind auch die Diskussionsbeiträge der Tagungsteilnehmer festgehalten.

Abstract

The relationship between private configuration and government regulation of the insurance industry was the challenging topic of the "16. Cologne Insurance Conference 2011" and the present conference proceedings. In the general section, fundamental essays illustrate the positions of desired and undesired regulatory interference in the insurance market's private autonomy. In the five workgroups that followed on the fields of life insurance, health insurance, nursing care insurance, property insurance, and indemnity insurance the stress ratio is dealt with. Besides expert statements, the proceedings also contain contributions to the discussion by conference members.

Vorwort

Sehr geehrte Leser,

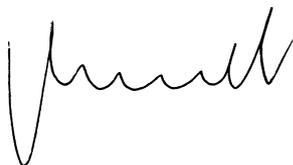
das Zusammenspiel zwischen privater Gestaltung und staatlicher Regulierung in der Versicherungswirtschaft war das herausfordernde Thema des 16. Kölner Versicherungssymposiums 2011.

In den Referaten der Hauptreferenten wurden Grundpositionen erwünschter und unerwünschter ordnungspolitischer Eingriffe in die Privatautonomie des Versicherungsmarkts dargestellt. In den anschließenden fünf Arbeitsgruppen zu den Bereichen Lebensversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sachversicherungen und Haftpflichtversicherungen diskutierten die jeweils bis zu 50 Teilnehmer auf der Grundlage von Expertenstatements die Fragen nach der Angemessenheit und Qualität der staatlichen Regulierungen und nach notwendigen Entwicklungspotentialen.

Die Ergebnispräsentationen im Plenum vermittelten ein differenziertes Bild der Bewertung aktueller Versicherungsmarktregulierung mit einem klaren Credo für weniger aber qualitativ verbesserte Regulierung. Zugleich wurden zahlreiche Anregungen für Qualitätsverbesserungen in den einzelnen Anwendungsbereichen vorgestellt und diskutiert.

Der Tagungsband gibt Ihnen Informationen über die fachliche Ausgestaltung der aktuellen Regulierung und über die Bewertung aus Sicht der Experten aus Wissenschaft, Politik und Versicherungspraxis.

Viel Freude und Nutzen beim Lesen wünscht Ihnen



Prof. Dr. Arnold

Direktor des Instituts für Versicherungswesen, Fachhochschule Köln

Inhalt

1	EINFÜHRUNG.....	2
1.1	ORDNUNGSPOLITISCH ERWÜNSCHTE STAATSEINGRIFFE IN DIE PRIVATAUTONOMIE.....	2
1.2	ORDNUNGSPOLITISCH UNERWÜNSCHTE EINGRIFFE IN DIE PRIVATE VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT....	8
1.3	PFLICHTVERSICHERUNGEN AUS JAPANISCHER SICHT	14
2	ARBEITSGRUPPEN	19
2.1	ARBEITSGRUPPE LEBENSVERSICHERUNG UND BETRIEBLICHE ALTERSVERSORGUNG	19
2.1.1	Statement Lars Gatschke, Verbraucherzentrale Bundesverband.....	19
2.1.2	Statement Dr. Reiner Will, Assekuranz Rating-Agentur GmbH.....	21
2.1.3	Statement Roland Weber, Vorstand Debeka Versicherungen	23
2.1.4	Podiumsdiskussion	27
2.2	ARBEITSGRUPPE KRANKENVERSICHERUNG	31
2.2.1	Statement Dr. Volker Leienbach, Verband der privaten Krankenversicherung e.V.....	31
2.2.2	Statement Armin Lang, Sozialexperte der SPD.....	36
2.2.3	Podiumsdiskussion	37
2.3	ARBEITSGRUPPE PFLEGEVERSICHERUNG	39
2.3.1	Statement Eva Christina Scharbatke, Junge Liberale, FDP	40
2.3.2	Statement Andreas Muschik, SCOR Global Life Rückversicherung Schweiz AG.....	44
2.3.3	Podiumsdiskussion	46
2.4	ARBEITSGRUPPE SACHVERSICHERUNG	51
2.4.1	Einführung Prof. Dr. Günther: Entwicklung der Elementarschadenversicherung in Deutschland.....	51
2.4.2	Statement Martin Wüthrich, Schweizerischer Versicherungsverband und Geschäftsführer Elementarschadenpool.....	55
2.4.3	Statement Oliver André Hauner, Leiter Sach- und Technische Versicherung, Schadenverhütung, Statistik, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.	61
2.4.4	Podiumsdiskussion	64
2.5	ARBEITSGRUPPE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG.....	68
2.5.1	Statement Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski, Humboldt-Universität zu Berlin.....	68
2.5.2	Statement Nils Hellberg, Leiter Haftpflicht-, Kredit-, Transport- und Luftfahrtversicherung, Statistik, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.	76
2.5.3	Podiumsdiskussion	79
	KONTAKT	81

1 Einführung

1.1 Ordnungspolitisch erwünschte Staatseingriffe in die Privatautonomie

Von Lars Gatschke, Verbraucherzentrale Bundesverband

Das 16. Versicherungssymposium der Fachhochschule Köln steht unter dem Motto: „Privat versus Staat – Schussfahrt zur Zwangsversicherung?“. Ich halte den Titel der Veranstaltung für falsch. Er vermittelt den Eindruck, dass es in der Praxis immer möglich wäre eine klare Abgrenzung zwischen „Staat“ und „Markt“ vorzunehmen. Jurastudenten lernen solche Abgrenzungsmethoden im ersten Semester. Dieses Denken beruht auf der Vorstellung von unterscheidbaren Sphären. „Staat“ ist dabei dem öffentlichen Recht zuzuordnen mit vielfach zentralisierter politischer Entscheidung und deren hierarchischen Durchsetzung. „Markt“ hingegen basiert auf privatem Recht. Die Entscheidungsfindung erfolgt dezentral und auf Augenhöhe im Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage.

Mit dieser Abgrenzung einhergehend, wird dann darüber diskutiert, welches System dem anderen darin überlegen ist, gesellschaftliche Verteilungsprobleme zu lösen. Sicherlich gibt es ein Grundverständnis über die Ziele der Marktwirtschaft: „Gute Ware gegen guten Preis! Alle kriegen, was sie wollen!“. Die zentrale Frage dabei ist jedoch, ob der Markt es selbst richtet oder er die entsprechenden Rahmenbindungen benötigt. Der kategorische Imperativ von Kant ist nicht gerade Mainstream. Wollen wir amerikanische Verhältnisse, wo nach der ökonomischen Theorie des Rechts, die Steuerung über pönale Schadensersatzsummen in die Unternehmenskalkulation einfließen? Ob die Alternative eine kostengünstigere für das betroffene Unternehmen ist, wage ich zu bezweifeln.

Meines Erachtens ist die Frage „Staat oder Privat!“ genauso falsch wie die Alternative „Geld oder Leben!“. Natürlich wird sich der Raubmörder das Geld nicht entgehen lassen und müsste daher richtiger Weise „Geld oder Geld und Leben!“ ausrufen. Ebenso stellt sich also eher die Frage: Staat oder Privat und Staat. Prof. Werner Sinn vertrat in seinem Aufsatz „Verbraucherschutz als Staatsaufgabe“ (in Perspektiven der Wirtschaftspolitik 2003) eine gegenteilige Auffassung: „Der Staat verbietet den freien Markttausch mit bestimmten Gütern niedriger Qualität. Er erzwingt also höhere Qualitäten, als sie der Markt von allein hervorbrächte, was dann unweigerlich höhere Produktionskosten und höhere Preise zur Folge hat. Das Motto des Verbraucherschutzes scheint zu sein, dass dumme Bürger vom Staat zu ihrem Glück gezwungen werden, so wie unmündige Kinder von ihren Eltern – eine schreckliche Vorstellung für ein liberales Gemeinwesen und ein Albtraum für den Volkswirt.“

Für ihn war die BSE-Krise im Wesentlichen ein Informationsproblem: „Im Idealfall würden Anbieter Waren unterschiedlicher Gefahrenträchtigkeit anbieten, die Marktpreise wären nach der Höhe der Produktionskosten gestaffelt, und ein jeder könnte sich frei zwischen alternativen Kombinationen aus Preis und Gesundheitsgefahren entscheiden“. An dieser Stelle sei ein kleines Beispiel zur Risikoeinschätzung von Verbraucher gestattet. Der Deutsche Verbrauchertag 2011 beschäftigte sich mit einem ähnlichen Thema „Wie viel Staat

braucht der Verbraucher?“. Prof. Klaus Wertenbroch hat im Rahmen seines Vortrags unter einem Teil der Gäste folgende Erhebung durchgeführt:

„Bitte stellen Sie sich vor: Sie leiten eine staatliche Gesundheitsbehörde und eine hoch ansteckende und lebensbedrohliche Krankheit bricht aus. In der akuten Gefährdungzone leben 6.000 Menschen. Gegenmaßnahmen sind möglich, aber nur in beschränktem Umfang. Sie müssen sich zwischen zwei möglichen Notfallplänen entscheiden. Bei Einsatz von Plan A werden 2.000 Menschen gerettet. Bei Einsatz von Plan B gibt es eine Wahrscheinlichkeit von einem Drittel, dass 6.000 Menschen gerettet werden und eine Wahrscheinlichkeit von zwei Dritteln, dass niemand gerettet wird.

Für welchen der beiden Pläne würden Sie sich entscheiden?“

Für Plan A entschieden sich 69% der Befragten, für Plan B nur 31%. Bei einem anderen Teil der Gäste wurden die Aussagen bei gleichem Sachverhalt wie folgt geändert:

„Einsatz von Plan A werden 4.000 Menschen sterben. Bei Einsatz von Plan B gibt es eine Wahrscheinlichkeit von einem Drittel, dass niemand stirbt und eine Wahrscheinlichkeit von zwei Dritteln, dass alle 6.000 Menschen sterben“

Für Plan A entschieden sich hier nur 26% der Befragten, 74% entschieden sich für die riskantere Variante.

Natürlich erhebt die Befragung keinen Anspruch auf Repräsentativität. Sie vermittelt aber einen Eindruck, wie schwer es tatsächlich ist, Risiken einzuschätzen. Provokant stellt sich damit aber auch die Frage, ob es überhaupt einen mündigen Verbraucher gibt oder er nur ein theoretisches Konstrukt von Wirtschaftswissenschaftlern ist.

Dies führt auch zu der Frage, welche Stoßrichtung ein solches Informationsmodell im Vergleich zu einer etwaigen Produktregulierung hat. Prof. Udo Reifner hat seinem Vortrag „Finanzaufsicht und Verbraucherschutz“ entsprechend Überlegungen angestellt:

Rechtsmodell	Informationsmodell	Regulierung
Schutzgut	Erwerben	Konsumieren
Ziel ist	Rationalität	Gutes Produkt
Haftung für	Auswahl	Erfolg
Ansatzpunkt bei	Erwerbshandlung	Bedürfnis
Mittel	Prozedural	Materiell
Moral der	Fairness	Verantwortlichkeit
Markt als	Ziel	Mittel

Abbildung 1: Rechtsmodell - Informationsmodell – Regulierung

Betrachtet man diese Tabelle, muss man zu dem Ergebnis kommen, dass man beides braucht. Dementsprechend ist es nach den Worten von Wilhelm von Humboldt (in „Ideen zu einem Versuch, die Grenzen der Wirksamkeit des Staats zu bestimmen“):

„Der Zweck des Staates kann nämlich ein doppelter sein; er kann Glück befördern oder nur Übel verhindern wollen, und im letzteren Fall Übel der Natur oder Übel der Menschen.“

Soweit es darum geht, das Übel zu verhindern, wird die Ordnungsfunktion des Staates angesprochen. Sie beschränkt sich nicht nur auf Gewährleistung des Wettbewerbs, sondern umfasst auch eine Schutzfunktion des Staates. Der Staat hat durchaus die Aufgabe gefährliche Produkte vom Markt zu nehmen. Bei Gammelfleisch ist dies offensichtlich. Nach Artikel 9 Absatz 5 der EU-Verordnung 1094/2010 kann die Europäische Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen und die betriebliche Altersversorgung aber ebenso bestimmte Arten von Finanztätigkeiten verbieten oder beschränken. Solvenzvorschriften für Versicherungsunternehmen oder Vorschriften zu Sicherungsfonds sind Ausdruck dieser Schutzfunktion.

Gehört aber auch die Gewährleistung von Gerechtigkeit zu dieser Schutzfunktion des Staates? Dem Zivilrecht ist sie bekannt, die *ius communicativa*. Schon Aristoteles konstatierte, dass ein vertraglicher Leistungsausgleich dann gerecht sei, wenn Leistung und Gegenleistung in einem Wertgleichgewicht ständen. Wie wird die Gerechtigkeit hergestellt? Friedrich Carl von Savigny vertrat die These, dass der Vertragsschluss selbst Ausdruck dieser Gerechtigkeit sei. Warum sollte ich einen Vertrag schließen, den ich für ungerecht halte? Gleichzeitig stellte er (in „Das Obligationsrecht“) aber auch fest, dass die Herrschaft über eine andere Person sich nur auf einzelne Handlungen aber nicht auf die Person als Ganzes beziehe und diese Beschränkung nicht weiter gehen dürfe, als dies das Bedürfnis des Verkehrs erfordere, durch Rechtsinstitute anerkannt und geschützt sei.

Bedarf es also doch des Staates? Nach den Erkenntnissen aus der Beratungspraxis der Verbraucherzentralen gibt es den größten Ärger und die meisten Beschwerden in genau jenen Märkten, die in den letzten 10 bis 15 Jahren durch politische Entscheidungen geschaffen worden sind. In den Märkten Telekommunikation (Mobiltelefonie, Internetzugang), Öffentlicher Verkehr, Strom- und Gasversorgung, Altersvorsorge und Finanzprodukte haben Verbraucher die meisten Schwierigkeiten mit Anbietern und einen hohen Grad an Unsicherheit. Diese Problembereiche zeichnen sich wahlweise durch Monopolstrukturen, Marktungleichgewicht zu Lasten der Verbraucher und ein erhebliches Informationsgefälle aus.

Die möglichen Lösungsansätze auf den Versicherungsbereich bezogen wären: Pflichtversicherung, Kontrahierungszwang, Inhaltskontrolle von Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationspflichten. Nachfolgend werde ich aufzeigen, dass diese Elemente alle schon in unterschiedlichen Ausprägungen etabliert sind.

Wir haben die Versicherungspflicht bei Zulassung eines KFZ, für bestimmte Berufsgruppen und seit dem GKV-WSG auch in der Privaten Krankenversicherung. Seit der Einführung der Riester-Rente wird über eine Opt-out-Variante für die kapitalgedeckte Altersvorsorge nachgedacht. Im aktuellen Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP heißt es: „In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss.“ Ich will keinen Hehl daraus machen: Wir haben erhebliche Bedenken

bei einer solchen Verlagerung. Wenn sich die Politik jedoch dazu entscheiden sollte, diesen Weg zu gehen, steht die Versicherungswirtschaft zwangsläufig in der Pflicht einen angemessenen und bezahlbaren Versicherungsschutz für Jedermann anzubieten. Der Ausbau der kapitalgedeckten, privatrechtlichen Absicherung darf weder zur Ausgrenzung einzelner Verbraucher vom Versicherungsschutz noch zu einer finanziellen Überforderung des Verbrauchers führen.

Den Kontrahierungszwang kennen wir aus der KFZ-Haftpflichtversicherung und dem Basisstarif in der PKV. Immer wieder kam die Frage auf, wie man in bestimmten Versicherungsbereichen mit derzeit nicht versicherbaren Risiken umgehen soll. Ein Beispiel ist die Elementarschadenabsicherung bei der Wohngebäudeversicherung, ein anderes die Berufsunfähigkeitsversicherung. Der ehemalige Versicherungsombudsmann Prof. Wolfgang Römer hat dieser Frage einen Vortrag auf der BdV Wissenschaftstagung 2010 gewidmet. Ich möchte nicht falsch verstanden werden, die auf dem Markt befindlichen Produkte sind unterdessen vielfach qualitativ hochwertig. Aber ein Großteil der Verbraucher erhält sie nicht, nur mit Einschränkungen oder kann sie sich nicht leisten. Dieser Aspekt sollte bei der anstehenden Diskussion über eine erweiterte Förderung der Absicherung gegen das Erwerbsminderungsrisiko in der staatlich geförderten Vorsorge nicht aus den Augen verloren werden.

Denn wenn der Staat das Glück befördern will und dafür eine staatliche Förderung einsetzt, rechtfertigt dies staatliche Rahmenseetzungen, insbesondere dann, wenn der Markt suboptimal funktioniert. Dies beinhaltet natürlich auch die Frage nach der Effizienz der Förderung. So zeigen verschiedene Analysen von Riester-Angeboten, dass die Kosten für Riester-Verträge teilweise die Zulagen aufzehren. Wer das Recht auf Anbieterwechsel nutzt, kann das eingezahlte Kapital nahezu vollständig verlieren. Wir fordern daher eindringlich auf, zumindest im Segment der staatlich geförderten Altersvorsorge dafür zu sorgen, dass Verbrauchern wirtschaftlich effiziente, das heißt kostenschlanke Produkte angeboten werden.

Regulierung ist ein stetiger Prozess. So kann die „Riester“-Rente die in sie gesetzten politischen Erwartungen nur dann erfüllen, wenn sie von Verbrauchern auch angenommen wird und die Fördermöglichkeiten optimal ausgenutzt werden. Schaut man sich den bisherigen Verbreitungs- und Nutzungsgrad der Zusatzrente an, ist dies bis dato nicht der Fall. So stehen knapp 14,6 Millionen Verträgen etwa 37 Millionen Förderberechtigte gegenüber. Unklar ist, wie viele der 14,6 Millionen Verträge noch aktiv bespart werden. Nach Angaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wird der Anteil der ruhend gestellten Riester-Verträge (aktuell keine Beitragsleistungen in der Ansparphase) für das Jahr 2008 auf rund 15 Prozent geschätzt. Unklar ist auch, welcher Anteil der tatsächlichen zusätzlichen Altersvorsorge auf die Riester-Förderung zurückgeht, und wie hoch der Anteil sogenannter Mitnahmeeffekte ist; also der Anteil der Riester-Verträge, für die andere bestehende Verträge gekündigt wurden und die damit keine wirkliche Zunahme der Altersvorsorge bedeuten. Es ist also auf Grundlage einer validen Datenerfassung zu überprüfen, ob das Ziel einer flächendeckenden Gesamtversorgung durch zusätzliche Vorsorge mittels Riester-Rente, betriebliche und ungeforderte Vorsorge tatsächlich erreicht wird. Über den Stand

der Zielerreichung sollte jährlich berichtet werden. Sollten die Ergebnisse negativ sein, ist entsprechend gegenzusteuern.

Schaut man auf den Versicherungsbereich insgesamt, muss jedoch feststellen, dass Verbraucherschutz zunehmend in die Hände der Gerichte gelegt wird. Dies ist eine Folge der Deregulierung von 1994. Da die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht mehr der behördlichen Genehmigung unterliegen, unterfallen sie die AGB-rechtlichen Inhaltskontrolle. Jedoch stoßen die Kontrollmöglichkeiten im Wege des kollektiven Verbraucherschutzes teilweise an ihre Grenzen. Preisklauseln aber auch Klauseln, die der unmittelbaren Beschreibung der beiderseitigen Leistung/Gegenleistung dienen, werden mehrheitlich als kontrollfest angesehen. Ein Ausweg wäre die Schaffung eines Klageinstruments für Verbraucherverbände, bei dem - ähnlich wie im Kapitalanleger-Musterverfahren - im Wege einer Feststellungsklage abstrakt geklärt wird, ob ein Anspruch des Verbrauchers besteht oder ein bestimmtes Verhalten des Anbieters zulässig oder unzulässig war. Zusätzlich sollte die Branche aber auch über Mindeststandards in verschiedenen Produktbereichen nachdenken. Die Musterbedingungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft reichen dafür als Benchmark nicht aus.

Bei Informationspflichten wird ein sehr starker Fokus auf die Phase des Vertragsschlusses gelegt, wohingegen die Informationspflichten während der Vertragslaufzeit und bei der Vertragsbeendigung des Vertrages (Abwicklungstransparenz) nur rudimentär geregelt sind. Hier kann einiges verbessert werden.

Die Informationspflichten müssen branchenübergreifend vereinheitlicht werden. Es darf daher keine sektorale Einzelregelung geben. Gleichzeitig müssen Doppelungen der zu erteilenden Informationen vermieden werden. Ich halte das Produktinformationsblatt für einen Schritt in die richtige Richtung, weil es den Verbraucher dort abholt, wo er steht. Es muss jedoch zu einer wirklich verständlichen Visitenkarte der Versicherung werden. Niemand hat im Vorfeld getestet, was der Verbraucher überhaupt versteht. Mir wäre es auch lieber, wenn der Verbraucher als Produktinformation für eine Rentenversicherung folgende Aussage erhielte: Die Rentenversicherung ist eine Wette auf ein langes Leben und Sie haben gewonnen, wenn sie älter als 85 Jahre werden.

Ergänzend muss es einem fakultativen, nachfolgenden Informationsanspruch des Verbrauchers an dessen Bedarf orientiert geben. Der Verbraucher benötigt zusätzliche Informationen vom Versicherer zu Nachberechnungen zu den Rückkaufswerten, bei Anspruch auf Beteiligung an den Überschüssen und Bewertungsreserven oder Mitnahme eines bestimmten Teils seiner Alterungsrückstellung beim Wechsel der PKV. Das Informationsgebahren der Versicherungswirtschaft ist hier verbesserungswürdig.

Unabhängig von den vertragspezifischen Informationen muss natürlich auch für eine Markttransparenz gesorgt werden. Hier sind Verbraucherinformationen als Jedermannsrecht anzusehen. Es geht um allgemein zugängliche Informationen als Ergänzung zu den vertragspezifischen Informationen. Mit Solvency II wird eine Pflicht zur Veröffentlichung des Kapitalaufschlags wegen der Nichteinhaltung der quantitativen oder qualitativen Verpflichtungen geben. Viel interessanter für Verbraucher sind die Ergebnisse der Stresstests bei Versicherungen oder Informationen zu ethischen, sozialen und ökologi-

schen Belangen. Wir sprechen uns daher für eine Ausweitung des Verbraucherinformationsgesetzes auf Finanzdienstleistungen und Versicherungen aus. Denn selbst unter der Sinn'schen Prämisse, dass der Markt es selbst richten könne, sind wir heute weit davon entfernt, dass der Markt so viel Transparenz erzeugt, um über eine verstärkte Nachfrage eine verbrauchergerechte Produktgestaltung und eine kundenorientierte Vertragsbegleitung zu honorieren.

1.2 Ordnungspolitisch unerwünschte Eingriffe in die private Versicherungswirtschaft

Von Rechtsanwalt Dr. Theo Langheid, BLD Bach, Langheid & Dallmayr

Nein, meine sehr geehrten Damen und Herren, heute soll ausnahmsweise einmal nicht von den Verbraucherschützern die Rede sein, also jenen Organisationen, die früher als „Abmahnvereine“ den Schutz des als mündig apostrophierten, insgeheim aber wohl doch für unfähig gehaltenen Verbrauchers zum Gegenstand ihrer eigenen Lebensgrundlage gemacht haben. Heute wollen wir stattdessen von der Zwillingsschwester des Verbraucherschutzes reden, also von der so genannten Sozialen Gerechtigkeit, die, seitdem die Zahl der Subventionsempfänger die der Leistungsträger übersteigt, in den Fokus der Mandatsträger gefunden hat und mithin alle Politikfelder beherrscht. Das führt dann rasch zu ordnungspolitischen außerordentlich zweifelhaften Eingriffen in die Privatautonomie.

Was ist Ordnungspolitik eigentlich? Gemeinhin versteht man darunter die Setzung von Rahmenbedingungen für wirtschaftliche Betätigungen, also staatliche Vorgaben für eine wirtschaftspolitisch gewünschte Ordnung, in deren Rahmen das Marktgeschehen stattfinden soll. Dabei haben wir es zunächst mit echten Eingriffs- und Verbotsnormen zu tun, außerhalb derer kein fairer Wettbewerb stattfinden kann und soll; diese Normen führen zu einer Regelgerechtigkeit im Sinne der Rule of Law, die schon David Hume als Grundlage eines allgemeingültigen Sozialsystems identifiziert hat. Demgegenüber stehen die wirtschaftslenkenden Eingriffe in den jeweiligen Markt selbst in Form einer Verfahrens- und Steuerpolitik, mit Hilfe derer die Apologeten eines „starken Staates“ die „soziale Gerechtigkeit“ herstellen wollen, also eine Ergebnisgerechtigkeit, die sich bei näherer Untersuchung als Chimäre erweist, sozusagen als Widerspruch in sich. Der Nobelpreisträger von Hayek hat das in diesem Kontext benutzte Adjektiv „sozial“ ein Wieselwort genannt. Das Wiesel hat bekanntlich die Fähigkeit, Eier vollkommen auszusaugen, ohne dass die äußere Hülle Schaden nimmt. So entleert das Beiwort „sozial“ alle Begriffe, denen es als Attribut beigegeben wird, und verwandelt sie in bloße Hülsen. Wenn eine allgemeine Gerechtigkeit, die ohne das Element der Teilhabe nicht denkbar ist, nur dann als wirklich gerecht erkannt wird, wenn sie zusätzlich als sozial definiert sein muss, kann sie nicht tatsächlich gerecht sein, weil dann eben der Umverteilungsaspekt überwiegt und andere Parameter zumindest teilweise verdrängt werden, die gemeinhin als Kriterien von Gerechtigkeit anerkannt sind, wie Gleichheit, Verhältnismäßigkeit, das Fehlen von Willkür und so fort. Und so wird als „sozial“ ein Transfer angestrebt, für den es eben unter reinen Regelgerechtigkeitskriterien keine Rechtfertigung geben kann und deswegen haben wir allen Anlass zu Misstrauen, wenn etwas im Namen der sozialen Gerechtigkeit gefordert wird. Auf erste Sicht hin wird damit etwas eingeklagt, was den herkömmlichen Prinzipien von Gerechtigkeit nicht entspricht. Deswegen muss die Forderung nicht ab initio unbegründet sein, wir leben schließlich in einer sozialen Marktwirtschaft – für Ordoliberalen auch so ein Wieselwort. Zu verlangen ist aber mindestens eine besondere Rechtfertigung für das geplante Abweichen von der Regel, wenn man nicht – besser – auf jegliche Eingriffe in das Marktgeschehen verzichten will, weil – so die Freiburger Schule und ihr Erfinder Röpke – alle Eingriffe in die Marktkonformität wiederum unintendierte Nebeneffekte mit sich bringen, denen dann

wieder durch weitere Eingriffe begegnet werden muss, was eine Spirale in Gang setzt, die letztlich den Markt abschafft und so, nach Hayek, direkt in die Abhängigkeit führt.

Deswegen ist besondere Wachsamkeit geboten bei allen Eingriffen des Staates in die Freiheit der wirtschaftlichen Betätigung, die im Namen der sozialen Gerechtigkeit verlangt, angeordnet oder begründet werden. Dabei sollten wir keinen Gedanken daran verschwenden, die auch aus ordnungspolitischer Sicht notwendigen und deswegen zu begrüßenden Beaufsichtigungen bestimmter Wirtschaftsgebiete zu kritisieren, sei es die so genannte horizontale Beaufsichtigung durch z.B. die Banken- oder eben die Versicherungsaufsicht oder sei es die so genannte vertikale Beaufsichtigung durch das Kartell- oder das Wettbewerbsrecht. Thema unserer heutigen Betrachtung soll der Eingriff des Staates unmittelbar in die wirtschaftliche Betätigung sein, also der Eingriff in und das Oktroy auf ganz konkrete Märkte, deren Verhältnisse und deren wirtschaftliche Abläufe.

Dieser Markt ist in unserem Fall die Versicherungswirtschaft. Diese hat – eine kritische Betrachtung muss in diesem Zusammenhang erlaubt sein - zweifellos die Möglichkeiten, unerwünschte ordnungspolitische Eingriffe in ihren Markt zu verhindern oder zumindest zu reduzieren, indem sie proaktiv Maßnahmen ergreift, um weitere und weitergehende Eingriffe des Staates überflüssig zu machen. Drohen also Verbraucherschutzreformen, hilft es nicht, den Kopf einzuziehen und die Hoffnung zu pflegen, das Schlimmste werde schon nicht eintreten. Nur durch dann allerdings ausgewogene und möglichst marktgerechte Maßnahmen können weitergehende Eingriffe des Staates vermieden und vertiefte Verbraucherschutzforderungen zurück gewiesen werden. So gab es vor der VVG – Reform ja durchaus ernst zu nehmende Überlegungen, ein neues Gesetz vorzulegen, in dem der Verbraucherschutz aus Sicht der Assekuranz artikuliert worden wäre. Mit einigem Geschick wären dann die viel weitergehenden Eingriffe, wie wir sie dann erlebt haben, vermieden worden. Diese Chance wurde indes nicht genutzt und es kam dann, wie es kommen musste und wie wir es heute alle erleben. Indes: eine vertane Chance kann nicht als Rechtfertigung für eine Ordnungspolitik herhalten, die jedes Maß verloren hat.

Ich will das an einigen Beispielen erläutern, die auf den ersten Blick jedenfalls unter ordnungspolitischen Aspekten eher unauffällige gesetzliche Regelungen betreffen, nämlich die wechselseitigen Informationspflichten vor Abschluss eines Versicherungsvertrages, also die Informationspflichten des Versicherers und im direkten Vergleich dazu die Informationspflichten des Antragstellers. Etwas spektakulärer könnte dann schon das Beispiel der privaten Krankenzwangversicherung sein und die dort eingepflegte Neuregelung zum Übermaßverbot. Alle diese Beispiele sind beredte Zeugen dafür, dass es besser wäre, wenn der Gesetzgeber sich auf eine so genannte Rahmengesetzgebung beschränkt hätte als auch inhaltlich die Spielregeln bestimmen zu wollen. Denn selbst da, wo der Gesetzgeber nicht ganz ungeniert einräumt, durch eine Umverteilung von klein auf groß, von arm auf reich seine eigenen fiskalischen Belange schützen zu wollen, wie in der privaten Krankenversicherung, lässt er doch stets das Phänomen außer Acht, dass es im Versicherungsvertragsrecht stets die Interdependenz der Interessen des individuellen Versicherungsnehmers und der Interessen des versicherten Kollektivs gibt. Nicht ganz zu Unrecht hat der Gesetzgeber im Zusammenhang mit der VVG-Reform etwas verwundert bemerkt, dass die

Kosten für den Verbraucherschutz, die die Unternehmen belasten sollten, letztlich wieder beim Verbraucher landen. Mit dieser Phänomenologie ist zweifellos das Eingeständnis verbunden, dass es dem entsprechenden Reformwerk an innerer Logik fehlt: Der „geschützte“ Verbraucher als Individuum zahlt als Mitglied des Kollektivs die Zeche selbst. Eine derartige Umverteilung mag für die unmittelbar Betroffenen und unter dem Strich immer noch eine positive Gleichung darstellen, für die absolute Mehrheit der im Kollektiv versicherten Marktteilnehmer ist dies eine ebenso grobe wie unangemessene Benachteiligung, die ordnungspolitisch eben unerwünscht ist. Diese Versicherungsnehmer müssen mit ihren Beiträgen fiskalische Probleme lösen oder sie müssen für solche Individuen einstehen, die das schlechthin unverständliche tun oder gar arglistig gehandelt haben. Beides ist unzumutbar. Wird Versicherungsschutz ufer- und grenzenlos, wird das System auf Dauer implodieren, es verträgt viel, aber nicht alles. Gerade die Reform der Privaten Krankenversicherung hat gezeigt, dass die Belastungsgrenzen überschritten, ja bewusst ignoriert werden.

Ich beginne mit den vorvertraglichen Anzeigepflichten: Zum einen gibt es die vorvertraglichen Informations-, Beratungs- und Dokumentationspflichten des Versicherers, wie sie in §§ 6 und 7 VVG normiert sind, andererseits gibt es die vorvertragliche Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers, die in den §§ 19 bis 22 VVG geregelt ist. In § 7 VVG ist die vorvertragliche Information des Versicherungsnehmers durch den Versicherer geregelt. Wie Sie wissen, muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer „rechtzeitig vor Abgabe von dessen Vertragserklärung“ alle Informationen mitteilen, die für die abzuschließende Versicherung in irgendeiner Weise von Relevanz sind. Weil dieses „alles“ noch nicht ausreichend erschien, hat man in § 7 Abs. 2 VVG den Justizminister ermächtigt, eine VVG- Informationspflichtenverordnung zu erlassen, in der dieses „alles“ noch einmal im Einzelnen beschrieben und niedergelegt wird. Wenn hier von alles die Rede ist, meint der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber wirklich alles: (1.) welche Einzelheiten des Vertrags, insbesondere zum Versicherer, zur angebotenen Leistung und zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie zum Bestehen eines Widerrufsrechts, dem Versicherungsnehmer mitzuteilen sind, (2.) welche weiteren Informationen dem Versicherungsnehmer bei der Lebensversicherung, insbesondere über die zu erwartenden Leistungen, ihre Ermittlung und Berechnung, über eine Modellrechnung sowie über die Abschluss- und Vertriebskosten, soweit eine Verrechnung mit Prämien erfolgt, und über sonstige Kosten mitzuteilen sind, (3.) welche weiteren Informationen bei der Krankenversicherung, insbesondere über die Prämienentwicklung und -gestaltung sowie die Abschluss- und Vertriebskosten, mitzuteilen sind, (4.) was dem Versicherungsnehmer mitzuteilen ist, wenn der Versicherer mit ihm telefonisch Kontakt aufgenommen hat und (5.) in welcher Art und Weise die Informationen zu erteilen sind.

Von besonderem Interesse ist jetzt die Sanktion eines etwaigen Verstoßes gegen diese Informationspflichten des Versicherers. Diese Informationspflicht ist sozusagen als Obliegenheit des Versicherers ausgekleidet, denn dem Versicherungsnehmer steht ein so genanntes „ewiges“ Widerrufsrecht gem. § 8 Abs. 1 VVG zu, wenn die Informationen nicht ordnungsgemäß erfolgt sind, weil die Widerrufsfrist gem. § 8 Abs. 2 Nr. 1 VVG erst zu laufen beginnt, wenn die Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG dem Versicherungsnehmer in

Textform zugegangen sind. Darüber hinaus schuldet der Versicherer nach den allgemeinen Regeln der vic Schadenersatz, was allerdings ein schuldhaftes Verhalten voraussetzt. Hier reicht einfache Fahrlässigkeit, wobei nach der allgemein geltenden Regel des § 280 Abs. 1 Satz 2 BGB das Verschulden des Versicherers vermutet wird. Ein Schaden des Versicherungsnehmers kann beispielsweise darin liegen, dass er mit Prämien belastet wurde, von denen er sich rückwirkend trotz „ewigen“ Widerrufsrechts nicht befreien konnte oder dass er bei ordnungsgemäßer Information einen anderen Versicherungsvertrag abgeschlossen hätte, unter dem der inzwischen eingetretene, aber nicht gedeckte Versicherungsfall doch gedeckt gewesen wäre.

Zusammengefasst: Der Versicherer schuldet dem Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages eine Information, die man wohl widerspruchslos als allumfassend bezeichnen kann. Verstößt er gegen diese Informationspflicht, steht dem Versicherungsnehmer ein dauerhaftes Lösungsrecht zu; er kann ferner bei einfachem Verschulden des Versicherers, das nach den gesetzlichen Regelungen vermutet wird, Schadenersatz verlangen.

Auf der anderen Seite hat der Gesetzgeber es verstanden, durch ein feinziseliertes System von Verschuldensnormen einerseits und Anpassungsrechten des Versicherers andererseits den Rücktritt vom Versicherungsvertrag bei nicht vorsätzlich oder gar arglistig begangenen Anzeigepflichtverletzungen letztlich abzuschaffen. Selbst die größte Fahrlässigkeit schadet nicht, wenn der fragliche Umstand vom Versicherer nach seinen allgemeinen Annahmegrundsätzen und Richtlinien akzeptiert worden wäre; dann haben wir es mit einem so genannten vertragsändernden Umstand zu tun, bei dem der Versicherer vom Vertrag eben nicht zurücktreten kann. Er kann den Vertrag allenfalls rückwirkend anpassen, was im Einzelnen dazu führen kann, dass der betroffene Versicherungsnehmer für den bereits eingetretenen Versicherungsfall keinen Schutz genießt, aber für die Zukunft versichert und prämienpflichtig bleibt. Dass das einen Wertungswiderspruch zu der Fallkonstellation darstellt, in der der Versicherungsnehmer einfach fahrlässig einen vertragshindernden Umstand verschwiegen hat und dann zwar für die Zukunft keinen Versicherungsschutz, aber auch keine Prämienzahlungspflicht, für den eingetretenen Versicherungsfall aber Deckung hat, liegt auf der Hand.

Ein solcher Wertungswiderspruch kann nur bei sozialpolitisch gewünschten, wirtschaftspolitisch aber unvernünftigen Ergebnissen, also zur Herstellung einer Verteilungsgerechtigkeit, entstehen; der Markt würde einen solchen Wertungswiderspruch nicht zulassen: Eine solche Regelung könnte sich nach den Darwischen Naturgesetzen im Wettbewerb mit ökonomisch vernünftigen Regelungen nicht durchsetzen und würde wieder verschwinden. Ferner fragt man sich natürlich, allerdings vergeblich, was einem Gesetzgeber dazu bewegen haben kann, einem auch grob fahrlässig handelnden Antragsteller derartige Hilfestellungen zu geben, wohlgermerkt: immer zu Lasten der anderen, sich normal verhaltenden Versicherungsnehmer. Nach der gemeinhin anerkannten Definition handelt grob fahrlässig derjenige, der das schlechthin Unverständliche tut. Warum soll so ein Mensch Versicherungsschutz genießen, zu Lasten eines Kollektivs, das sich normgerecht verhält? Ist es denkbar, dass der Staat auch hier eigene fiskalische Interessen betreibt, etwa indem

er den Erhalt des privaten Versicherungsschutzes vor allen Fährnissen schützt, um für entsprechende Härtefälle nicht mit Steuergeldern eintreten zu müssen? Jedenfalls in diese Richtung weist auch die unsägliche Vorschrift des § 21 Abs. 3 VVG, wonach jegliche Gestaltung des Versicherungsvertrages 10 Jahre nach dem Begehen der arglistigen Täuschung ausgeschlossen ist. Wer den verbotenen Baum pflanzt, wird bestraft, wer ihn aber 10 Jahre lang hegt und pflegt, der gehört unanfechtbar zum Kreise der redlichen Versicherungsnehmer; eine solche Logik kann nur bei angewandter Verteilungsgerechtigkeit entstehen.

Ich glaube, dass es keines weiteren Beweises mehr bedarf, dass es sich hier um einen ordnungspolitisch höchst unerwünschten Eingriff in die Privatautonomie handelt, weil Verbraucherschutz ohne Augenmaß betrieben wird. Die verquere Situation hat gar schon zu der absurden Mutmaßung geführt, die extensiven Verbraucherinformationen seien auf Betreiben der Versicherungswirtschaft (!) eingeführt worden, die sich vor Haftung habe schützen wollen. Die das meinen, haben jeden Glauben an den „mündigen Verbraucher“ fahren lassen. Paradoxerweise will man anstelle des informierten, aber falsch entscheidenden Verbrauchers ohne Haftungsansprüche doch lieber den uninformierten Verbraucher mit liquiden Schadensersatzansprüchen gegen den desinformierenden Versicherer!

Der Gipfel ordnungspolitischer Unvernunft ist aber zweifellos erreicht worden durch das so genannte GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, zweifellos ein Wiesel – Wort. Diese verstößt zwar, jedenfalls nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts, nicht gegen die in unserer Verfassung garantierten Grundrechte, sie verstößt aber ganz zweifellos gegen die Freiheit der wirtschaftlichen Betätigung. Der Gesetzgeber hat es für erforderlich gehalten, in § 193 Abs. 3 VVG eine allgemeine Versicherungspflicht zu einem an den Leistungen der GKV ausgerichteten Einheitstarif anzuordnen. Dieser Versicherungspflicht steht in § 193 Abs. 5 VVG i.V.m. § 12 Abs. 1 b VAG ein allgemeiner Kontrahierungszwang gegenüber. Der Versicherer darf weder eine Risikoprüfung betreiben, § 203 Abs. 1 Satz 3 VVG, noch darf er Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vorgeben, § 203 Abs. 1 Satz 2 VVG. Das Ganze zu einem doppelt gedeckelten Höchstbeitrag, der gem. § 12 Abs. 1 c VAG maximal dem GKV-Höchstbeitrag entsprechen darf, wobei Sozialhilfebedürftige eine Reduzierung auf die Hälfte erfahren. Dieser gleich dreifache Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip bedeutet eins ganz sicher: Die zu erbringenden Leistungen stehen in keinem Verhältnis zu dem zu erzielenden Entgelt und es droht ein chronisches Defizit. Davon geht sogar der Gesetzgeber selber aus, denn er hat im Aufsichtsrecht in § 12 g VAG für die private Krankenversicherung einen so genannten Risikoausgleich erfunden, was sich nett und harmlos anhört, in Wirklichkeit aber die Quersubventionierung eines zwingend eintretenden chronischen Defizits ist. In einer ersten Stufe muss das zu erwartende Minus im Basistarif aufgrund der Tatsache, dass keine Risikoprüfung durchgeführt werden darf und deshalb vorhandene Vorerkrankungen nicht risikoäquivalent ausgeglichen werden dürfen, auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig verteilt werden. Sind die zu verteilenden Mehraufwendungen aufgrund nicht zu berücksichtigender Vorerkrankungen allerdings so hoch, dass sie zu einer Überschreitung des GKV-Höchstbeitrags führen würden, sind sie sodann auf alle beteiligten Versicherungsunternehmen gleichmäßig zu verteilen. Reicht also der Risikoausgleich zwischen den Basistarif-Versicherten nicht aus – meine Damen und Herren, der Ge-

setzgeber rechnet damit, sonst hätte er die zweite Ausgleichsstufe nicht erfinden müssen! Dann werden alle anderen PKV-Tarife ausgleichspflichtig!

Als wenn das noch nicht genug wäre, hat der Gesetzgeber auch ein vollkommenes Kündigungsverbot verhängt und er hat mit den Vertragsstrafen für säumige Prämienschuldner angesichts deren chronischen Geldmangels ein wahrhaft stumpfes Schwert geschmiedet. Außerdem müssen auch während der so genannten Ruhenszeit der Versicherung akute Leistungen entgolten werden, d.h. es muss so gut wie alles bezahlt werden, was nicht im Vorhinein planbar ist. Nur Schönheitsoperationen wird es zu einem derartigen doppelten Nulltarif nicht geben. Welch ein Segen.

Damit nicht genug. Ein weiteres kleines Beispiel zeigt die schrankenlose Umverteilungsmentalität unserer Gesundheitspolitiker. Bislang herrschte in der privaten Krankenversicherung das so genannte Übermaßverbot, und zwar ausdrücklich mit Billigung des BGH. Nachdem dieser dann aber Zweifel an Reichweite und Wirksamkeit der zugrunde liegenden vertraglichen Bestimmung bekommen hatte, hatte die Reformkommission den weisen Vorschlag unterbreitet, die frühere BGH-Rechtsprechung in eine entsprechende Vorschrift umzuwandeln. Danach sollte der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet sein, wenn Aufwendungen für die Heilbehandlung in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen standen.

Was hat der Gesetzgeber daraus gemacht? Ihm ging das, was der BGH und die von Experten gestellte Reformkommission für richtig befunden haben, zu weit. Heute muss der Versicherer nur die Aufwendungen nicht bezahlen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Aufwendungen, die „lediglich“ in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen, müssen vom versicherten Kollektiv getragen werden.

Das, meine Damen und Herren, sind nur einige wenige Missgriffe des Gesetzgebers, die eine unangemessene Steuerung privatwirtschaftlicher Verhältnisse darstellen und die auch zu wirtschaftlich unvernünftigen Lösungen geführt haben. Die Reihe könnte man – ich bedaure, es so sagen zu müssen – nahezu beliebig fortsetzen. Im Zeichen der sozialen Gerechtigkeit hält der Gesetzgeber das Ungerechte für erforderlich: Er belastet einige wenige zahlungskräftige Bürger, wobei er ganz ohne jede Scham selbst in die Gesetzesbegründung schreibt, dass es ihm gerade auf diese Art der Transferleistung und Umwegfinanzierung ankommt. Dass sich dann immer mehr der so genannten starken Schultern aus diesem System verabschieden, bis dieses in Gefahr ist, aufgrund seiner Instabilität auch die so genannten Schwachen nicht mehr stützen zu können, scheint nur den wenigsten aufzufallen, ist jedenfalls nicht politische opinio communis. Gerechtigkeit bedeutet die Gleichbehandlung von Gleichem. Auch eine streng marktwirtschaftlich organisierte Gesellschaft ist zu fiskalisch finanzierten Transferleistungen an die Bedürftigen verpflichtet. Hüten wir uns davor, die „Soziale Gerechtigkeit“ mit der Forderung nach einer „Gleichheit des Ungleichen“ zu verwechseln, sie also so zu definieren, dass alle mit einem Anspruch auf soziale Fürsorge damit zugleich den Anspruch erwerben, mit denen gleich behandelt zu werden, die die Mittel für den Sozialstaat erwirtschaften. Sonst wird auch der Sozialstaat zu einem Wieselwort: Die äußere Hülle steht noch, das Innere ist leer. Vielen Dank!

1.3 Pflichtversicherungen aus japanischer Sicht

Von Keisuke Ema, Mitsui Sumitomo Insurance Co. Ltd.

“There shall be eternal peace and constant friendship between Their Majesties the King of Prussia and the Tycoon of Japan, as well as between their heirs and successors.”

So heißt es in dem ersten Paragraphen des „Treaty of amity and commerce“ zwischen Japan und Deutschland, welcher am 24. Januar 1861 beschlossen wurde und den Grundstein für eine langjährige Freundschaft der beiden Länder legte. Seither wurde diese Freundschaft durch viele Gemeinsamkeiten gefestigt. Beispielsweise ist Deutschland für Japan der wichtigste europäische Handelspartner und Japan für Deutschland der zweitgrößte in Asien. Sowohl kulturell als auch wissenschaftlich bestehen enge Verbindungen beispielsweise durch das Japanisch-Deutsche Zentrum Berlin oder das Deutsche Institut für Japanstudien in Tokio.

Auch in der Versicherungswirtschaft zeichnen sich viele Parallelen ab, welche ich im Folgenden am Beispiel der gesetzlichen Pflichtversicherungen darstellen werde.

Zuerst möchte ich aber ein paar grundlegende Fakten über den japanischen Non-Life-Versicherungsmarkt erläutern. Dort sind zurzeit 28 inländische Versicherer tätig, wobei 5 davon auslandsfinanziert sind. 22 ausländische Versicherer betreiben mittlerweile, über Niederlassungen oder Vermittler, ihr Geschäft auf dem japanischen Markt. Die Gesamtprämieinnahmen liegen bei EUR 75,2 Mrd. und die Zahl der Erwerbstätigen in der Versicherungswirtschaft beläuft sich auf ca. 92.600. Im Vergleich zu 1996 ist eine Reduzierung von 10,4 % zu verzeichnen. Die drei größten japanischen Versicherer¹ zeichnen zusammen ca. 89 % des Gesamtmarktvolumens im Non-Life-Bereich.² Gemäß den neusten Zahlen für das erste Halbjahr 2011 steigert sich dieser Anteil sogar auf 92 %.

Die Versicherungsprodukte werden zu 92,1 % über Agenten³ verkauft. Diese Zahl verdeutlicht, warum die Versicherer insgesamt 202.098 Vertretungen im ganzen Land haben. Der Vertrieb über Makler beträgt lediglich 0,4 % und das Direktgeschäft 7,5 % der abgeschlossenen Verträge. Zu dem Vertriebsweg des Direktgeschäfts sollte hier aber betont werden, dass dessen Bedeutung in den letzten Jahren, vor allem über das Internet, zugenommen hat und erwartet wird, dass sie auch in Zukunft noch zunimmt. Die Gesamtprämieinnahmen teilen sich wie folgt auf:

¹ MS&AD Insurance Group, Tokio Marine Insurance Holdings, NKSJ Holdings

² General Insurance Fact Book 2011

³ Hier sind auch die firmenverbundenen Vermittler im Industriegeschäft gemeint.

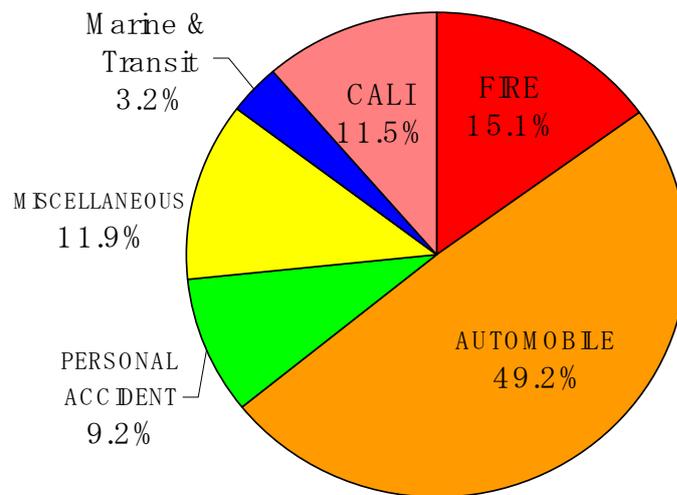


Abbildung 2: Prämienaufteilung der Gesamtprämieinnahmen im Non-Life-Versicherungsmarkt

In dieser Darstellung sind sowohl die Prämien für das Privatkundengeschäft als auch für das gewerbliche und industrielle Versicherungsgeschäft enthalten.

Im Privatkundengeschäft existiert nur eine gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung, und zwar die o.g. CALI. Hier handelt es sich um eine Kfz-Haftpflichtversicherung, die aber, im Gegensatz zur deutschen Kfz-Haftpflichtversicherung, nur Personenschäden bis zu einer maximalen Versicherungssumme in Höhe von EUR 300.000,00 abdeckt. Darüber hinausgehende Personenschäden sowie Sachschäden und die Kaskoversicherung sind freiwillig in Deckung zu geben.

Im gewerblichen und industriellen Versicherungsmarkt gibt es, ähnlich wie in Deutschland, mehrere Pflichtversicherungen:

- Atomkraft-Haftpflichtversicherung⁴
- Maritime Oil-Pollution-Haftpflichtversicherung
- Luftfahrzeug-Haftpflichtversicherung
- Haftpflichtversicherung für Bauunternehmer im Wohnungsbau

Die Maritime Oil-Pollution-Haftpflichtversicherung deckt Schäden die während eines Seetransports von Öl durch dieses verursacht werden. Die Höhe der Pflichtdeckungssumme bestimmt sich durch die Größe des Schiffes, wobei erst Schiffe ab einem Gewicht von 2.000 Bruttoregistertonnen versicherungspflichtig sind. Keine Versicherungspflicht besteht für bestimmte Berufszweige, wie es in Deutschland z.B. für Architekten und Rechtsanwälte der Fall ist. Insgesamt beträgt der Prämienanteil am Gesamtvolumen für die Allgemeine Haft-

⁴ Einzelheiten werden später erläutert.

pflichtversicherung in Japan 6,1 %. In Deutschland sind es 12,1 %.⁵ Das zeigt, dass die Bedeutung der Haftpflichtversicherung in Japan noch bedeutend geringer ist als hierzulande. Bezüglich der gesetzlichen Sozialversicherungen besteht in Japan, genauso wie in Deutschland, eine Versicherungspflicht. Die Strukturen sind ebenfalls sehr ähnlich. Auch Japans Sozialversicherungssystem besteht aus den „5 Säulen der Sozialversicherung“: Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Pflegeversicherung und Arbeitslosenversicherung. Der versicherte Personenkreis ist gleich und die Art der Finanzierung der Beiträge beruht ebenfalls auf dem Prinzip des Sozialausgleichs. Unterschiede zwischen deutschem und japanischem Sozialversicherungssystem bestehen nur in Kleinigkeiten und sollen hier nicht näher erläutert werden. Es soll aber im Folgenden näher auf die Pflichtdeckung von Atomkraftwerken in Japan eingegangen werden.

Grundsätzlich sind Betreiber von Atomkraftwerken (AKW) unbegrenzt haftbar zu machen für Schäden aus dem Betrieb solcher Atomkraftwerke. Zur Deckung der daraus folgenden Haftpflichtschäden wurde 1960 in Japan der Atompilz gegründet, gemäß dessen eine Haftpflichtversicherung für Atomkraftwerksbetreiber verpflichtend abzuschließen ist. Eine Versicherung für eigene Sachwerte ist nicht erforderlich.⁶ Die Höhe der Pflichtversicherungssumme wird abhängig von der Größe des Atomkraftwerkes festgelegt und beträgt maximal EUR 1 Mrd. Diese Pflichtversicherung setzt sich aus zwei verschiedenen Pools zusammen:

Atompilz der Versicherer: Dieser besteht aus einem Verbund von 23 Versicherern, der jedem AKW-Betreiber die gesetzlich vorgeschriebene Mindestdeckungssumme pro Standort bietet. Diese Deckung beinhaltet zahlreiche Ausschlüsse; unter anderem greift ein Ausschluss für Schäden durch Erdbeben und Tsunamis.

Atompilz des Staates: Hier handelt es sich um eine Deckungserweiterung zum Atompilz der Versicherer. Beispielsweise besteht Deckung für Haftpflichtansprüche, die bis zu 10 Jahre nach dem Zwischenfall entstehen. Außerdem existiert hier kein Ausschluss für Schäden durch Erdbeben und/oder Tsunamis. Auch Schäden durch Vulkanausbrüche sind gedeckt. Kein Versicherungsschutz besteht allerdings bei grob fahrlässig herbeigeführten Schäden.

Eine Doppelversicherung zwischen den beiden Pools kann nicht entstehen, da der Atompilz des Staates nur Deckung für solche Schäden bietet, die über den Atompilz der Versicherer nicht gedeckt sind.

Für Haftpflichtansprüche, die über die Deckungssumme hinausgehen, muss der Betreiber selbst aufkommen. Sollte dieser den Forderungen nicht nachkommen können, springt in der Regel der Staat zur Befriedigung der Ansprüche ein. Für Schäden, die in beiden Pools ausgeschlossen sind, wie z.B. solche durch höhere Gewalt, innere Unruhen oder Kriegsergebnisse, leistet zu 100 % der Staat eine Entschädigung.

⁵ GDV Statistik 2011

⁶ Anmerkung: TEPCO beschränkte sich auf den Abschluss der gesetzlich vorgeschriebenen Haftpflichtversicherung. Eine Versicherung der Sachwerte bestand zum Zeitpunkt des Erdbebens und Tsunamis vom 11.03.2011 nicht.

Aufgrund der jüngsten Ereignisse in Japan im März 2011 gehe ich im Folgenden auf die Deckung für Erdbebenschäden am Beispiel der Hausratversicherung ein. Vorher möchte ich aber eine Übersicht über den versicherten Gesamtschaden geben. Dieser beläuft sich auf EUR 25,2 Mrd. aufgeteilt auf die verschiedenen Versicherungssparten. Der Schaden in den Sparten Hausrat- und Gebäudeversicherung schlägt sich mit dem höchsten Anteil nieder und beträgt insgesamt EUR 18 Mrd., wobei EUR 10 Mrd. von den privaten Versicherern⁷ und EUR 8 Mrd. von öffentlich-rechtlichen Versicherern⁸ getragen werden. Auf die Industrierversicherer entfällt ein Anteil von EUR 5,4 Mrd. und die Lebensversicherer verbuchen einen Schaden in Höhe von EUR 1,8 Mrd.

Für die Hausrat- und Wohngebäudeversicherung hat der japanische Staat ein Schema verabschiedet, wer mit welchem Anteil an den Schäden aus einem Erdbeben haftet. Die Gesamthaftungsgrenze für Entschädigungen aus Erdbebenschäden liegt bei EUR 47 Mrd. Diese Grenze ist auf verschiedene private und staatliche Institutionen aufgeteilt. Gesamtschäden bis zu einer Höhe von EUR 1 Mrd. werden zu 100 % von der Japan Earthquake Reinsurance Co. (JER)⁹ getragen. Die darüber hinaus zu zahlenden EUR 15 Mrd. werden auf den Staat, die JER und die privaten Non-Life-Versicherer verteilt. Der Staat trägt einen Anteil von EUR 7,5 Mrd. (50 %), die JER einen Anteil von EUR 3,3 Mrd. (22 %) und die privaten Versicherer EUR 4,2 Mrd. (28%). Den restlichen Anteil des Schadens bis zur Höchsthaftungsgrenze von EUR 47 Mrd., also EUR 31 Mrd., trägt zu 95 % der Staat. Die übrigen 5 % werden zu gleichen Teilen auf die JER und die Non-Life-Versicherer verteilt. Summiert bedeutet das für die beteiligten Institutionen folgende Haftungshöchstgrenzen:

JER	EUR	5,075 Mrd.
Non-Life-Versicherer	EUR	4,975 Mrd.
Japanischer Staat	EUR	36,950 Mrd.
Gesamt	EUR	47,000 Mrd.

Abbildung 3: Haftungshöchstgrenzen bei Erdbebenschäden in Japan (gültig bis Mai 2011)

Dieses Schema war allerdings nur bis Mai 2011 gültig. Nach dem verheerenden Erdbeben vom 11.03.2011 wurde dieses Schema geändert. Im Wesentlichen wurden die Non-Life-Versicherer durch den Staat deutlich entlastet; die Haftungsgrenze liegt aber weiterhin bei EUR 47 Mrd. Die erste EUR 1 Mrd. verbleibt wie bisher bei der JER. Statt EUR 15,4 Mrd. trägt der Staat nun 50 % der auf die erste EUR 1 Mrd. folgenden EUR 6,3 Mrd. 40,5 % (EUR 2,55 Mrd.) dieses Betrages trägt die JER und die verbleibenden 9,5 % (EUR 0,6 Mrd.) gehen zu Lasten der Non-Life-Versicherer. Die übrigen EUR 39,7 Mrd. werden zu 95 % vom Staat getragen und 5 % davon verbleiben zu gleichen Teilen bei der JER und den Non-Life-Versicherern. Dieses neue Schema ändert die Haftungshöchstgrenzen wie folgt:

⁷ GIAJ: General Insurance Association of Japan

⁸ ZENKYOREN: National Mutual Insurance Federation of Agricultural Cooperatives

⁹ Anmerkung: Im gemeinsamen Besitz der Non-Life Versicherer

JER	EUR	4,5 Mrd.
Non-Life-Versicherer	EUR	1,5 Mrd.
Japanischer Staat	EUR	41,0 Mrd.
Gesamt	EUR	47,0 Mrd.

Abbildung 4: Neue Haftungshöchstgrenzen bei Erdbebenschäden in Japan (gültig ab Juni 2011)

Rückblickend auf das Erdbeben und die daraus resultierenden Folgen für die Bevölkerung und die lokalen Unternehmen kann man, trotz des enormen Ausmaßes an Beschädigungen und Zerstörungen, sagen, dass die wirtschaftlichen Folgen für die Versicherer verhältnismäßig gering ausfallen. Insgesamt liegt der wirtschaftliche Gesamtschaden aus dem Erdbeben, dem Tsunami und den darauf gefolgt atomaren Schäden durch Fukushima bei EUR 135 bis 210 Mrd. (entspricht 3 bis 5 % des BIP)¹⁰. Im Vergleich zu diesen Zahlen ist der Anteil des versicherten Gesamtschadens in Höhe von EUR 25,2 Mrd. am wirtschaftlichen Gesamtschaden mit 12 bis 19 % sehr gering.

Der Großteil der Europäer, der die Ereignisse im März 2011 verfolgt hat, war besonders beeindruckt und teilweise irritiert von der Mentalität der japanischen Bevölkerung und deren Umgang mit dieser Katastrophe. Sie zeigte eine Akzeptanz und Gelassenheit, die für Europäer nicht nachvollziehbar und befremdlich erschien. Diese Gelassenheit und die Fähigkeit, auch schlimme Dinge zu akzeptieren und mit ihnen umzugehen, kann man auch auf die Einstellung zu Pflichtversicherungen übertragen. Japaner neigen selten dazu, sich gegen auferlegte Regeln zu wehren. Da im Privatbereich in Japan nur eine Pflichtversicherung existiert, deren Sinn für die breite Bevölkerung nachvollziehbar ist, ist deren Umsetzung durchaus erwünscht. Eine rechtliche Durchsetzung zusätzlicher Pflichtversicherungen ist mit großen Hindernissen verbunden. Es muss sich um (Kumul-) Risiken handeln, von denen jeder Bürger betroffen sein könnte und nicht nur eine bestimmte Gruppe wie z.B. bei den deutschen Pflichtversicherungen für bestimmte Berufszweige. Aus diesen Gründen, und auch aufgrund der geringen Anzahl, gibt es in Japan selten Diskussionen oder Widerstand zum Thema Pflichtversicherungen.

¹⁰ Anmerkung: Diese Zahlen basieren auf Vermutungen, konkrete gesicherte Zahlen gibt es bisher nicht.

2 Arbeitsgruppen

2.1 Arbeitsgruppe Lebensversicherung und betriebliche Altersversorgung

Die Eingriffe des Staates in die private Vorsorge: Verbraucherschutz oder Verbrauchergängelung? Leitung Prof. Dr. Oskar Goecke, Institut für Versicherungswesen, FH Köln

Zu Beginn der Podiumsdiskussion gibt der Diskussionsleiter Prof. Goecke den Teilnehmern Gelegenheit zu einem einführenden Statement.

2.1.1 Statement Lars Gatschke, Verbraucherzentrale Bundesverband

Ich möchte über das Fördern des Guten sprechen und dies am Beispiel der Riester-Förderung verdeutlichen. Der Gesetzgeber hat gesagt: Wir wollen, dass der Verbraucher privat Altersvorsorge betreibt. Dies soll ohne Pflichtversicherung und ohne Zwang geschehen, vielmehr wollen wir die private Vorsorge fördern und damit einen ökonomischen Anreiz setzen. Hier gilt m.E. der Grundsatz: „Wer bezahlt bestimmt!“ Es ist das legitime Interesse des Staates zu sagen: Wenn ich als Staat erhebliche Gelder in solche Projekte fließen lasse, dann lege ich auch fest, was die Kriterien dieser Produkte sein sollen.

Regulierung ist ein kontinuierlicher Prozess! Wir wachen nämlich nicht irgendwann auf und dann ist die Regulierung ganz plötzlich da. Die Regulierung unterliegt dem politischen Willensbildungsprozess und dieser ist mit der Regulierung nicht abgeschlossen. Bestehende Regulierungsbereiche werden beobachtet. In neueren Gesetzen ist eine Evaluierung ausdrücklich vorgesehen. U.U. stellt man dann fest, dass etwas nicht richtig funktioniert und dann wird nachjustiert. Regulierung ist immer ein lebendiger Organismus!

Bei der Riester-Förderung hat der Gesetzgeber gesagt, wir wollen einen einheitlichen Förderrahmen. Denn ein zentrales Problem aus unserer Sicht war, dass in der Wettbewerbssituation nicht Renditeaspekte eine Rolle spielten, sondern die steuerliche Förderung im Vordergrund stand. So haben wir jetzt für unterschiedliche Produktgruppen einen einheitlichen Förderrahmen. Auf diese Weise kann auch das Produkt, das dem Kunden eigentlich am besten entspricht, von ihm ausgewählt werden.

Bei den Riester-Kriterien hat man jedoch im Laufe der Zeit festgestellt, dass noch nicht alles so funktioniert, wie es sollte. Die Einführung der Riester-Rente stand unter schlechten Vorzeichen. Bei ungeförderten Produkten erhielt der Vermittler höhere Provisionen, weshalb Riester zunächst nur der Türöffner für den Verkauf anderer Produkte war. Die Verkürzung der Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten auf fünf Jahre war der Kniefall vor dem Vertrieb. Unser Vorschlag ging damals dahin, bei allen Altersvorsorgeprodukten die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die gesamte Vertragslaufzeit zu verteilen.

Die andere Richtung war die Nachsteuerung im Hinblick auf die Transparenz. Zentrales Ziel war es, über klare Kosteninformationen eine Markttransparenz herzustellen. Kommt man dann nach 5 Jahren zu dem Ergebnis, dass dieses Ansinnen von der Anbieterseite torpediert wird, so muss nachgesteuert werden. So kam es dazu, dass im ersten Schritt die Kos-

ten in Euro und Cent ausgewiesen werden mussten. Auch dies wird nicht eingehalten: Wir führen Abmahnverfahren, weil Anbieter die Kosten nicht in Euro und Cent ausweisen. Von der Anbieterseite kam dazu die Antwort, sie könnten es gar nicht ausweisen, da sie die Kosten nicht berechnen könnten. Dann frage ich mich, was ist das Primat: Ist es das Primat, dass es einen Kostenausweis gibt oder ist das Primat die Freiheit des Kostensystems mit der Folge, dass der Anbieter die Kosten eben nicht ausweist. Dieses Beispiel zeigt genau das Spannungsfeld zwischen Regulierung und Produktgestaltung. Der Produktvergleich ist immer noch nicht möglich. Als nächste Stufe soll ein Produktinformationsblatt eingeführt werden. Es soll mit Rendite- und Kostenkennziffern gearbeitet werden. Ob dies dem Verbraucher wirklich hilft, wage ich zu bezweifeln. Die Diskussion zur Zuschussrente wird der Diskussion weiteren Auftrieb geben, auch was das Thema Kostenbegrenzung betrifft.

Jetzt wird darüber diskutiert, welche Kriterien an die dann „obligatorische“ Altersversorgung gestellt werden, die der Verbraucher 5 bis 35 Jahre betreiben soll. Natürlich sind hier alle Interessensgruppen unterwegs. Die betriebliche Altersvorsorge hält ihre Produkte für das einzig Wahre! Die privaten Anbieter rufen: „Halt! halt! - wir wollen auch mit dabei sein!“ Dieses Beispiel zeigt, dass Regulierungsimpulse nicht ausschließlich von der Verbraucherschutzseite vorangetrieben werden.

Zu Recht wird in der politischen Diskussion darauf verwiesen, dass der Verbraucher erfahren möchte, welche Rendite er erzielen kann. Insofern ist es konsequent, wenn die Europäische Kommission kapitalbildende Produkte miteinander vergleichbar machen will. So hat der Verbraucher bei einer kapitalbildenden Lebensversicherung natürlich ein essenzielles Interesse daran, zu erfahren wie hoch die Rendite auf seinen Beitrag ist und wie sich diese Rendite errechnet.

Bei einer Aktienanlage gibt es klare Spielregeln: Die Aktionäre entscheiden, was sie als Dividende für ihre Anlage bekommen. Wie erfolgt die Gewinnzuweisung bei einer Lebensversicherung? Nicht das Versichertenkollektiv - von dem immer so gerne gesprochen wird – entscheiden darüber, sondern die Aktuarien und das Versicherungsunternehmen. Das kann man so machen! Aber dann muss man für Transparenz sorgen. Immer mehr Leute beginnen zu hinterfragen, ob die Ergebnisse, die in den Versicherungsunternehmen erarbeitet wurden, realistisch sind. Für dieses Hinterfragen muss zwangsläufig auf zwei Ebenen eine Antwort gefunden werden: Auf der Informations- und Regulierungsebene.

Ich möchte noch einen weiteren Punkt kurz ansprechen. Es ist m.E. ein Irrglaube, alles über Zivilrecht regeln zu wollen. Es fehlt dem Zivilrecht gegenüber dem Aufsichtsrecht an einer den gesamten Markt umfassende Vollzugsstrategie. Der Fall der 10-Jahresverträge im Versicherungsbereich ist nur ein kleines Beispiel hierfür. Verbraucherschutzorganisationen hielten 10-Jahres Verträge für unzulässig. Wir haben dann letztendlich vor dem BGH gewonnen. Anschließend durften wir dann die ganze Branche abklappern, um die 10-Jahres Verträge aus dem Markt raus zu bekommen. Hier muss über effektivere Mechanismen der Marktberichtigung nachgedacht werden.

2.1.2 Statement Dr. Reiner Will, Assekuranz Rating-Agentur GmbH

Eingriffe des Staates in die Handlungs- und Verfügungsberechtigung von Menschen und im betriebswirtschaftlichen Zusammenhang in wirtschaftliche Abläufe und Strukturen werden als Regulierung bezeichnet. Dabei kann es sich insbesondere um die Regulierung des Markteintritts bzw. -austritts, der Produktqualität, der Preise, der Publizitätspflichten oder des Verhaltens der Marktakteure, z.B. in Bezug auf die Einhaltung von Regeln zu Vertriebsverfahren oder zur Leistungserstellung und Kapitalausstattung, handeln.

Regulierung betrifft nicht nur die Anbieterseite, sondern auch Intermediäre, wie Vertriebe, und die Nachfrager, z.B. durch Versicherungspflicht. Regulatorische Eingriffe des Staates sollen und können im politischen Umfeld nicht ziellos erfolgen. Ein zentrales Regulierungsziel im Versicherungsmarkt ist es dafür zu sorgen, dass die Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen dauerhaft erfüllt werden. Wobei dieses Gläubigerschutzziel primär durch die Vermeidung von Insolvenzen sichergestellt werden soll.

Regulierung hat des Weiteren das öffentliche Interesse und Ziel, Vertrauensverluste in die Leistungsfähigkeit des Versicherungsbereiches zu vermeiden, um damit die Funktionsfähigkeit des Marktes zu gewährleisten. Hier steht die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt im Vordergrund des Interesses. Angesichts der Tatsache, dass die Versicherungsunternehmen am Kapitalmarkt der größte deutsche institutionelle Anleger sind, ist dies in der aktuellen Marktsituation auch leicht nachvollziehbar. Am Rande sei hier nur bemerkt, dass dieses Ziel bis dato auch gut umgesetzt worden ist, was man angesichts der gravierenden Verwerfungen am Kapitalmarkt nicht per se voraussetzen kann. Anders gesagt, die Regulierung bzw. die Aufsicht hat bisher gewirkt. Zugleich sehen wir hier unter den Stichworten Solvency II, MaRisk VA und Stresstests eine deutliche Erweiterung des aufsichtsrechtlichen Rahmens sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht. Auch wenn im Detail über die Ausgestaltung der neuen Finanzaufsicht intensiv gerungen wird, besteht Einigkeit über das Ziel und das grundlegende Vorgehen.

Ein weiterer Grund für Regulierung ist in der Reduktion von Informations- und Überwachungskosten zu sehen, was speziell für den privaten Nachfrager von Versicherungsschutz von hoher Bedeutung ist. Damit einher geht das Ziel, bestehende Informationsasymmetrien zwischen Anbietern und Nachfragern von Versicherungsschutz durch die Einführung von z.B. Informationspflichten oder Regeln des Haftungsrechts aufzuheben oder abzubauen. Beim Thema Information spielt im Versicherungsmarkt auch die Beaufsichtigung der Vertriebe als Intermediäre zwischen Anbieter und Nachfrager eine wichtige Rolle. Auch hier haben sich die aufsichtsrechtlichen Anforderungen verschärft. Ich möchte nur auf die Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen und die Auskunft- und Dokumentationspflichten aus der EU-Vermittlerrichtlinie hinweisen.

Seitdem im Juli 1994 das dritte Gesetz zur Durchführung versicherungsrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union in Kraft getreten ist, können die Versicherer Produkt- und Preisgestaltungen eigenständig entscheiden. Sie bedürfen mit wenigen Ausnahmen (in der substitutiven Krankenversicherung und in der Pflichtversicherung) keiner Vorabkontrolle oder Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde mehr. Die so genannte Deregulierung hat das Ziel, die Dienstleistungsfreiheit und die Niederlassungsfreiheit in der europäi-

schen Union zu fördern. Dabei ist zu beachten, dass sowohl die Konsumenten als auch die Produzenten von den Freiheiten des gemeinsamen Marktes im Sinne des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs profitieren sollen. Der Raum für eine Produktregulierung ist somit politisch gewollt begrenzt. Staatliche Eingriffe im Bereich der Altersvorsorgeprodukte gibt es aber dort, wo der Staat Fördermittel zur Verfügung stellt. Treu dem Motto „Wer bezahlt, kann auch bestimmen, was die Kapelle spielt“, besteht hier aus meiner Sicht ein grundsätzlicher Konsens über die Sinnhaftigkeit von Maßnahmen der Produktregulierung. Inwieweit die getroffenen Regularien aus Verbrauchersicht zielführend sind, lässt sich sicherlich kontrovers diskutieren.

Damit werden auf Angebots- und Nachfrageseite die politischen Ziele nach Konsumenten- und Produzentenfreiheit durch das regulatorische Ziel des finanziellen Gläubigerschutzes in Form einer finanzwirtschaftlichen Regulierung der Anbieter flankiert. Wobei das Thema der Konsumentensouveränität und damit der Konsumenteninformation ein wichtiges verbindendes Element darstellt. Für die Diskussion über das richtige Maß an Regulierung und deren Ansatzpunkte erscheint es mir an dieser Stelle auch wichtig hervorzuheben, dass die schutzwürdigen Interessen der Versicherten gegenüber dem Versicherer zweigeteilt sind und dabei in Konkurrenz stehen. Der Versicherte ist sowohl Schuldner der Prämie - und hat als solcher ein natürliches Interesse an einer möglichst niedrigen Prämie - als auch Gläubiger der Leistung. Damit hat er ein schutzwürdiges Interesse nach einer ausreichend sicheren Kalkulation, hohen Sicherheitsmitteln und speziell bei Altersvorsorgeprodukten auch angemessenen Gewinnausschüttungen.

Dass Garantien und Sicherheit einen Preis haben, dies kann jeder im Moment bei europäischen Staatsanleihen, die vermeintlich immer als sicher galten, anschaulich nachvollziehen. Die Bereitschaft der Nachfrager, für mehr Sicherheit eine höhere Prämie oder eine geringe Rendite in Kauf zu nehmen, ist allerdings im Versicherungsmarkt, mit Ausnahme in der Rückversicherung, wenig verbreitet bzw. stößt auf großes Unverständnis.

Das Verständnis der Verbraucher zu stärken und Informationen so bereitzustellen, dass sie die Konsumentensouveränität fördern, sollte stärker in den Fokus der Aufsichtsziele bzw. des politischen Handlungsrahmens rücken. Zugleich sind die Anbieter gefordert, dem Thema Transparenz (noch) mehr Ernsthaftigkeit zu verleihen. In diesem Sinn und als einen Gedanken für die Diskussion möchte ich mit einem Zitat eines finnischen Politikers, Herrn Urho Kekkonen, enden. Er hat gesagt: „Sicherheit erreicht man nicht, indem man Zäune errichtet, Sicherheit gewinnt man, indem man Tore öffnet.“

2.1.3 Statement Roland Weber, Vorstand Debeka Versicherungen

Ich nehme die Aussage von Herrn Gatschke „Regulierung ist ein dynamischer Prozess“ auf und sage ergänzend: „Die Regulierung ist eine Antwort auf die Deregulierung“. Die Politik bewegt sich in Zyklen. Wir hatten in den 80er Jahren ausgehend von den USA und von England - wir denken an Thatcher und Reagan, Milton Friedman und Alan Greenspan - eine Deregulierung der Finanzmärkte, die noch unterstützt wurde durch den Zusammenbruch des konkurrierenden Wirtschaftssystems. Damals war die Auffassung verbreitet: Der Markt kann alles! Das hat uns die Deregulierung gebracht, und negative Konsequenzen der Deregulierung führten beispielsweise zu einer unübersichtlichen Produktvielfalt im Finanzdienstleistungsbereich, sie führte zu Marktabstürzen in den vergangenen 10 Jahren und sie führte schließlich dazu, dass wir nun den Eindruck haben, wir bräuchten mehr Regulierung.

Jetzt hat uns das Versicherungsvertragsgesetz mehr Regulierung gebracht. Sie, Herr Gatschke, hatten die Riester-Verträge angesprochen. Wenn also jemand bei uns, bei einem Mitarbeiter der Debeka, ein Riester-Beratungsgespräch hat, dann bekommt der Kunde eine Beratungsdokumentation. Er bekommt dann 6 Seiten Antrag, anschließend 13 Seiten Modellrechnung, danach 6 Seiten Produktinformationsblatt. Darin steht dann z.B. auch das, was die Verbraucherschützer sich mal wünschten: „Die Wertentwicklung Ihres Vertrages unter Berücksichtigung der Kosten“. Da steht – ich lese vor „Beispielhafte angenommene Wertentwicklung ohne Abzug von Kosten: 4,8% - minus Gesamtkostenquote von 0,5% - jährliche Wertentwicklung mit Abzug von Kosten gleich 4,3%“. Die Verbraucherschützer sind aber damit nicht zufrieden und sagen, das brächte nichts. Dann habe ich anschließend 7 Seiten Allgemeine Versicherungsbedingungen, von denen ich ursprünglich mal gedacht habe, das schließe ich ab als Kunde und in 30 Jahren wird dann bei der normalen Lebensversicherung eine Kapitalzahlung fällig. Ich habe nicht gedacht, dass der Bundesgerichtshof oder das Bundesverfassungsgericht in diesen 30 Jahren fünf Mal diese Bedingungen für intransparent erklären würde und sie immer wieder verändert werden müssten. Dann habe ich hier zusätzlich 3 Seiten „Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen nach dem Altersvorsorgeverträgezertifizierungsgesetz“ und 4 Seiten Vertragsinformationen.

Das sind also insgesamt 39 Seiten. Es handelt sich um eine ganz normale Rentenversicherung, da sind keine Zusatzversicherungen dabei, sonst wird's noch ein bisschen mehr. Das liest kein Kunde durch!

Ich möchte ein anderes Beispiel nennen: Die Bedienungsanleitung für mein Auto. Sie hat über 500 Seiten, zusätzlich gibt es noch über 250 Seiten für das Navigations-Radio-Kombinationssystem. Beides hab ich nicht gelesen! Ich setze mich in mein Auto rein, fahre und vertraue ihm mein Leben an, ohne die Betriebsanleitung durchgelesen zu haben. Das liegt vielleicht ein bisschen daran, dass wir weitaus mehr Erfahrung damit haben, wie man mit Autos umgeht und weniger Erfahrung damit, wie man mit Finanzdienstleistungsprodukten umgeht.

Das ist ein Versäumnis von Schule, von Medien und der öffentlichen Wahrnehmung. In den Medien werden nur die Extremfälle dargestellt, ja selbst in den Wirtschaftssendungen um 21 Uhr, wo dann irgendwie die Versicherer die Kunden abzocken. Betrachtet man dann aber die Umfragen von Kundenmonitor Deutschland, bei denen die Debeka die Note 1,7 bekommt und deutlich besser abschneidet als beispielsweise die Autohersteller, so kann ich mich nur wundern. Das passt doch nicht zusammen!

Als ich meine Lebensversicherung vor 25 Jahren abgeschlossen habe, gab es noch keine Ratings. Es gab ein bisschen Verbraucherschutz, es gab den Bund der Versicherten mit dem damaligen Vorsitzenden Hans-Dieter Meyer. Ich will den heutigen Bund der Versicherten nicht mit Herrn Meyer in einen Topf werfen, aber schon Herr Meyer hätte mich damals davon abhalten wollen, eine Kapitallebensversicherung abzuschließen. Ich habe hier die interessante Broschüre „20 Jahre Bund der Versicherten“. Darin findet man ein paar Zitate, z.B. aus einer Fernsehdiskussion 1997 mit Dr. Michaels, dem damaligen Präsidenten des Verbandes der Versicherer, und Herrn Meyer. Meyer kritisierte die Kapitallebensversicherung und sagte, die Kunden sollten besser Fonds abschließen. Dr. Michaels sagte: „Wenn Sie einen Fonds abschließen, dann haben Sie nach 20 Jahren eventuell weniger als Sie eingezahlt haben.“ – Da würde heute jeder zustimmen! Meyer aber sagte darauf: „Sie wissen doch selbst, Herr Michaels, dass über die letzten Jahrzehnte alle Fonds Renditen von 10 % und mehr gemacht haben!“

Ich hab mich zum Glück von Herrn Meyer nicht beeinflussen lassen. Ich habe einfach geschaut, wie hoch ist die garantierte Kapitalabfindung auf den Beitrag, den ich einzahle. Das ist für mich zunächst einmal das Entscheidende. Da sind alle Kosten berücksichtigt. Zweitens habe ich mir natürlich ein bisschen angeschaut, wie ist das Unternehmen aufgestellt. Heute habe ich dazu Herrn Will. Herr Will macht ein Rating über Lebensversicherer aus Verbrauchersicht. Er untersucht, wie das Versicherungsunternehmen aufgestellt ist und wie ist das Management agiert. Er macht es nicht so wie Standard & Poors oder Fitch oder Moody's. Deren Rating interessiert mich nicht, das ist nur für einen Investor interessant! Wichtig ist natürlich auch, wie die Überschussbeteiligungspraxis des Unternehmens ist. Daran kann sich natürlich sehr schnell etwas ändern. Ich habe ein Beispiel eines Krankenversicherers vor Augen, bei dem ein neuer Vorstand berufen wurde, zwei oder drei neue Vorstandsmitglieder. Drei Monate später mussten die schon wieder gehen, vermutlich ohne dass sie größere Fehler gemacht haben. Wenn also ein Versicherungsunternehmen erfolgreich ist und traditionell ein Management hat, das über 20 Jahre hinweg kontinuierlich arbeitet, dann glaube ich, dass ich als Kunde bei dieser Gesellschaft gut aufgehoben bin. Ich glaube, ein Unternehmensrating durch Assekurata oder durch Morgen & Morgen ist wichtiger als all das, was hier in diesen 39 Seiten Verbraucherinformation drinsteht. Allein aus dem Rating von Assekurata kann man sehr viel über die Philosophie eines Unternehmens erfahren.

Nun rede ich natürlich auch als Verfechter der klassischen Kapitallebens- und Rentenversicherung. Ich halte nämlich all die kapitalmarktnahen Produkte für 80% der Bevölkerung für ungeeignet, um Altersvorsorge zu betreiben. Ich rede auch nur von Altersvorsorge, wir betreiben als Lebensversicherung bei der Debeka nur Altersvorsorge. Wir machen nicht

Renditeoptimierung, es geht nicht darum, ob man innerhalb von 5 Jahren besonders viel heraus bekommt. Wir haben keine 5+7-Modelle gemacht. Wir machen Altersvorsorge und dafür ist die Kapitallebens- und Rentenversicherung das beste Produkt!

Fondsprodukte und Aktien sind für die Leute geeignet, die schon ausreichend für das Alter vorgesorgt haben und somit den gleichen Lebensstandard haben wie im aktiven Leben. Da kann man zusätzlich, wenn man Geld übrig hat, in Aktien investieren. Die Fondsprodukte, die Versicherungsprodukte mit Fonds, dynamische Hybridprodukte, CPPI-Produkte oder Vergleichbares sind so unübersichtlich und mit so hohen Kosten belastet, dass man einem normalen Menschen dazu nicht raten kann. Wir als Debeka bieten deshalb solche Produkte auch gar nicht an. Da bringt es auch nichts, wenn man mit Chance-Risiko-Profilen stochastisch modelliert, welche Unterschiede es zwischen den Produkten gibt. Ich glaube den ganzen Modellen sowieso nicht. Spätestens nicht, nachdem ich fünf oder sechs QIS-Studien zu Solvency II mitgemacht habe und gesehen habe, dass man einmal eine Milliarde zu viel und ein andermal eine Milliarde zu wenig Eigenkapital hatte, je nachdem, wo gerade der Zins steht. Also ich glaube an diese Geschichten nicht.

Der Verbraucherschutz hat über Rechtsprechung und über Gesetzgebung erreicht, dass die Lebensversicherer heute höhere Risiken eingehen als früher. Der Verbraucherschutz findet es gut, dass wir garantierte Rückkaufwerte und die Beteiligung an den Bewertungsreserven haben. Gleichzeitig aber bestraft uns die Politik, die diese Gesetze gemacht hat, auf der anderen Seite über Solvency II für alle Risiken, die wir eingehen. Es müsste jedem klar sein, dass die Ausschüttung von Bewertungsreserven in der Niedrigzinsphase gefährlich ist für die Unternehmen und ihre Versicherten.

Es war aus heutiger Sicht ein Fehlurteil des Bundesverfassungsgerichts, das damals getroffen wurde. Ich gebe zu, die Ansätze waren richtig, man hatte bei der Umwandlung eines VVaG in eine Aktiengesellschaft die Kunden vielleicht nicht korrekt behandelt. Aber die Gesetzgebung, die damals folgte, über die sich die Verbraucherschützer sehr gefreut haben, ist kontraproduktiv für die Unternehmen und für die Verbraucher! Ich sehe darin die Janus-Köpfigkeit der Politik: Im Verbraucherschutz will die Politik möglichst viel von uns fordern, zum Beispiel Kontrahierungszwang in der Erwerbsunfähigkeitsversicherung. Andererseits verlangt die Aufsicht unendlich viel Risikokapital, das mir ja als VVaG kein Aktionär gibt und so der Kunde letztlich alles selbst zahlen muss.

Ein bisschen einig werden wir uns am Ende doch. Ich bin auch der Meinung, wenn der Staat mit Steuermitteln etwas fördert, dann kann er auch eingreifen, Rahmenbedingungen setzen. Er kann es aber auch übertreiben, wie beispielsweise im Entwurf für das neue Riester-Produkt-Informationsblatt. Da werden beispielsweise 19 Punkte aufgelistet, die in dem Produktinformationsblatt auf zwei Seiten dargestellt werden sollen. Die Auflistung der 19 Punkte im Textentwurf ist schon eineinhalb Seiten lang. D.h. sehr viel mehr als die Überschriften kann ich also nicht rein schreiben. Wie gesagt – man kann es auch übertreiben!

Wir haben im Moment die Tendenz zur Regulierung und zu der Sicht, der Verbraucher sei unmündig - anders als man es vor vielleicht 20 Jahren gesehen hat. Vor 20 Jahren war die Deregulierung eine Fehlentwicklung, heute halte ich die Regulierung teilweise für über-

trieben. Ich hab einen Satz gefunden, der aus meiner Sicht einen sehr vernünftigen Ansatz beschreibt und ich habe mich gewundert, von wem der Satz stammt. Der Satz heißt:

„Ziel des modernen Sozialstaates ist die Ermutigung zur Eigenverantwortung und Eigeninitiative, nicht die Bevormundung. Wir müssen das Verhältnis von Solidarität und Individualität ständig neu bestimmen und Freiräume für die Menschen müssen das Ergebnis sein.“ Und das stand im Wahlprogramm der SPD 1998! Und er beschreibt das Gegenteil zu der von der SPD heute geforderten Bürgerversicherung.

2.1.4 Podiumsdiskussion

Prof. Dr. Goecke eröffnet den Gedankenaustausch mit der Frage, ob der Versicherungsmarkt funktioniere und wo man ggf. eingreifen müsse.

Herr Gatschke stellt hierzu fest, dass der Markt grundsätzlich funktioniere, da der Kunde ein Produkt erhalte. Allerdings bezweifelt er, dass der Verbraucher ein gutes Produkt zum fairen Preis erhalte. Das Problem liege darin, dass der Verbraucher das Preis-Leistungsverhältnis nicht erkennen könne und sich somit auf Intermediäre verlassen müsse. Allerdings könne sich der Kunde eben nicht auf jeden Berater verlassen, vielmehr müsse er auch die Aussagen der Berater immer wieder hinterfragen.

Im Hinblick auf die Frage, wo der Staat eingreifen müsse, betont Gatschke, dass der Staat mehr fördern als regulieren solle. Allgemein sei es erforderlich, dass zum einen der informationssuchende Kunde alle wichtigen Informationen tatsächlich erhalte, und zum anderen solle auch für den Kunden mit geringem Informationsinteresse ein vertrauensvoller Kauf möglich sein.

Herr Weber beantwortet die Frage nach dem Funktionieren des Versicherungsmarktes mit einem „klaren Jein“; der Markt funktioniere zwar in manchen Fällen, aber das Problem sei, dass der Markt viel zu langsam reagiere. Falls der Markt tatsächlich funktionieren würde, so Weber, so wären die Anbieter mit einem guten Produkt zum guten Preis deutlich in der Mehrheit. Dies sei aber gerade nicht der Fall. Ursache hierfür sei, dass der Versicherungsmarkt ein Verkäufermarkt sei, in dem Versicherer mit dichten Vertriebskanälen mit mittelmäßigen Produkten Marktanteile gewinnen könnten. Allerdings sei in den letzten Jahren eine Verschiebung zu Gunsten der Anbieter mit den besten Produkten zu beobachten.

Als Beleg für einen misslungenen Eingriff des Staates führt Weber die Vorschriften zur Verbraucherinformation an, die bei einem vergleichsweise einfachen Produkt zu einer Produktinformation im Umfang von 39 Textseiten führten. Stark verkürzte Informationssysteme, wie z.B. das Ampelsystem der Verbraucherzentrale Hamburg, stellten auch keine Lösung dar; gesucht sei ein geeigneter Mittelweg. Grundsätzlich präferiere er ein Informationsmodell, das jedoch optimiert werden müsse.

Dr. Will betont, dass der Versicherungsmarkt durch Vertrauen lebe. Eine Versicherung sei ein Vertrauensgut. Damit Vertrauen möglich ist, benötigen die Kunden Sicherheit. Der Markt funktioniere hier auch durch die Regulierung, wie z.B. durch die Kapitalanlageverordnung. Es hätte bislang keine Insolvenzen im Markt gegeben, was Vertrauen schaffe und teilweise auch auf die Regulierung zurückzuführen sei. Dies belege, dass der Markt grundsätzlich funktioniere. Aber es sei festzustellen, dass innerhalb dieses Marktes nicht jeder optimal versorgt sei. Vergleiche man den Lebensversicherungsmarkt mit dem Markt der Investmentfonds, so sei die Irrtumswahrscheinlichkeit einen guten oder schlechten Fonds auszuwählen nach Ansicht von Dr. Will deutlich höher als bei Lebensversicherungsprodukten. Insgesamt, so Dr. Will, könne man feststellen, dass der Markt funktioniere, allerdings bisweilen besser, bisweilen schlechter.

Prof. Dr. Goecke richtet die Frage nach dem Funktionieren des Marktes und nach den ggf. erforderlichen Eingriffen an das Publikum.

Ein Teilnehmer aus dem Publikum sieht die Funktionsfähigkeit des Marktes durch Fehlverhalten der Vertriebe und der falschen Steuerung durch die Versicherungsunternehmen gefährdet. Er sehe sich oftmals konfrontiert mit einer Situation, bei der ein schlecht ausgebildeter Vermittler, teilweise Quereinsteiger, dem Kunden den Rückkauf einer klassischen Lebensversicherung empfehle.

Von anderer Seite wird angemerkt, dass die derzeitige Regulierung dazu geführt habe, dass der Verbraucher die bereitgestellten Informationen gar nicht mehr wahrnehme. Insofern wirke die Regulierung kontraproduktiv und behindere so das Funktionieren des Marktes.

Aus dem Publikum wird ein fehlender Standard in der Ausbildung beklagt. So gebe es im Bereich der betrieblichen Altersversorgung (bAV) ein großes Spektrum an Zertifizierungsstellen. Es könne nicht sein, dass sich jemand nach dreitägiger Ausbildung bAV-Berater nenne. Zudem reguliere der Staat falsch. Der § 3 Nr.63 EStG zwingt zu Rentenzusagen obwohl viele Arbeitnehmer eine Kapitalzahlung vorzögen. Darüber hinaus sei die Regulierung des Staates nicht immer konsistent. So sei die Portabilität von bAV-Zusagen arbeitsrechtlich möglich, jedoch fehle es an flankierenden steuerrechtlichen Regelungen. Der Markt funktioniere zwar grundsätzlich, allerdings seien Zweifel darüber angebracht, dass der Markt gut funktioniere.

Ein weiterer Teilnehmer vertritt die Auffassung, dass sich nicht die Frage nach mehr oder weniger Regulierung stelle, sondern die Frage nach besserer Regulierung. Ein Problem sei die Komplexität der Produkte. Die betriebliche Altersversorgung sei in seinen Augen ein gelungenes Beispiel der Komplexitätsreduktion: Der Arbeitnehmer müsse nicht die Qualität des Produktes prüfen, dies erledige an seiner Stelle der Arbeitgeber.

Dieser Auffassung wird von anderer Seite widersprochen; die bAV eigne sich nicht als Vorbild, denn die Arbeitgeber würden die Informationen der Vertriebe ungeprüft an die Arbeitnehmer weiter geben. Es wird die Meinung vertreten, dass der Versicherungsmarkt aus Sicht der Verbraucher nicht funktioniere; es herrsche ein Informationsdefizit beim Verbraucher bzw. der Versicherer hätte einen Informationsvorsprung.

Prof. Dr. Goecke greift die Anmerkungen aus dem Publikum auf und leitet diese ans Podium weiter. Herr Gatschke weist im Zusammenhang mit der betrieblichen Altersversorgung darauf hin, dass seiner Meinung nach entgegen der im Publikum vertretenen Auffassung hier der Markt eben nicht funktioniere. Bei der Metallrente erhalte der Arbeitnehmer ein eher mittelmäßiges Produkt, was insbesondere bei der Entgeltumwandlung problematisch sei. Er fordert für die Entgeltumwandlung eine Mitsprache des Arbeitnehmers hinsichtlich des Versicherers. Nur dann könne der Markt funktionieren.

Bezug nehmend auf das Eingangsstatement von Herrn Weber legt Herr Gatschke dar, dass ein Großteil der Informationsflut der Versicherer selbst verursacht sei, teils durch überflüssige, teils durch doppelte Informationen. Dem widerspricht Herr Weber, da zu einen unter-

nehmensspezifische Informationen nötig seien und zum anderen müssten die Unterlagen rechtssicher sein.

Eine Anmerkung aus dem Publikum zur Rolle des Vertriebs aufgreifend erwähnt Herr Gatschke das Beispiel Großbritannien; dort habe der Kunde die Wahl zwischen einer Provisionsberatung und einer Honorarberatung in Verbindung mit einem Nettotarif. Dies sei ein erster Schritt zur Transparenz. Auf der Produktebene müsse über Nettotarife nachgedacht werden. Dann hätte der Verbraucher die Wahl und könne frei entscheiden, für welches Modell er sich entscheiden möchte.

Herr Weber kritisiert den Tarifvorbehalt bei der Entgeltumwandlung. So würden im öffentlichen Dienst nur die öffentlich-rechtlichen Zusatzversorgungskassen die Entgeltumwandlung anbieten; dies sei kein funktionierender Wettbewerb. Im Hinblick auf die Qualität der Vertriebe weist Herr Weber darauf hin, dass beispielsweise die Debeka derzeit 2100 Auszubildende habe; die deutsche Versicherungswirtschaft bilde allerdings seiner Meinung nach zu wenige junge Menschen aus. Außerdem führten teilweise falsche Incentives zu Fehlsteuerungen in den Vertrieben. Den Vorschlag, nur noch Honorarberatung zu erlauben, weist Herr Weber entschieden zurück, dies würde das Problem der Altersvorsorge nicht lösen, vielmehr würde die Altersarmut zunehmen. Er plädiert für eine vernünftige Mischung der Vertriebswege.

Wenn die Verbraucher tatsächlich sich intensiv informieren und aktiv nach besten Lösungen auf dem Markt suchen würden, stellt Dr. Will fest, dann würde der Markt zu anderen Lösungen gezwungen sein und diese auch anbieten. Tatsächlich aber sei das derzeitige Konsumenteninteresse eher gering. So könnten sich einige Anbieter bequem einrichten - zumindest gelte dies für die Vergangenheit. Der Verdrängungswettbewerb um den einzelnen Kunden werde größer, gleichzeitig sinke die Bereitschaft der Kunden, sich mit dem Thema Altersversorgung zu beschäftigen; dies zwingt die Versicherer nicht nur zu verkaufen, sondern auch solide zu beraten. Nach Auffassung von Herrn Dr. Will werde derzeit auf dem Markt die laufenden Betreuung und Beratung der Kunden vernachlässigt. Die Vertriebe seien zu stark auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses fokussiert und weniger an einer laufenden guten Betreuung interessiert. Er kritisiert zudem, dass die Provisionen eher nach der „Tragfähigkeit“ der Produkte als nach dem tatsächlichen Beratungsaufwand bemessen würden.

Herr Gatschke weist auf eine Auswertung des Bundesfinanzministeriums hin. Danach mussten in sehr vielen Fällen Riester-Zulagen wegen unzureichender Eigenbeiträge zurückgefordert werden. Dies bestätige die Aussage von Herrn Dr. Will, dass nämlich die laufende Beratung unzureichend sei. Er plädiert dafür, dass man von der bisher üblichen Abschlussvergütung auf eine laufende Vergütung übergehen müsse.

Zum Schluss der Diskussion fasst Prof. Dr. Goecke die Konsenspunkte der Diskussion zusammen: Es bestehe Konsens darin,

dass der Markt zwar funktioniere, jedoch nur suboptimal,

dass der Grundsatz gelte: „Wer zahlt, bestimmt!“, dass also der Staat in besonderer Weise in die geförderten Produkte eingreifen dürfe,

dass viel intensiver daran gearbeitet werden müsse, die *richtigen* Informationen an die *richtigen* Adressaten zu bringen.

Schließlich stellt Prof. Goecke eine überwiegende Zustimmung zur Forderung nach „besserer Regulierung statt mehr Regulierung“ fest.

Zum Abschluss der Diskussion bedankt sich Prof. Goecke bei den Referenten und beim Publikum für die rege Teilnahme an der Diskussion.

2.2 Arbeitsgruppe Krankenversicherung

„(Wann) Kommt die Bürgerversicherung?“ Leitung Christian Frenzel, VVB

2.2.1 Statement Dr. Volker Leienbach, Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Die „Bürgerversicherung“: Anspruch und Wirklichkeit einer politischen Idee

Andrea Nahles hat Recht: Das deutsche Gesundheitswesen gehöre „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 „eines 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.“

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 leistungsbe- grenzenden 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 am- bulanten 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 „Bürgerversicherung“ weitet das sogenannte Umlageverfahren auf alle Men- schen 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 ver- zehnfacht: auf über 15 Milliarden Euro im laufenden Jahr. Und mit der zunehmenden Alte- rung 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 Gesundheitsökonomien haben errechnet, dass der Bei- tragsatz in der GKV genau aus diesem Grund in den kommenden Jahrzehnten explodieren wird. Je nach Prognose-Institut könnte der Beitragsatz von heute 15,5 auf bis zu 30 Prozent im Jahr 2050 ansteigen.

Während heute zumindest die Privatversicherten – immerhin rund 10 Prozent aller Versi- cherten – für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten vorsorgen, würden sie in einer „Bürgerversicherungs“-Welt ebenfalls in das Umlagesystem gezwungen. In der Folge wür- de 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 Kon- zepten 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 Beitragsbemessungs- grenze komplett abschaffen. Heute müssen Arbeitnehmer und Arbeitgeber bis zu einem Einkommen von 44.550 Euro (ab 2012: 45.900 Euro) Beiträge an die Gesetzliche Kranken- versicherung 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 Lufthansa 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 SPD-Modell 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 Überdross 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 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 Beihilfeberechtigten. 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 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 Privatschatulle 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 Zwangsmitgliedschaft, 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 kaputtmacht, handelt ausgesprochen kurz-sichtig 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. Ver-

lierer wären nicht nur die rund Millionen Privatversicherten. (Übrigens fast genauso viele Menschen, wie die SPD bei der letzten Bundestagswahl Stimmen erhalten hat.) Verlierer wären alle Menschen in Deutschland.

2.2.2 Statement Armin Lang, Sozialexperte der SPD

2. Statement Bürgerversicherung: Armin Lang - SPD

1. Im gesamten Krankenversicherungssystem besteht Reformbedarf – PKV und GKV sind beide in einer problematischen Situation
2. Der Gesetzgeber muss einen umfassenden, solidarischen Schutz der gesamten Bevölkerung sicherstellen
3. Umfragen zeigen: Die Bevölkerung will mehr Solidarität und Gerechtigkeit im Krankenversicherungssystem
4. Wir wollen keine Einheitsversicherung, sondern ein wettbewerbliches, gegliedertes Krankenversicherungssystem mit gleichem Rahmenbedingungen für alle Anbieter und alle Versicherten
5. Die Bürgerversicherung richtet sich nicht gegen jemanden, sondern ist eine Reform zur Sicherung der Krankenversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger



Abbildung 5: Statement zur Bürgerversicherung, Armin Lang (SPD)

2.2.3 Podiumsdiskussion

In der Arbeitsgruppe Krankenversicherung wurde kontrovers zwischen den Experten aus Wissenschaft und Praxis auf dem 16. Kölner Versicherungssymposium des Instituts für Versicherungswesen (IVW) über die Einflüsse des Staates auf die Versicherungsbranche diskutiert. Das Thema „(Wann) Kommt die Bürgerversicherung?“ brachte wenig Konsens in der Diskussion um die Zukunft der Privaten Krankenversicherung (PKV). Hier schienen die Positionen der Kontrahenten Dr. Volker Leienbach vom Verband der Privaten Krankenversicherer und Armin Lang als SPD Sozialexperte festgezurr.

Die Bürgerversicherung wurde energisch von Leienbach abgelehnt und von Lang gefordert. Hierzu wurde von Lang das neue reformierte Bürgerversicherungskonzept der SPD – welches gerade eine Woche alt war – in den Schwerpunkten präsentiert. Für die PKV Versicherten würde das bedeuten, dass nach den Plänen der SPD drei Wahlrechte nach der Einführung der Bürgerversicherung beständen. Erstens, die Versicherten blieben vollversichert bei ihrem aktuellen PKV Versicherungsunternehmen. Zweitens, der Versicherte wechselt in die Bürgerversicherung des gleichen PKV Unternehmens oder eines anderen PKV Unternehmens seiner Wahl. Und Drittens, er wechselt in die Bürgerversicherung eines GKV Unternehmens.

Nach der Einführung der Bürgerversicherung – wonach es nach Lang nach der nächsten Bundestagswahl keine Alternative geben wird – müssten nach Meinung von Lang beide Krankenversicherungssysteme reformiert werden.

Nach Ansicht von Leienbach steuert die SPD Gesundheitspolitik hier auf eine verdeckte Verschuldung zu und löse das Demografie-Problem in keiner Weise. Vollkommen unklar sei, was mit den Alterungsrückstellungen der PKV geschehen soll. Die SPD fordere eine Mitnahme der Alterungsrückstellung "im Rahmen der Verfassungsmäßigkeit". Abschaffen möchte die SPD die Zwei-Klassen-Medizin. Daher soll es nur ein Vergütungssystem für Ärzte geben.

In der Diskussion empfindet Lang das heute vorhandene System als „gar nicht so schlecht“ und spricht davon, dass in Deutschland auf einem sehr hohen Niveau gejammert wird. In diesem Punkt sind sich sowohl Herr Lang als auch Herr Dr. Leienbach einig.

Laut Lang liegt das Problem darin, dass man für die PKV neue und vor allem mehr Steuerungsinstrumente einführen muss, um das Problem des Strukturwandels in Hinblick auf die demographische Entwicklung in Deutschland aufzufangen. Die PKV sei unsolidarisch, da ab bestimmten Einkommenshöhen die jeweiligen Versicherten in die PKV „flüchten“ würden. Leienbach widersprach an diesem Punkt und zeigte auf, dass ca. 70 % der PKV-Versicherten unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze verdienen würden.

Interessant war der Punkt, dass sich beide Referenten im Hinblick auf die Zufriedenheit der PKV-Versicherten auf verschiedene Studien mit scheinbar unterschiedlichem Tenor aus dem Institut Allensbach bezogen.

Über die strittige Frage einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze für Arbeitgeber meinte Lang, dass man als Volkspartei nicht nur an die 10 % der PKV-Versicherten denken könne. Die GKV bräuchte mehr Freiheiten und mehr Geld, dieses solle durch den Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze für den Arbeitgeberanteil in die Kassen fließen. Anders als die Grünen, die nur eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze fordern würden.

Die steuerfinanzierten Gesundheitssysteme in Europa seien nicht besser. Andere Einkünfte wären in Zukunft wesentlich mehr an Bedeutung gewinnen. Die SPD möchte z.B. auch die Einkünfte aus Kapitalvermögen in die Berechnung mit einbeziehen, eine Einbeziehung der Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sei indes nicht mehr gewollt. Als Beispiel wurde eine alleinstehende Rentnerin genannt, die eine Einliegerwohnung an ihren Enkel vermietet und die Mieteinnahmen dringend zum Leben benötigt“.

Leienbach bestärkte, dass die Bürgerversicherung und Wettbewerb nicht zusammen passen. Die Bürgerversicherung will Gleichheit unter allen und Wettbewerb bedeutet Unterschied. Weiterhin finanzieren die PKV-Versicherten die GKV über ihre Steuer mit und haben damit eine Doppelbelastung.

Auch in Zukunft soll es im Gesundheitssystem nur einen Gestaltungsrahmen geben, in dessen Grenzen sich alle Akteure „so weit als möglich“ frei bewegen könnten, so Lang.

Der Staat müsse allerdings immer dann einschreiten, wenn es viele Alte, Kranke und Schwache gebe. Denjenigen denen es gut geht, die brauchen natürlich keinen staatlichen Einfluss. Wo genau die Grenze für staatlichen Einfluss in Zukunft liegen soll, müsse von „Fall zu Fall austariert“ werden.

Konsens wurde erzielt, dass ein Wettbewerb auch in Zukunft stattfinden sollte. Hier sei auch an die vielen Arbeitsplätze bei den PKV-Unternehmen zu denken.

In der abschließenden Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppen meinte der verantwortliche Vorstand für die Personenversicherung der Debeka Versicherungsgruppe Roland Weber: "Dann müssten die gleichen steuerlichen und rechtlichen Voraussetzungen für die privaten Anbieter gelten".

Erkennbare Herausforderungen und Anforderungen für die Zukunft sind beispielsweise, dass

- alle Systeme mehr Steuerungsinstrumente und Vertragskompetenzen möchten
- für die Finanzierung der GKV die Lohnsummenabhängigkeit reduziert werden muss
- eine Bürgerversicherung den Wettbewerb beinhalten soll, nur über die Ausprägung besteht Uneinigkeit
- eine Generationensolidarität das Ziel sein muss.

2.3 Arbeitsgruppe Pflegeversicherung

Pflicht zur Pflege-Zusatzversicherung – Fluch oder Segen? Leitung Prof. Dr. Detlev Rüdiger, Institut für Versicherungswesen, FH Köln

Die steigende Lebenserwartung und die rückläufige Geburtenrate werden in Deutschland zu einem dramatischen Anstieg des Anteils der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung führen. Im Jahr 2050 wird er voraussichtlich bei über 60 Prozent liegen. Diese Entwicklung hin zu einer älter werdenden Bevölkerung bedeutet auch einen drastischen Anstieg an Pflegebedürftigen. Nach einer Prognose des Statistischen Bundesamts wird die Anzahl der Pflegebedürftigen von 2010 auf 2030 um eine Million Menschen auf 3,4 Millionen ansteigen. Andererseits steigt damit ebenfalls die Gefahr, nicht über ausreichend Pflegekräfte zu verfügen.

In Deutschland gibt es seit 1995 eine Pflegepflichtversicherung, welche als Umlageverfahren konzipiert ist. Doch ist ein Umlageverfahren bei einer älter werdenden Bevölkerung überhaupt noch finanzierbar? Schon jetzt deckt die Pflegepflichtversicherung nur einen Teil der notwendigen Leistungen ab. Eine Möglichkeit, sich für einen zukünftigen Pflegefall ausreichend abzusichern und damit einer möglichen Altersarmut vorzubeugen, bietet eine private Pflegezusatzversicherung. Obwohl die Befürchtung, im Alter krank und pflegebedürftig zu werden, in Umfragen im Jahr 2009 immerhin den fünften Platz unter den größten Ängsten belegt hat, ist die Nachfrage in Deutschland unverändert sehr gering. Dass dies im Ausland – wenngleich aus völlig unterschiedlichen Gründen – ganz anders sein kann, zeigt ein Blick auf die Pflegeversicherungsmärkte im Nachbarland Frankreich, sowie in den größten Pflegeversicherungsmärkten, USA und Israel.

Die Langfristigkeit und die damit verbundenen Unwägbarkeiten der jeweiligen Finanzierungsmodelle legen den Schluss nahe, dass eine Verteilung auf unterschiedliche Risikoträger sehr sinnvoll ist. Obwohl grundsätzlich eine freiwillige Lösung immer vorzuziehen ist, kann die Situation zu der Erkenntnis führen, dass eine Pflicht zur Zusatzversicherung weder Fluch noch Segen, sondern eher eine Notwendigkeit ist.

2.3.1 Statement Eva Christina Scharbatke, Junge Liberale, FDP

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist in der aktuellen Form langfristig unfinanzierbar. Selbst unter Beibehaltung des relativ niedrigen Leistungsniveaus kommen durch die Umlagefinanzierung Belastungen auf die junge Generation zu, die diese nicht stemmen können wird. Die gesetzliche Pflegeversicherung kann dabei nicht isoliert beurteilt, sondern sie muss als ein Anteil der sozialen Sicherungssysteme betrachtet werden. Schon die Finanzierung der Renten sowie der Krankenversicherung werden auf dem aktuellen Leistungsniveau in den kommenden Jahrzehnten nur schwierig möglich sein vor dem Hintergrund der sich verändernden Altersstruktur der Bevölkerung.

Spätestens seit den öffentlichen Debatten um die effektiven Rentenkürzungen des vergangenen Jahrzehnts wird jedem bekannt sein, dass in den kommenden Jahrzehnten weniger Arbeitnehmer mehr Rentner versorgen werden müssen. Ebenfalls bekannt ist die prinzipiell erfreuliche Steigerung der Lebenserwartung in Deutschland.

Die Zahlen, die das Statistische Bundesamt (2009) bei der Bevölkerungsprojektion liefert sind alarmierend. So ist zu erwarten, dass der Anteil der Erwerbsbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten von etwa zwei Dritteln auf etwa fünfzig Prozent zurückgeht. Gleichzeitig steigt der Anteil der Alten deutlich an. Die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, klettert dabei ab dem achtzigsten Lebensjahr auf über 25%. Dieser Umstand wird durch den medizinischen Fortschritt wahrscheinlich nicht positiv beeinflusst werden können. Deswegen ist es umso bedenklicher, dass der Anteil der Achtzigjährigen zwischen 2008 und 2060 von 5% auf 14% steigen wird.

Damit ist der Infarkt der Pflegeversicherung praktisch vorgezeichnet. Die bisherigen Erfahrungen geben wenig Anlass zur Hoffnung. Seitdem die Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 eingeführt wurde, konnte nur in der Hälfte der Jahre ein Überschuss erwirtschaftet werden. Das ist insbesondere deswegen alarmierend, weil bisher erst relativ wenige Ansprüche an die Pflegeversicherung entstanden sind und sich somit die Finanzsituation deutlich verschärfen wird.

So musste der Beitragssatz bereits zum 1. Juli 2008 von 1,7% des Bruttoeinkommens auf 1,95% angehoben werden. Bei kinderlosen Beitragszahlern stieg der Satz von 1,95% auf 2,2%. Nur dadurch konnte vermieden werden, dass die Pflegeversicherung weiterhin defizitär wirtschaftet. Bedenkt man, dass auch die anderen umlagefinanzierten Sozialsysteme von der demographischen Entwicklung betroffen sind, so ist zu erwarten, dass dieses System auf Dauer nicht tragfähig ist.

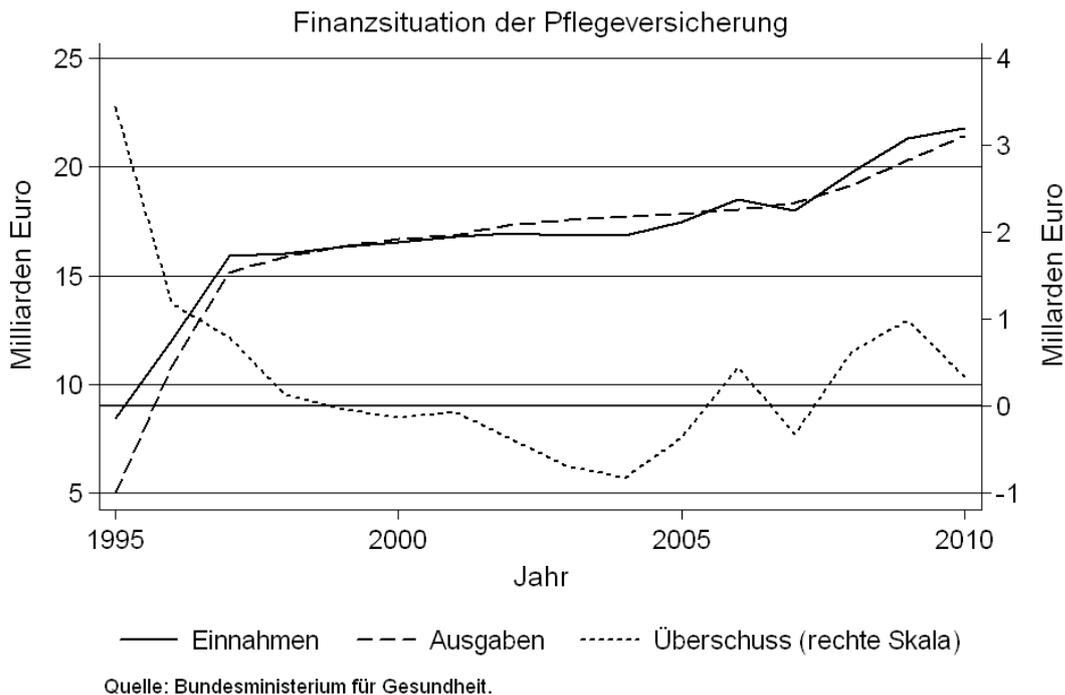


Abbildung 6: Finanzsituation der Pflegeversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung wird somit erstens durch den steigenden Anteil pflegebedürftiger Menschen an der Gesamtbevölkerung und zweitens durch steigende Kosten für diese Pflege selbst belastet. Besonders pervers ist es überdies, die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung an das Arbeitseinkommen zu koppeln, was letztlich keinerlei Bezug zu einem versicherungsäquivalenten Beitragssatz darstellt.

Hinzu kommt der zunehmende Anteil allein lebender Menschen. Nicht nur verwitwete Frauen werden zukünftig im Alter auf außerfamiliäre Hilfe angewiesen sein, sondern immer mehr Menschen, die nie in einer festen Partnerschaft gelebt haben, oder keine eigenen Kinder haben kommen ins Rentenalter. Selbst diejenigen, die Kinder großgezogen haben, können angesichts sich verändernder Lebensumstände nicht mehr sicher im Alter mit häuslicher Pflege durch diese Kinder rechnen.

Auf die heute unter 35jährigen kommen ganz ungeheure Belastungen zu. Sie sehen sich mit einem sinkenden Wirtschaftswachstum und strukturell hoher Arbeitslosigkeit, heterogenen Erwerbsbiographien und stagnierender Lohnentwicklung konfrontiert. Trotz dieser wirtschaftlich schwierigen Situation müssen eben jene heute unter 35jährigen in Unterzahl ihre Eltern- und Großelterngeneration im Umlageverfahren finanzieren. Das betrifft neben der Rente die gesetzliche Pflegeversicherung und drastisch steigende Ausgaben der Krankenversicherungen. Diese Situation ist seit den 80er Jahren bekannt und wurde von damaligen Politikern jedweder Partei mehr oder weniger wissentlich ignoriert.

Auch 2011 ist die politische Debatte von Nebelkerzen und Falschdarstellungen dominiert. Die Aufklärung der Bevölkerung durch die Medienvertreter lässt weitgehend zu wünschen übrig. Als kürzlich am 02. Oktober 2011 Günther Jauch in seiner neu geschaffenen politi-

schen Talkrunde ankündigte, die Frage nach der Bezahlbarkeit des Rentensystems zu stellen („Alte an die Arbeit! Können wir uns Rentner überhaupt noch leisten?“), wurde in der Sendung selbst eben diese Frage ignoriert und die Redaktion kaprizierte sich auf ein mögliches System freiwilliger Seniorenhilfe im Alltag. Als Botschaft musste der arglose Zuschauer mitnehmen, dass schon alles in Ordnung kommt, wenn wir ab und zu einander ein paar Wasserkästen aus dem Supermarkt mitbringen.

Das Gegenteil ist der Fall. Die Finanzierung der Sozialsysteme muss zügig auf solide Füße gestellt werden. Wir werden zudem nicht umhin kommen, die Umverteilung von jung nach alt einzuschränken, um nicht jede Bewegungsfreiheit der nachkommenden Generationen zu ersticken. Am Beispiel der gesetzlichen Pflegeversicherung bedeutet das, dass wir eine Umstellung der Finanzierung von einer reinen Umlagefinanzierung zu einer möglichst vollständigen Kapitaldeckung anstreben müssen. Es bedeutet zudem, dass die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung auch weiterhin im Einzelfall nicht kostendeckend, sondern stets budgetiert sein werden.

Als Junge Liberale fordern wir daher Politik und Medien auf, über die bereits heute existierende Finanzierungslücke bei der Pflege im Alter aufzuklären. Wer im Pflegefall weder Sozialhilfe beanspruchen noch sein Vermögen für Pflegeleistungen aufbrauchen möchte, sollte sich Gedanken über eine kapitalgedeckte Pflegezusatzversicherung machen. Eine verpflichtende Zusatzversicherung im Sinne einer weiteren Ausdehnung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung lehnen wir jedoch ab. Die Möglichkeit, den eigenen Vermögensaufbau und die eigenen Versicherungen selbst und nach persönlichen Bedürfnissen und Vorlieben zu planen darf durch den Staat nicht noch weiter eingeschränkt werden.

Auf vehemente Ablehnung durch die Jungen Liberalen stoßen zudem sämtliche Vorschläge zur signifikanten Ausweitung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, da eine solche Ausweitung unweigerlich zu einer noch größeren finanziellen Belastung der heute jungen Generationen führt. Die gesetzliche Pflegeversicherung stellt in der aktuellen Form eine Umverteilung von Ressourcen von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zur pflegebedürftigen Rentnergeneration dar. Das ist schon deswegen nicht angemessen, weil damit allzu oft von arm nach reich umverteilt wird.

So schreibt die Bundesregierung (2008, S. V und S. 43), dass Altersarmut kein aktuelles Problem ist. Nur 2,3% der Menschen ab 65 Jahren bezogen Grundsicherung. Auch Goebel und Grabka (2011) stellen fest, dass, obwohl das Armutrisiko der Gesamtbevölkerung in den letzten 10 Jahren gestiegen ist, das Armutrisiko der Älteren unverändert blieb, nur am aktuellen Rand steigt es langsam an.

Darüber hinaus sind die Verteilungswirkungen fragwürdig: Ist die Pflegeversicherung ein geeignetes sozialpolitisches Instrument um Altersarmut zu begegnen? Pflegebedürftig zu werden ist mit Sicherheit ein Armutrisiko. Aber der Kehrschluss ist nicht richtig. Nicht jeder Pflegebedürftige ist arm. Da die Pflegeversicherung eine Versicherung ist, ist es ohnehin fragwürdig, ob eine Versicherung als Umverteilungsinstrument zu missbrauchen ist.

Letztlich sollte es jedem Bürger selbst überlassen werden, ob er sich versichern möchte. Dass der Staat den dafür notwendigen Rahmen schaffen muss, steht außer Frage. In der bisherigen Situation wird das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozialisiert, obwohl die Verteilungswirkungen bestenfalls als diffus, schlimmstenfalls als pervers zu bezeichnen sind. Nicht umsonst wird die Pflegeversicherung oft dysphemistisch als „Erbenschutzversicherung“ bezeichnet. Die aus der liberalen Sicht notwendige Nachrangigkeit des Sozialstaats ist somit nicht gegeben.

Wenn sich ein Mensch freiwillig nicht versichert, dann muss er zunächst entstehende Kosten aus seinem eigenen Vermögen bestreiten. Danach stehen auch die Mitglieder seiner Familie in der Verantwortung für diesen Menschen zu Sorgen. Der Sozialstaat sollte erst dann greifen, wenn die eigenen Mittel nicht mehr ausreichen. Wer sein Vermögen und seine Familie finanziell absichern will, muss sich versichern.

Zusammenfassend halten es die Jungen Liberalen für unausweichlich, eine Form der gesetzlichen Pflegeversicherung als Basisschutz beizubehalten etwas auf dem aktuellen Leistungsniveau. Diese sollte schnellstmöglich vom derzeitigen Umlagesystem zu einer kapitalgedeckten Finanzierung umgebaut werden. Dabei sollte das Alter der zu Versichernden als einziger Risikofaktor in die Kalkulation der zu zahlenden Sätze herangezogen werden. Unverhältnismäßig hohe Beiträge für Menschen, die bereits heute im Rentenalter sind, sollten aus Steuermitteln abgemildert werden.

Eine gesetzliche Pflicht zur Pflegezusatzversicherung kann in diesem Zusammenhang ein erster Schritt zur vollständigen Umstellung der Finanzierung der Pflegeversicherung sein. Nur in diesem Fall, wäre eine solche Pflicht zur Zusatzversicherung für uns als Anwälte der jungen Generation vertretbar. Eine schlichte Ausweitung der umlagefinanzierten gesetzlichen Pflegeversicherung hingegen empfinden wir als unverantwortliche wirtschaftliche Belastung der arbeitenden Generationen zugunsten der angesparten Vermögen heutiger Rentnerinnen und Rentner. Damit wäre mittelbar auch der Generation der über 65jährigen nicht gedient, da nur eine dynamische Volkswirtschaft mit der realistischen Möglichkeit zum sozialen Aufstieg durch Erwerbsarbeit die Mittel zur Verfügung stellen kann um auch das Rentenniveau stabil zu halten.

2.3.2 Statement Andreas Muschik, SCOR Global Life Rückversicherung Schweiz AG

Die Pflegeversicherung (PV) ist die jüngste Sozialversicherung in Deutschland. Sie deckt das Risiko, nach einem Krankheitsfall (gedeckt durch die Krankenversicherung) weiterhin auf Pflege angewiesen zu sein. Dieses Risiko liegt für den Großteil der Bevölkerung weit in der Ferne, ähnlich die eine Rentenversicherung.

Wie geht man mit der Deckung um?

- Pflegekosten kompensieren
- Pflegekosten kompensieren, doch durch ADL-Faktoren sind nicht alle Aufwendungen messbar

In Bezug auf das Thema Demographie, ist zu bemerken, dass das Luxusproblem "Lebenserwartung" steigt. Darüber hinaus hat sich die Zusammensetzung der Haushalte geändert. Dadurch wird es mehr Pflegeversicherungsbedürftige geben, doch das Geld ist nicht da!

Pflegepflichtversicherung

Zurzeit sind ca. 70 Mio. Menschen in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert. Der Einführungsgrund für die Pflegepflichtversicherung war die Reform der Haushalte (beide Ehepartner gehen arbeiten; weniger Kinder etc.). Die Einführung soll eine zusätzliche Lösung des Problems darstellen.

Pflegezusatzversicherung

Der zusätzliche Pflegebedarf lässt sich durch eine Pflegerente bei einem Lebensversicherer oder aber durch eine Pfl egetagegeldversicherung bei einem Krankenversicherer abdecken. Bei den Lebens-VR sind große Zuwächse zu verzeichnen, die allerdings im Vergleich zum Risiko gering sind.

In der Zukunft sind mehr Pflegebedürftige zu erwarten. Dies liegt zum Einen an der generell steigenden Lebenserwartung und zum Anderen an der steigenden Frauenquote in der Gesellschaft (Frauen werden älter als Männer).

Die Altersverteilung in Deutschland verschiebt sich, bis zum Jahre 2050, durch die demographische Entwicklung, von einer Pyramidenform in eine Urnen-/Dönerform. Die Folgen sind, das Existieren von überwiegend mehr älteren als jüngeren Menschen, geringer Nachwuchs und voraussichtlich ein Arbeitskräftemangel!

Zusammenfassung

Heute sind 70 Mio. Menschen durch die soziale Pflegeversicherung und 9 Mio. durch die private Pflegeversicherung abgesichert.

Nach Umfragen steigt die Angst vor Pflegebedürftigkeit.

Die Anzahl der Abdeckungen im privaten Bereich sind noch nicht ausreichend und entsprechen auch nicht dem Risiko.

Die Pflegeversicherung, ohne eine zusätzliche private Abdeckung wäre nur möglich, wenn die jeweilige Rente ausreichen würde, das ist aber nicht der Fall.

Beispiele aus anderen Ländern

Die PflegeV in Frankreich ist sehr ausgeprägt, da schon früh ein gewisses Bewusstsein in der Bevölkerung geschaffen worden ist. Die Produkte sind einfach und werden zirka zur Hälfte über die Banken vertrieben. Ein weiterer Vorteil in Frankreich ist, dass die demographische Entwicklung weniger problematisch ist, als bei uns in Deutschland. In den USA gibt es keine flächendeckende Absicherung. Viele haben keine ordentliche Vorsorge und gerade Einkommensschwache stehen meist komplett ohne Absicherung da. Allerdings gilt in den USA ähnlich wie in Frankreich, dass die demographische Entwicklung weniger problematisch ist, als bei uns in Deutschland, was in den USA gerade an der hohen Zuwanderung liegt. Die PflegeV in Israel hat eine sehr hohe Durchdringung. Früher war sie in der Krankenversicherung beinhaltet, ist dann aber rausgenommen worden, so dass man sich selber Zusatzversichern musste. Jeder zweite Israeli hat diese Zusatzversicherung. Die PflegeV in der Schweiz spielt eigentlich keine große Rolle, da das Alterseinkommen in der Schweiz so hoch ist, dass man schlicht keine Versicherung braucht.

Fazit

Die Pflege ist angekommen und viele sind sich dessen auch bewusst, allerdings fehlt auch freiwilliger Basis bis jetzt die Versicherungsdurchdringung. Die Bevölkerung erwartet vom Staat, dass er die Zusatzversicherung pusht. Es muss einen Mittelweg zwischen Grundabsicherung und möglicher Finanzierung geben. Des Weiteren muss diskutiert werden, welches Niveau wir uns leisten können und was wir am Ende haben wollen. (Was wollen wir für einen Leistungskatalog und was ist mit der Generationengerechtigkeit?)

2.3.3 Podiumsdiskussion

Scharbatke: Zur Vorbereitung auf den Vortrag habe ich ein Magazin einer unserer Vorfeldorganisationen durchgeblättert und als ich das so durchblättere und nicht gleich wegschmeißen wollte, habe ich auf der letzten Seite das Zitat gefunden „Papi warum hast du nicht vorgesorgt?“. Ich fand die Formulierung interessant. Der Vorwurf der Erbenschutzversicherung ist nicht falsch. (Einwurf aus dem Publikum: „Gibt es auch mit Mami“). Die Pflegearbeit wird zu 75% von Frauen verrichtet.

In der Politik wird über eine Pflegezusatzpflichtversicherung von der FDP und der CDU nachgedacht. Die Befürworter in der CDU sind allerdings in der Minderheit. Die FDP möchte diese allerdings nicht als Zusatz, sondern als Ersatz für die bisherige Pflegeversicherung und zwar in kapitalgedeckter Form. Wenn es nicht kapitalgedeckt ist, wirtschaftet der Staat mit dem Geld und öffentliche Haushalte wirtschaften nicht besser als Private und zusätzlich handelt es sich um eine staatliche Bevormundung. Deswegen stehen die Jungen Liberalen für eine Abschaffung des umlagefinanzierten Systems und fordern eine 100% kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung.

Bis zum Jahr 2005 waren die Jungen Liberalen für eine Rückabwicklung, dies war ab dem Zeitpunkt allerdings nicht mehr möglich, so dass man den Standpunkt änderte und ein Auslaufen fordert.

Die Pflegeversicherung ist die einzige Sozialversicherung, bei der es aufgrund ihrer kleinen Größe realistisch erscheint, auf eine 100%ige Kapitaldeckung umzusteigen.

Als Vertreter der jeweiligen Generation, sollte in der Pflegeversicherung nicht nur das pflegebedürftige Individuum betrachtet werden, sondern auch die Erben.

Eine Pflegezusatzversicherung ist unnötig, da das Armutsrisiko bei älteren Menschen geringer ist als bei Jüngeren.

Ein „Topf“, in den der Bürger, vom Staat vorgeschrieben, einzahlen muss, um das Risiko zu decken, stellt eine Bevormundung dar. Die Pflegeversicherung sollte sich besser kapitalgedeckt finanzieren, wobei die FDP immer von einem Durchschnittsverdiener ausgeht. Am besten wäre es, wenn sich jeder Bürger privat versichern würde, aber das ist leider nicht möglich. Der Staat aber sollte nicht den Jungen in die „Tasche“ greifen, um das Vermögen der Alten zu retten.

Die Pflegeversicherung kommt einer budgetierten Versicherung gleich (Zusatzrente). Da jede Person altert, sollte auch jeder für sich selbst aufkommen. Dies wird aber bei manchen, weil sie andere Prioritäten haben, nie der Fall sein. Doch in unserer Solidargemeinschaft müssen wir die Armen immer mitfinanzieren.

Der medizinische Fortschritt ist in der Pflege zu vernachlässigen. In der Intensivmedizin hingegen gab es in den letzten Jahren große Verbesserungen. Dadurch erhöht man eher die Zahl der Pflegebedürftigen, da man das Leben und dadurch das Leiden verlängert.

Die Kosten, z. B. für eine Krebsbehandlung, sind in Deutschland durch die Krankenversicherung gedeckt und müssen nicht privat getragen werden. In den USA, wo vieles von den

privaten Haushalten getragen werden muss, kostet eine Krebsbehandlung 300.000 USD und ist somit kaum zu decken. Oft folgt auf eine schwere Krankheit die Pflegebedürftigkeit.

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe drei, welche im Durchschnitt drei Jahre dauert, kostet in Deutschland 100.000 Euro. Das kann kaum jemand selber tragen. Daher nimmt man den Jungen alles, um die Alten (Familie) zu pflegen. Eine solche Pflicht ist nicht gerecht. In der Schweiz ist das anders, da die Renten dort viel höher sind, ist man für einen solchen Pflegefall selbst abgesichert.

Fazit: Perspektivisch brauchen wir in der PflegeV eine komplette Kapitaldeckung zur "Pflicht der Versicherung".

Prof. Rüdiger: Die zwei Vorträge kann man m.E. wie folgt zusammenfassen: Herr Muschik plädiert für die Notwendigkeit einer Pflegeversicherung sowie eine zusätzliche Absicherung. Frau Schabatke plädiert mindestens für die Einhaltung der Generationengerechtigkeit.

Ende 1994 wurde das Pflichtversicherungsgesetz verabschiedet. Es war die Frage im Raum: „Wie kann man die Älteren pflegen, wenn die Haushalte immer kleiner werden und die Anzahl der erwerbstätigen Frauen steigt?“ Außerdem waren 80% der damals im Heim Pflegebedürftigen von der Sozialhilfe abhängig. Im Jahre 2008 waren es ca. 2,3 Mio. Pflegebedürftige. Ein besonderes Problem stellten 40% dieser Pflegebedürftigen dar. Sie bezogen Sozialhilfe. Die Sozialhilfe hat für den Bereich Pflege in 2008 3 Mrd. € ausgegeben.

In 2009 gab es 1,5 Mio. zusätzliche Absicherungen im Bereich Pflege. Wenn es diejenigen sind, die letztendlich pflegebedürftig werden, hat man die Diskussion nicht. Die Ausgaben der Pflegeversicherung lagen bei ca. 19 Mrd. €, es waren also 3 Mrd. € zu wenig.

In 2020 werden wir 2,9 Mio. Pflegebedürftige haben, das sind ca. 500.000 mehr. Sind diese bereits in der zusätzlichen Absicherung? War die Einführung der Pflicht richtig? Ist diese richtig ausgestaltet? Bspw. benötigen Demenzkranke eine dauerhafte Betreuung, wobei die Absicherung durch eine Pflegerente (von Herr Muschik aufgeführt) nicht ausreichen würde.

Ludzoweit kritisiert die Ungerechtigkeiten durch die Pflegepflicht. Familien mit Kindern haben bereits erhebliche Kosten und tragen zur ihrer Absicherung im Pflegefall bei. Es zahlen nicht alle in die Pflegekasse ein. Die Pflege lastet somit auf den Schultern der Arbeitnehmer. Vielen Pflegebedürftigen wird trotz Vermögen eine Pflegestufe zugewiesen.

Prof Rüdiger: Familien mit Kindern erhalten keinen Bonus in Bezug auf den Pflegebeitrag. Es erfolgt der Hinweis auf das Versicherungsprinzip. Hierbei erlangt man immer einen Anspruch der Höhe nach. Es wird nicht unterschieden, ob man vermögend ist, da der Versicherte Beiträge geleistet hat und somit einen Anspruch auf Leistung besitzt.

Ludzoweit: Es gibt auch Ungerechtigkeiten für andere Gruppen. Beitragszahler müssen Hartz IV tragen, dadurch werden Personen belastet, die mehr bezahlt haben.

Scharbatke: Sie vermischen viele Sachen. ALG 2 dient in Deutschland der Grundsicherung. Das unterscheidet uns in Europa von Teilen des Rests der Welt. Darum ist es in Deutschland grundsätzlich so, dass ich nichts machen muss, z.B. keinen Schulabschluss habe und

nicht arbeiten gehe und trotzdem nicht verhungern muss. Das können Sie ideologisch in Frage stellen, ist aber eine Tatsache.

Prof. Rüdiger: Sie müssen weitere Aspekte betrachten. In der Pflegeversicherung herrscht das individuelle Äquivalenzprinzip. Derjenige, der pflegebedürftig ist, bekommt im Falle des Versicherungsfalles auch etwas raus, aber natürlich bekommt nicht jeder das was er bezahlt hat. Wenn z.B. 5 Leute einzahlen bekommt am Ende einer von ihnen alles ausgezahlt.

Muschik: Ein Beispiel aus der KFZ-Versicherung. Wenn ich 50 Jahre unfallfrei gefahren bin, ärgere ich mich auch, dass ich die Versicherung bezahlt habe und nie eine Leistung bekommen habe. Aber ich hab das Risiko abgesichert.

Wo unterscheiden Sie zwischen Jünger und Älter? Ein Mensch, der am Schreibtisch arbeitet, hat z.B. zwischen 25 und 75 die gleiche Leistungsfähigkeit.

Es müssen grundlegende Dinge geklärt werden. Der Vorteil bei dem kapitalgedeckten Modell ist natürlich, dass ich mit dem Geld wirtschaften kann. Hat man ein ausschließlich umlagefinanziertes Modell, verschwindet das Geld im Topf.

Prof. Rüdiger: Reden wir von der Grundsicherung. Wie sind Ihre Standpunkte, kapitalgedeckt oder umlagefinanziert?

Ludzoweit: Kapitalgedeckt, für jeden selber.

Prof. Axer: Kapitalgedeckt.

Besche: Kapitalgedeckt, es ist allerdings die Frage, ob das realistisch ist.

Muschik: Mein Wunsch wäre ein kapitalgedecktes und umlagefinanziertes System.

Prof. Rüdiger: Wann ist umlagefinanziert bzw. kapitalgedeckt sinnvoll? Indien würde sich niemals Gedanken über ein kapitalgedecktes System machen. Die UNO schlägt grundsätzlich ein gemischtes System vor, weil beide Verfahren Vor- und Nachteile haben.

Besche: Ein Gegner von Kapitaldeckung würde bei heutiger Marktlage "Nein" sagen zur Kapitaldeckung.

Prof. Rüdiger: Wie gestaltet man das Thema Kapitaldeckung in der PKV und GKV?

Scharbatke: In der Pflege ist es realisierbar, da diese viel kleiner ist.

Muschik: Stellt den Wert der Kapitaldeckung in Frage, wenn der Staat die Anlage vorschreibt. Die Basis wäre ein Umlageverfahren, aber es sollte so viel wie möglich aus der Kapitaldeckung kommen, wie in der Schweiz.

Das Risiko der Pflege hat sich stark flächendeckend realisiert. Es sind 2 Töpfe notwendig. Die Kosten müssen aus dem jeweilig zugehörigen Topf entnommen werden und nicht übergreifend. Ein System, wie in der Sozialhilfe ist nicht richtig.

Prof. Rüdiger: Muss es eine Pflegezusatzversicherung geben? Wie soll diese ausgestaltet werden? Pflicht oder nicht?

Prof. Axer: Selbst in solch einem System kann es möglich sein auszustiegen.

Prof. Rüdiger: Ist Pflicht bei Pflegezusatz notwendig? Mit dem Sozialhilfesystem in Deutschland tritt immer jemand für die Kosten ein. Es gibt keine Person ohne Geld.

Scharbatke: Aus diesem Grund ist auch die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung notwendig. Es gibt immer Jemanden, der behandelt werden muss. Ärzte behandeln oft, auch wenn der Patient nicht krankenversichert ist.

Muschik: Ein Argument zur Versicherungspflicht wäre die Einstellung der Bevölkerung "Der Staat zahlt doch eh". Es wurden schon in der Vergangenheit Angebote von privaten Versicherungsunternehmen gemacht, um das Pflegefallrisiko abzusichern. Diese wurden nicht angenommen.

Prof. Rüdiger: Die freiwillige Pflegeversicherung war früher allerdings unbezahlbar. Das Bewusstsein bei den Menschen für das Pflegefallrisiko ist verstärkt.

Besche: Wegen der Möglichkeit zur Sozialhilfe, geht es nicht ohne eine Pflicht, trotz steigendem Bewusstsein.

Ludzoweit: Heutzutage hat man auch weniger Geld zur Verfügung

Prof. Axer: Da es immer Menschen gibt, die nicht vorsorgen, sondern alles konsumieren, geht es nicht ohne Pflicht.

Muschik: Ich sehe es nicht so extrem wie Herr Axer, aber es ist einfach so, dass die jungen Leute es zu lange vor sich herschieben, oder die Meinung haben, dass der Staat sich schon kümmern wird. Daher braucht man die Pflicht.

Prof. Axer: Ja ich meinte auch nicht, dass es böser Wille von den jungen Leuten ist, der Mallorca Urlaub ist ja auch okay, aber man muss halt auch vorsorgen.

Prof. Rüdiger: Also wäre eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung wünschenswert. Derzeit gibt es 1,5 Millionen Pflegezusatzversicherungen in Deutschland. Rösler wollte bis Ende 2010 eine Pflicht, ist dann aber davon abgewichen. Seehofer neigt auch zur Pflicht. Frau Scharbartke, was sind Ihre Erfahrungen zum Thema Pflege und Demenz?

Scharbartke: Bei der Beurteilung der Pflegestufe tritt häufig das Problem auf, dass die Menschen nach Ihren körperlichen Beeinträchtigungen beurteilt werden. Ein Demenzkranker kann beispielsweise sich noch waschen, wenn man ihm das sagt, aber dennoch benötigt er eine 24 Stundenbetreuung.

Prof. Rüdiger: Eine Anleitung zur Prüfung gibt es, aber es mag sein, dass diese nicht immer eingesetzt wird.

Scharbatke: Ich sehe auch eine Gefahr beim Auszahlen von Pflegegeld. Pflegegeld wird z.B. an die Schwiegertochter ausgezahlt um den Schwiegervater zu pflegen. Hier besteht eine Mitnahmegefahr.

Prof. Rüdiger: 1995 wurde das Pflegegeld eingerichtet. Als Konsequenz dessen ging die Erwerbstätigkeit im Osten runter. Das Pflegegeld hält Frauen zu Hause, um Angehörige zu pflegen, weil Pflegepersonal teurer ist.

Scharbatke: Außerdem stellt sich die Frage, ob man die Schwiegermutter wirklich ins Heim schicken möchte. Es ist die Aufgabe des Staates, Familienmitglieder zu Hause zu pflegen. Im Idealbild macht die komplette Kapitaldeckung keinen Sinn. Dies spricht für eine Pflegezusatzversicherungspflicht, aber nur wenn diese als Einstieg für das Kapitaldeckungssystem dient und nicht für immer.

Teilnehmerin: Wie viel Kapazität kann eine Zusatzversicherung bei steigenden Kennzahlen haben?

Prof. Rüdiger: Man muss dynamisieren. Bei Kapitaldeckung muss es sich auch der 70-jährige leisten können und das könnte er nicht. Und was ist mit den jetzt schon Pflegebedürftigen, versichert man die auch noch? Das ist nicht kalkulierbar.

Besche: Der Beitrag lässt sich "gerecht" ermitteln, wenn man ganze Kollektive hat, über das Umlageverfahren. Die Kapitaldeckung hat sich bei vielen Unternehmen ausfinanziert. Ein 100jähriger müsste 800€ mtl. zahlen, wenn er nicht pflegebedürftig ist.

Prof. Rüdiger: Die Durchschnittsrente bei Männern liegt bei ca. 800€! Neues Thema: Wie kann man Umlageverfahren in kapitalgedecktes System umwandeln?

Scharbatke: Hat man nicht das Recht, selber zu entscheiden und zu sparen? Andersherum, Vermögen muss bei Pflegefall belastet werden. Bei Pflege lässt es sich abbilden, man hat keine explodierenden Kosten. Anders als bei der Krankenversicherung.

Teilnehmerin: Es ist fraglich ob man es kann. Ansonsten würde Grundsicherung wieder notwendig sein.

Prof. Rüdiger: Es ist natürlich ein riesen Volumen, das Macht gibt.

Teilnehmerin: Schritt zur Zwangsversicherung, wenn es bei Pflege passt, dann auch bei der Krankenversicherung.

Scharbatke: Nur wenn es der Anlass zum Wechsel wäre mit Kapitaldeckung, wenn es nur oben drauf kommt auf keinen Fall.

2.4 Arbeitsgruppe Sachversicherung

Elementarschaden(pflicht)versicherung – eine Katastrophe? Leitung Prof. Dr. Dirk-Carsten Günther, Institut für Versicherungswesen, FH Köln

2.4.1 Einführung Prof. Dr. Günther: Entwicklung der Elementarschadenversicherung in Deutschland

Die Versicherung von Elementarschäden gewinnt zunehmend an Bedeutung. Aufgrund der globalen Erderwärmung und des Klimawandels wird die Häufigkeit von Naturkatastrophen weiter zunehmen, in voller Schärfe erst um die Jahrhundertwende, erste Vorboten gibt es bereits. Ferner ist im Zusammenwirken mit wachsender Erdbevölkerung und steigender Wertekonzentration ebenfalls mit einer extremen Zunahme von Intensität und Anzahl der durch Naturgefahren verursachten Schäden zu rechnen (zur Elementarschadenversicherung ausführlich Langheid/Wandt, Münchener Kommentar zum VVG, Band 1).

Eine relevante Rolle spielt dabei die Elementarschadenversicherung nicht nur für die einzelne Privatperson oder ein Unternehmen, sondern auch für den Staat. Im Falle von Naturkatastrophen hat der Staat in der Vergangenheit mehrfach die Folgen durch direkte finanzielle und sonstige Unterstützung abgefangen (Beispielsweise etwa 7 Mrd. € im „Sonderfonds Aufbauhilfe“ zur Finanzierung der Hochwasserschäden aus der Flutkatastrophe an der Elbe in 2002). Darüber hinaus ist der Staat bei Naturkatastrophen indirekt in erheblichem Maße durch Steuerausfälle betroffen.

Die schlimmsten humanitären Katastrophen ereignen sich häufig in Entwicklungs- und Schwellenländern. Gemessen an den Schadenssummen und den versicherten Schäden treten die schwerwiegendsten Ereignisse hingegen in Europa, USA, Japan und in anderen hoch industrialisierten Staaten auf, wobei starke Unterschiede aufgrund Besiedelung, Wertekonzentration und Versicherungsdichte zum Tragen kommen. Der Trend zu vermehrten Wetterextremen ist nach allgemeiner naturwissenschaftlicher Auffassung ein erstes Indiz der allmählichen eintretenden Auswirkungen des beginnenden Klimawandels. Schwerere Stürme, mehr Starkregen und damit verbunden eine tendenziell höhere Hochwassergefährdung sind auch in Deutschland zu erwarten (Münchener Rück ZfV 2008, 43).

Die Gesamtschäden des Sturms Kyrill im Januar 2007 beispielsweise beliefen sich z.B. auf etwa 7,8 Mrd. €, davon allein in Deutschland 4,2 Mrd. €. Nach den Sturmschäden sind Schäden durch Überschwemmungen die häufigsten und auch schadenintensivsten Vorkommnisse in Mitteleuropa. Die Hochwasserkatastrophe z. B. im Sommer 2002 an Elbe, Moldau, Donau und ihren Nebenflüssen verursachte europaweit volkswirtschaftliche Schäden in Höhe von 18,5 Mrd. US\$, wobei etwa 3 Mrd. US\$ versichert waren (Münchener Rück Topics 2002, Jahresrückblick Naturkatastrophen 2002, S. 2. Erdbeben sind in Mitteleuropa seltener und bislang weniger schadenintensiv. Das letzte größeren Erdbeben auf deutschem Gebiet war 1992 in der Niederrheinischen Bucht (Gesamtschaden auf deutschem und niederländischem Gebiet ca. 225 Mio. DM).

Natur- bzw. Elementargefahren

Durch die Elementarschadenversicherung soll eine kollektive Risikovorsorge gegen Schäden *durch Naturgefahren* getroffen. Elementarschäden werden danach verstanden als solche, die auf die Wirkung von Naturgewalten zurückgehen. Der VGH Baden-Württemberg (VersR 1988, 924) definiert Elementarereignisse im Sinne des Gesetzes über die Versicherung der Gebäude gegen Unwetter- und andere Elementarschäden als Ereignisse der unbeherrschten Naturgewalten, die durch ein plötzliches Auftreten und einen zeitlich überschaubaren Geschehensablauf charakterisiert sind. Ob diese Definition zum damaligen Elementarschadengesetz in Baden-Württemberg aus Zeiten der dort existierenden Monopol- und Pflichtversicherung auf die heutigen privatrechtlich ausgestalteten Versicherungsvertragsverhältnisse in allen Einzelheiten übertragbar ist, könnte zweifelhaft sein. Es wird zum Teil vertreten, dass ein „plötzliches Auftreten“ nicht mehr notwendigerweise für die Annahme eines Elementarschadens zu fordern sei (vgl. OLG Jena, Urteil vom 11.3.2009, BeckRS 2009, 09902).

Maßgeblich für die heutige Rechtslage sind die Formulierungen in den Vertragsbestimmungen (Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen, Klauseln) sowie deren Auslegung aus Sicht eines verständigen, durchschnittlichen Versicherungsnehmers. Danach ergibt sich ein uneinheitliches Bild hinsichtlich der einzelnen Elementargefahren, die auch die Frage der Abgrenzung von durch Menschenhand verursachten Schäden aufwirft. Ein vom Menschen völlig unabhängiges Wirken der Naturgefahr wird nicht (mehr) in jedem Fall gefordert. Beispielsweise gelten hinsichtlich der Verwirklichung der Elementargefahr Erdbeben ggf. auch solche an künstlich errichteten Hängen als versichert. Die Auslegung des Begriffs Elementargefahr ist somit konkret anhand der entsprechenden Definitionen des versicherten Risikos vorzunehmen.

Arten von Elementargefahren

Grundsätzlich kommen als Naturgefahren ihrem Ursprung nach atmosphärische bzw. hydrosphärische (Sturm, Sturmflut, Überschwemmung, Trockenheit, Hitze-/Kältewelle, Frost, Niederschläge, Blitzschlag, Schneedruck, Lawinen), geologische (Erdbeben, Erdsenkung, Erdbeben, Vulkanausbruch) bis hin zu kosmischen (Meteoritenabsturz, Kollisionen von Himmelskörpern) Risiken in Betracht. Die „klassischen“ Elementargefahren Sturm und Hagel sind in aller Regel über die private Hausrat- oder Wohngebäudeversicherung bzw. über eine gewerbliche Sturmversicherung abgedeckt (vgl. Münchener Rück ZfV 2008, 43). Vergleichbares gilt hinsichtlich der Risiken Blitzschlag und Frost, die im Rahmen der versicherten Gefahren Feuer bzw. Leitungswasser mitversichert werden.

Geschichte der Elementarschadenversicherung

Nachdem sich die Gebäudeversicherung infolge der Großbrände im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit entwickelt hatte, wurde diese reine Feuerversicherung im Zuge der Industrialisierung im Verlauf des 18. Jahrhunderts auf weitere Gefahren, auch Elementargefahren ausgedehnt. So erfolgte durch die Badische Gebäudeversicherungsanstalt „Brand-Assecurations-Societät“ schon 1790 eine Erweiterung auf Gebäudeschäden durch zünden-

den Blitzschlag. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden in sieben Bundesländern sowie in Westberlin insgesamt zwölf öffentlich-rechtliche Monopolversicherungsanstalten gegründet, die Sonderrechte bei der Versicherung des Gebäudebestandes besaßen (Graff, Elementarrisiken privater Haushalte, S. 76 ff).

Teilweise bestand in Deutschland bereits eine Pflichtversicherung, die in Baden- Württemberg und in Hamburg auch Elementarschäden mit umfasste. Die Badische Gebäudeversicherungsanstalt in Karlsruhe und die Württembergische Gebäudebrandversicherungsanstalt in Stuttgart führten aufgrund landesgesetzlicher Regelung 1960 die erste umfassende Elementarschadenversicherung ein, welche die Gebäudeversicherung um die Gefahren Erdbeben, Erdsenkung, Hagel, Lawinen, Schneedruck, Sturm und Überschwemmung erweiterte. 1971 wurde die Gefahr Erdbeben ergänzt. Im Rahmen der Schaffung des europäischen Versicherungsbinnenmarktes waren die Monopolversicherungsanstalten (außer hinsichtlich Sozialversicherung) zum 30.6. 1994 aufzulösen und die Verträge in privatrechtliche Form überzuleiten. Den (privaten) Versicherungsunternehmen war es bis 1991 lediglich möglich, im Rahmen der verbundenen Hausrat- bzw. Wohngebäudeversicherung die Risiken aus den Gefahren Blitzschlag, Frost, Hagel und Sturm zu versichern. Erst 1991 wurde mit Genehmigung des damaligen Bundesaufsichtsamts für Versicherungswesen die Erweiterte Elementarschadenversicherung eingeführt.

Stand der Versicherung weiterer Elementarschäden in Deutschland

Bei der Analyse der Statistiken von Naturkatastrophenschäden fällt auf, dass nach wie vor bislang dort nur ein eher geringer Teil der Schäden versichert ist. Dies liegt einerseits daran, dass bestimmte Fallkonstellationen vertragsgemäß nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind. Größtenteils besteht der Grund in einer bislang generell geringen Versicherungsdichte bei der Versicherung von Elementarschäden. Für das Elementarrisiko Sturm besteht aufgrund der üblichen Abdeckung in der Wohngebäude-, Hausrat- oder Sturmversicherung eine hohe Versicherungsdichte von etwa 85 Prozent. Dagegen ist in der erweiterten Elementarschadenversicherung bezüglich privater und gewerblicher Sachversicherungen bundesweit bisher lediglich eine durchschnittliche Versicherungsdichte von etwa 20-25 Prozent feststellbar. Es bestehen jedoch erhebliche regionale Unterschiede. Aufgrund des versicherungsgeschichtlichen Hintergrunds ist die Verbreitung in den neuen Bundesländern sowie im Gebiet des Landes Baden-Württemberg noch heute besonders hoch. Höhere Einschussquoten als bei den privaten und gewerblichen Sachversicherungen bestehen für Elementarrisiken im Bereich der industriellen Elementarschadenversicherung.

Die deutsche Versicherungswirtschaft geht davon aus, dass das bisherige Angebot von Elementarrisikoschutz sowie der bislang zur Verfügung gestellte Deckungsumfang in weiten Teilen mittelfristig auch in Zukunft bereitgestellt werden kann. Allerdings können je nach Entwicklungsverlauf gegebenenfalls Anpassungen in Bezug auf Prämien, Selbstbehalte oder vertragliche Sicherheitsobligationen erforderlich werden. Eine stärkere Rolle als bisher sollte die Prävention sowie die Schaffung und Einhaltung bestimmter Schutznormen einnehmen, z.B. Etablierung von (Früh-)Warnsystemen, Verbot des Bauens in hochwassergefährdeten Gebieten, Anpassung von DIN-Normen im Bausektor hinsichtlich

der Stabilität und Widerstandsfähigkeit von Gebäuden (Schneelast, Sturm, Überschwemmung, Erdbeben, Festigkeit bei Lawinen oder Erdsenkung), Ausweisung von Überschwemmungsgebieten usw.

Elementarschadendeckung in den neuen Bundesländern

In der DDR gab es nur eine einheitliche Versicherungsmöglichkeit in Form der „Staatlichen Versicherung der DDR“. 1990 wurde die „Deutsche Versicherungs-AG“ gegründet, die nach der Wiedervereinigung von der Allianz übernommen wurde. Letztere führt daher die Verträge im Beitrittsgebiet fort. Durch den Erwerb eines Wohngebäudes ist der Eintritt in einen solchen Altvertrag auch noch heute möglich. Die Erweiterte Haushaltsversicherung in der DDR war (bzw. ist) eine Kombination aus Hausrat-, Privathaftpflicht- und Reisegepäckversicherung, bei der Elementarschäden mitversichert sind. Auch bei der DDR-Gebäudeversicherung, die damals für Gebäudeeigentümer obligatorisch war, sind Elementarschäden, wie z.B. Überschwemmung, mit umfasst, sofern die entsprechende Zusatzvereinbarung getroffen wurde. Dies erfolgte in etwa 60 Prozent der Fälle, so dass auf dem Gebiet der DDR eine – im Vergleich zu Westdeutschland – sehr hohe Versicherungsdichte besteht. Vom Einschluss des Überschwemmungsrisikos profitierten insbesondere bei der großen Elbe-Flutkatastrophe in 2002 auf dem Gebiet der neuen Bundesländer viele Inhaber der Altverträge, die zu dieser Zeit noch rund 3 Millionen Haushalte innehatten.

Diskussion einer Pflichtversicherung von weiteren Elementarschäden

Die Einführung einer Pflichtversicherung in Deutschland wird – regelmäßig nach schweren Kumulereignissen wie z. B. der Überschwemmungskatastrophe im Jahre 2002 – kontrovers diskutiert (vgl. beispielsweise Landtag von Baden-Württemberg, Drucks. 14/2917 v. 26. 6. 2008¹¹, bislang jedoch ergebnislos (der in 2008 unternommene Versuch der Bayerischen Staatsregierung zur Einführung einer obligatorischen Elementarschadenversicherung scheint ebenfalls gescheitert, vgl. VW 2009, 38 sowie Müller VW 2009, 281). Die im Jahr 2003 unter der Federführung des BMJ ins Leben gerufene Bund-Länder-Kommission konnte sich nicht dazu entschließen, eine Elementarpflichtversicherung weiter voranzutreiben. Neben den bestehenden verfassungs- und europarechtlichen Problemen konnte die Frage der finanziellen Absicherung (ggf. durch eine entsprechende Staatsgarantie) nicht geklärt werden (vgl. ZfV 2004, 460). Während in der Bevölkerung eine Pflichtversicherung allgemein auf geringe Resonanz stößt, stehen die Versicherer vor dem bekannten Problem, dass für hoch gefährdete Überschwemmungszonen wirtschaftlich kein Versicherungsschutz angeboten werden kann, während es in weniger gefährdeten Gebieten an der Nachfrage fehlt.

¹¹http://beckonline.beck.de/?vpath=bibdata/komm/MuekoVVG_1_Band1/cont/MuekoVVG.EV.gIA.gIII.gI5.htm#FNID0E5MWIB

2.4.2 Statement Martin Wüthrich, Schweizerischer Versicherungsverband und Geschäftsführer Elementarschadenpool

Die einzigartige Elementarschadenversicherung

Die Elementarschadenversicherung in der Schweiz hat eine lange Geschichte. Bereits im 19. Jahrhundert wurde die Schweiz von Naturereignissen katastrophalen Ausmaßes betroffen, wie vom Hochwasserereignis im Jahr 1868 mit einer großen Zerstörung von Gebäuden und Inhalt sowie 50 Todesopfern. Das Leiden der Bevölkerung war groß, weil keine Versicherung bestand.

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts wurden dann die ersten Elementarschadenversicherungen angeboten. Als Folge des dramatischen Lawinenwinters 1950/51 haben die Feuerversicherer 1953 erstmals auch Schäden durch Naturgefahren in die Feuerversicherung eingeschlossen. Nicht versichert waren Erdbeben, die damals mangels wissenschaftlicher Grundlagen als nicht versicherbar galten.

Vor rund 60 Jahren haben in der Schweiz die privaten Sachversicherer eine Elementarschadendeckung eingeführt, welche sich im Laufe der Zeit zu einer umfassenden, fast flächendeckenden Elementarschadenversicherung weiterentwickelt hat. Seit Ende der fünfziger Jahre wird zusammen mit jeder privaten Feuerversicherung für Fahrhabe und Gebäude sowie mit jeder Feuer-Betriebsunterbrechungs-Versicherung eine Elementarschadenversicherung abgeschlossen, die alle wesentlichen Naturgefahren abdeckt.

Die Elementarschadenversicherung hat neben ihrem sozialen Charakter auch eine grosse volkswirtschaftliche Bedeutung. Die privaten, im Elementarschaden-Pool zusammengeschlossenen Gesellschaften haben in den vergangenen 30 Jahren (von 1981 bis 2010) für Sachschäden (Fahrhabe und Gebäude, ohne Betriebsunterbruch) Entschädigungen im Umfang von sechs Milliarden Schweizer Franken geleistet.

Angesichts der hohen sozialpolitischen und wirtschaftlichen Bedeutung der privaten Elementarschadenversicherung hat es sich aufgedrängt, mittels einer gesetzlichen Regelung die notwendigen Voraussetzungen für einen langfristigen Weiterbestand zu schaffen.

Das Ausland beneidet die Schweiz um das gut funktionierende und einzigartige Versicherungssystem. Die Privatassekuranz will auch in Zukunft ihren Beitrag leisten, das System nicht nur aufrechtzuerhalten, sondern weiter zu verbessern.

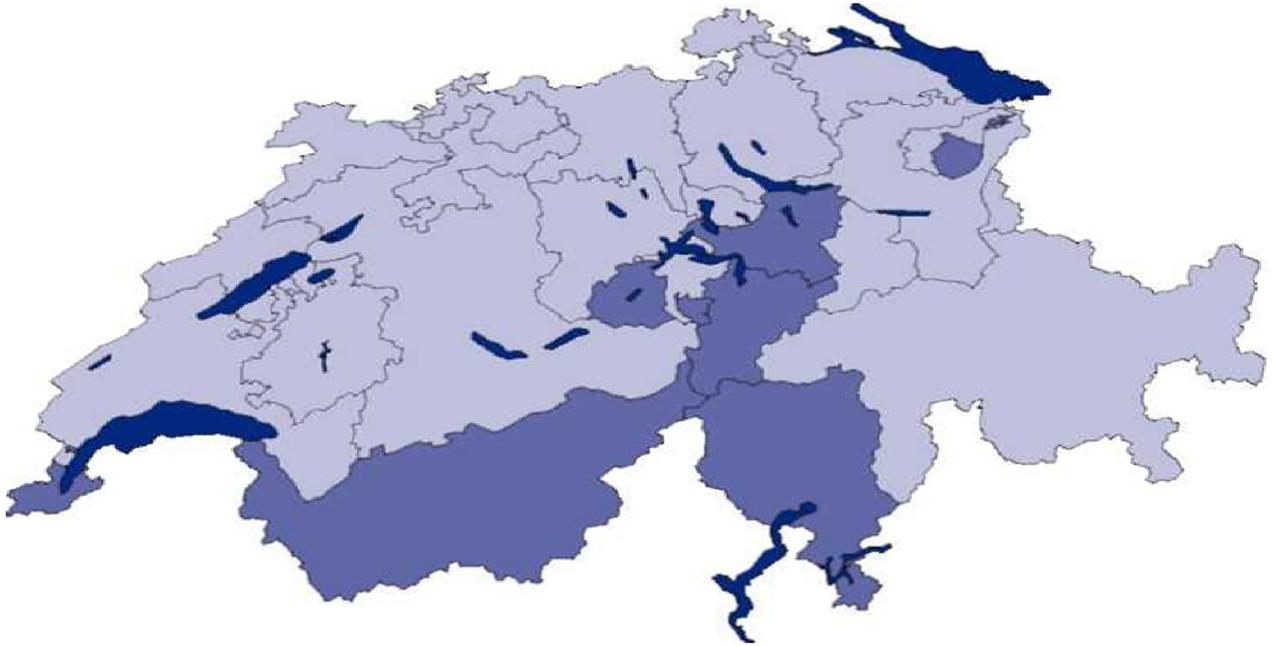


Abbildung 7: In sieben Kantonen und im Fürstentum Liechtenstein versichern die Privatversicherer die Gebäude; Quelle: SFSO

Flächendeckender Versicherungsschutz in der Schweiz

Mehr als 99 Prozent aller Gebäude und Fahrhabe in der Schweiz sind gegen Elementarschäden versichert. In 19 Kantonen bestehen kantonale Gebäudeversicherungen, welche Kraft eines Monopols die Gebäude gegen Feuer- und Elementarschäden versichern. In den Kantonen Genf, Uri, Schwyz, Tessin, Appenzell Innerrhoden, Wallis, Obwalden und im Fürstentum Liechtenstein sind die Gebäude bei der Privatassekuranz versichert. Die Fahrhabe ist in der ganzen Schweiz bei der Privatassekuranz gedeckt, mit Ausnahme der Kantone Waadt und Nidwalden. Damit ist sichergestellt, dass dieser wertvolle Schutz der ganzen Bevölkerung zu günstigen Prämien zugutekommt.

Gesetzliche Grundlagen der Elementarschadenversicherung

Die Elementarschadenversicherung findet ihre Basis in Art. 33 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG): Alle Gesellschaften, die in der Schweiz die Feuerversicherung anbieten, sind verpflichtet, gleichzeitig auch die Elementarrisiken in die Versicherung einzuschließen.

Die Elementarschadenversicherung wird in der Aufsichtsverordnung (AVO) näher geregelt. Dabei sind der Deckungsumfang und die Selbstbehaltsregelung gesetzlich vorgegeben. Speziell zu beachten ist, dass die Aufsichtsbehörde einen für alle Versicherungsunternehmen einheitlichen und verbindlichen Prämientarif vorschreibt. In der Aufsichtsverordnung (Art. 171 ff.) wird die Elementarschadenversicherung detailliert umschrieben. Es werden die versicherten Gefahren, die versicherten Sachen, die versicherten Leistungen und die zu tragenden Selbstbehalte geregelt.

Versicherte Gefahren: Versichert sind in der Schweiz die Gefahren Hochwasser, Überschwemmung, Sturm, Hagel, Lawinen, Schneedruck, Felssturz, Steinschlag und Erdbeben.

Versicherte Sachen: Grundsätzlich sind alle in der Schweiz gelegenen Sachen - also Fahrhabe (Hausrat, Inhalt von Gebäuden, erstellte Produkte etc.) und Gebäude - zum Vollwert versichert.

Versicherte Leistungen: Die Versicherung ersetzt die Zerstörung, Beschädigung oder das Abhandenkommen der versicherten Sachen, sofern diese durch die neun Elementargefahren verursacht wurden.

Höchsthaftungslimite: Es besteht keine unbegrenzte Haftung der Versicherungsgesellschaften. Die maximale Entschädigung pro Ereignis beträgt insgesamt 2 Milliarden Schweizer Franken (je 1 Milliarde Schweizer Franken für Fahrhabe und 1 Milliarde Schweizer Franken für Gebäude). Auch die Entschädigung pro Versichertem ist auf 25 Millionen Schweizer Franken begrenzt. Damit soll die Solidarität nicht übermäßig belastet und sichergestellt werden, dass die Verteilung in einem Schadenfall jedem Versicherten zugutekommt.

Die gesetzlich geregelte Elementarschadenversicherung soll den Grundbedarf von versicherten Privatpersonen und Unternehmen abdecken und so die Existenzsicherung garantieren. Weitergehende Leistungen bezüglich versicherter Sachen, Gefahren oder Summen können bei den Privatversicherern individuell versichert werden.

Individuelle Deckungen gemäß vertraglicher Vereinbarung	
- Ausgeschlossene Sachen (AVO Art. 172)	
- Höhere Summen (AVO Art. 176)	
- Tiefere Selbstbehalte (AVO Art. 175)	
- In AVO ausgeschlossene Ereignisse (AVO Art. 173)	
Elementarschadenversicherung	
gemäß AVO	
- versicherte Gefahren	- Betriebsunterbrechung
- versicherte Sachen	- Fahrzeuge
- versicherte Summen	- Besondere Sachen
- Selbstbehalte	- Kosten
- Prämien	- etc.

Abbildung 8: Kern der Elementarschadenversicherung

Die Solidarität der Versicherten und der Versicherer

Das Konzept der Elementarschadenversicherung beruht auf einer doppelten Solidarität. Denn Naturkatastrophen können nur dann mit den nötigen Versicherungssummen und angemessenen Prämien versichert werden, wenn sich sowohl Versicherte als auch Versicherer solidarisch verhalten und das Risiko gemeinsam tragen. Nur dank dieser Ausgangslage konnte die private Elementarschadenversicherung überhaupt eingeführt werden und eine derart weitgehende Verbreitung finden.

Ausgleichsmechanismus funktioniert wie folgt: Von jedem Elementarschaden werden 80 Prozent in den Pool zediert. Jede Gesellschaft erhält anschließend den Teil belastet, der ihrem Marktanteil entspricht. Damit findet ein Schadenausgleich statt. Der Rückbehalt von 20 Prozent steht für das Underwriting-Risiko eines jeden Versicherers. Letztlich führt die Solidarität der Versicherer dazu, dass die Schadenlast ausgeglichener ist.

Solidarität der Versicherten

Dank der umfassenden Deckung für neun verschiedene Naturgefahren können alle Privatpersonen und Unternehmen in der Schweiz von der Elementarschadenversicherung profitieren. Im Mittelland ist eher mit Überschwemmungen, Hagel oder Sturm zu rechnen, in Berggebieten stehen die Gefahren durch Steinschlag, Felssturz, Erdbeben oder Lawinen im Vordergrund. Wegen dieser breiten Streuung des Risikos resultieren für alle Versicherten sehr tiefe Prämien. Hauseigentümer zahlen für ihre Gebäude, Privatpersonen für ihren Hausrat und Unternehmen für ihre beweglichen Sachen jeweils die gleichen Prämienätze.

Unter den Versicherungsnehmern von Feuerversicherungsverträgen wird die Solidarität dadurch erreicht, dass ihnen die Elementarschaden-Deckung auf der Basis einer einheitlichen Solidaritätsprämie gewährt wird. Diese Einheitlichkeit der Prämie in allen Landesteilen ermöglicht den Versicherten in besonders gefährdeten Gebieten überhaupt erst, sich zu tragbaren Prämien gegen Elementarschäden zu versichern.

Solidarität der Versicherer

Die Solidarität unter den Versicherern ergibt sich daraus, dass die Gesellschaften sich angesichts der je nach Gegend unterschiedlichen Belastung ihrer Elementarschaden-Portefeuilles und der risikoneutralen Einheitsprämie praktisch ausnahmslos im Elementarschaden-Pool zusammengeschlossen haben mit dem Zweck, die angefallenen Schäden nach Maßgabe ihrer jeweiligen Marktanteile umzuverteilen. Konkret heißt dies: In einem Schadenfall sind die Versicherer unterschiedlich betroffen; je nach Marktanteil in dem geschädigten Gebiet betrifft es die eine oder andere Gesellschaft stärker.

Rückversicherung des Elementarschaden-Pools

Der Elementarschaden-Pool dient aber nicht nur dem zwischengesellschaftlichen Schadenausgleich. Er ist auch ein Instrument zur gemeinsamen Rückversicherung. Die Leitung des Elementarschaden-Pools legt einen Höchstbetrag pro Jahr fest, bis zu welchem der Schadenausgleich unter den Pool-Gesellschaften vorgenommen wird. Diese Priorität liegt momentan bei 450 Millionen Schweizer Franken. Für den Fall, dass die gesamten, in einem

Jahr anfallenden Elementarschäden diesen Betrag übersteigen, schließt der Elementarschaden-Pool einen Jahresüberschaden-Rückversicherungsvertrag ab. Die Deckung endet bei 1200 Millionen Schweizer Franken, das heißt, Jahresschadenlasten über diesem Betrag fallen wieder solidarisch an die Pool-Gesellschaften zurück. Die Rückversicherung musste in den Jahren 1978, 1986, 1987, 1993, 1999, 2000 und 2005 beansprucht werden.

Die Rückversicherung ermöglicht also, die Risiken des Elementarschaden-Pool über die Landesgrenzen hinaus zu diversifizieren. Dies ist günstiger, als wenn das dazu benötigte Risikokapital innerhalb der Landesgrenzen beschafft werden müsste. Der internationale Rückversicherungsmarkt gibt diesen Risiken einen Preis und liefert damit dem Elementarschaden-Pool und seinen Mitgliedern als Zusatznutzen eine länderübergreifende Risikoeinschätzung.

Der Nutzen der Elementarschadenversicherung

Familien, Unternehmen und öffentliche Betriebe, welche eine Feuerversicherung abgeschlossen haben, profitieren vom Schutz bei Naturgefahren. Weil die Versicherungslösung neun Elementarrisiken bündelt und sich über die ganze Schweiz erstreckt, kann die Prämie tief gehalten werden. Die Mittel für den Wiederaufbau und den Ersatz der zerstörten Fahrhabe stehen innert kürzester Frist zur Verfügung. Die beschädigten Gebäude werden wieder in Stand gestellt. Dabei wird die Wiederherstellung bezahlt, eine Amortisation kennt die Privatassekuranz nicht.

Dank dieser einzigartigen Versicherungslösung zieht für die Betroffenen der courantnormal schnell wieder ein. Im August 2005 ereignete sich das bisher größte Elementarschadenereignis in der Schweiz. Die Privatassekuranz bezahlte Schäden in der Höhe von einer Milliarde Schweizer Franken. Die Zahlungen erfolgten umgehend; bereits 12 Monate später waren 90 Prozent der Schadenzahlungen erfolgt.

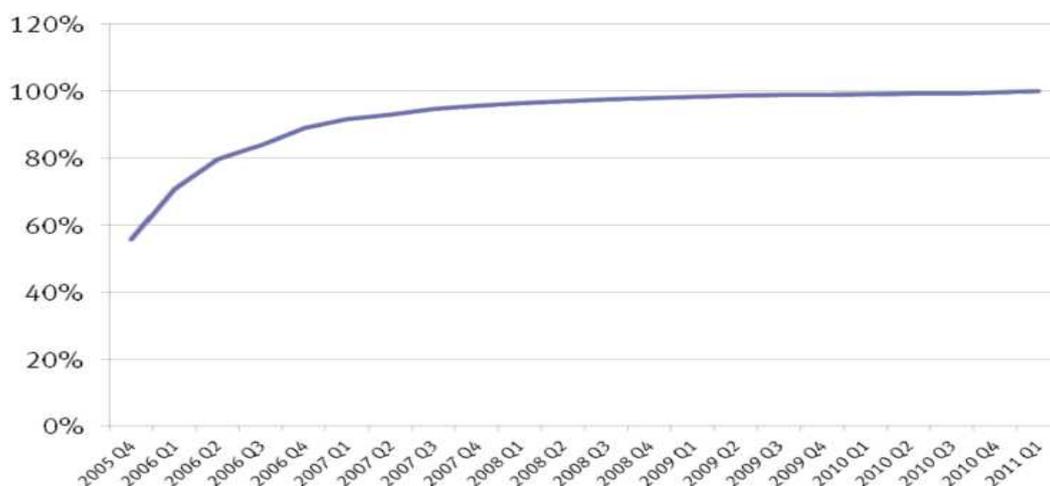


Abbildung 9: Zahlungsgeschwindigkeit der Privatassekuranz



Abbildung 10: Kreislauf Risikomanagement
Quelle: Schweizer Bundesamt für Bevölkerungsschutz

Die stetige Verbauung der Schweiz, die zunehmende Wertkonzentration und die Veränderung des Klimas lassen in Zukunft eine höhere Risikoexposition erwarten. Eine Zusammenarbeit von Behörden, Bund, Kantonen und der Assekuranz ist von grosser Wichtigkeit. Bei einem Ereignis ist der Einsatz der Rettungsdienste von grösster Bedeutung. Die richtige Ausbildung sowie der rasche und effektive Einsatz helfen mit, noch grössere Schäden zu verhindern.

Prävention

Es gilt aber auch, lessons learned aus den Ereignissen zu ziehen und nach Instandstellung und Wiederaufbau die Prävention und die Vorsorge richtig und zukunftsweisend zu gestalten. Der Bund investiert jährlich über 250 Millionen Schweizer Franken in die Gefahrenprävention. Die Kantone sind angehalten, die so genannten Gefahrenkarten fertigzustellen. Bis Ende 2011 sollten über 95 Prozent erstellt sein. Dies bildet die Grundlage, um weitere Massnahmen zu planen, die Sicherheit zu erhöhen und so die Versicherbarkeit der Naturgefahren langfristig zu erhalten.

2.4.3 Statement Oliver André Hauner, Leiter Sach- und Technische Versicherung, Schadenverhütung, Statistik, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Die Forderung nach einer Pflichtversicherung ist schnell gestellt. Sie greift aber viel zu kurz und ist definitiv der falsche Ansatz. Aus mehreren Gründen:

Die Einführung einer Pflichtversicherung ist von Bund und Ländern bereits eingehend geprüft und abgelehnt worden

Nach der Elbe-Flut 2002 entschieden sich die Ministerpräsidenten der 16 Bundesländer nach mehrjährigen, intensiven Beratungen gegen die Einführung einer Pflichtversicherung. Sie führten in erster Linie juristische Bedenken an:

Eine Pflichtversicherung dient nach deutschem Rechte dem Schutz Dritter, nicht dem Schutz des Verursachers. So ist das etwa bei der Kfz-Haftpflicht. Es gibt jedoch keine Pflicht, sich selbst oder das eigene Haus zu schützen. Genau dies würde aber eine Elementarschadenpflichtversicherung bewirken. Auf Anraten des Bundesjustizministeriums (BMJ) wurde daher die Idee einer solchen Pflichtversicherung bereits 2004 (im Nachgang Elbeflut) nicht weiter verfolgt.

Die Pflichtversicherung greift ein in die Vertragsfreiheit der Versicherer und der Versicherten sowie in einen funktionierenden Markt. Existierende Pflichtversicherungssysteme (bspw. in Frankreich, Spanien) beinhalten eine finanzielle Förderung durch den jeweiligen Staat, z.B. durch preiswerten unlimitierten Rückversicherungsschutz. In einigen Ländern besteht hierzu die Bereitschaft, in Deutschland besteht sie nicht. Ohne diese Förderung könnten die Systeme nicht alleine existieren bzw. müssten die Prämien um ein Vielfaches höher sein. Sollen Pflichtversicherungssysteme ohne staatliche Deckung aufgebaut werden, kann Vollversicherung nicht mehr angeboten werden (bspw. Erdbeben in der Schweiz). Einzelne Gefahren müssen dann mit Höchstentschädigungen versehen werden. Bei größeren Ereignissen bedeutet dies, dass die Versicherungsnehmer trotz Pflichtversicherung nur einen Bruchteil des Schadens bezahlt bekommen. Für eine allgemeine Pflichtversicherung gibt es keinen Bedarf. Zwei Drittel aller Eigentümer sind sich der Naturgefahren und der daraus resultierenden Kosten offenbar nicht bewusst. Dabei sind rund 99 Prozent aller Hausbesitzer in Deutschland problemlos gegen Hochwasser, Überschwemmung, Lawinen und Starkregen etc. versicherbar. Für etwa ein Prozent der Gebäude muss eine individuelle Lösung gefunden werden, da die Häuser überwiegend in stark durch Hochwasser gefährdeten Gebieten stehen. Kunden und Versicherer müssen hier in den Dialog treten und Themen wie schadenverhütende Maßnahmen oder erhöhte Selbstbehalte ansprechen. Dennoch wird es auch in Zukunft Wohngebäude geben, für die es keine wirtschaftlich sinnvolle Versicherungslösung gibt, da es hier in sehr kurzen Abständen zu Überschwemmungen kommt. Prävention ist hier der Schlüssel zur Versicherbarkeit.

Um die Breite der Bevölkerung für einen Schutz gegen die Folgen von Naturgefahren zu sensibilisieren, empfiehlt der Gesamtverband der deutschen Versicherer (GDV) den Versi-

cherungsunternehmen, die Wohngebäudeversicherung inklusive Naturgefahrenschutz anzubieten. Hausbesitzer können somit ihr Wohngebäude gegen Naturgefahren versichern ohne - wie bisher - einen zusätzlichen Vertrag zu benötigen.

Auch die Politik setzt ein klares Signal für mehr Eigenvorsorge. So hat die bayerische Landesregierung aufgrund der zunehmenden Extrem-Wetterereignisse eine Informationskampagne für Haus- und Wohnungsbesitzer sowie Mieter ins Leben gerufen. Darin klärt sie darüber auf, wie Bürgerinnen und Bürger rechtzeitig durch eine Elementarschadenversicherung vorsorgen können (www.elementar-versichern.bayern.de). Weitere Länder sind dabei, diesem Beispiel zu folgen (u.a. Niedersachsen und Sachsen). Hierzu hat der Freistaat Sachsen am 29. Juli 2011 eine Richtlinie zu Naturgefahrenschäden verabschiedet, in der es u.a. heißt:

Zuwendungsvoraussetzungen

Eine unverschuldete Notlage liegt auch nicht vor, wenn der Betroffene erforderliche Vorsorgemaßnahmen unterlassen hat oder wenn er bei Eintritt des Schadensereignisses Maßnahmen der Selbsthilfe nicht ergriffen hat, die nach den Umständen Erfolg versprechend waren. Zu den erforderlichen Vorsorgemaßnahmen RL Elementarschäden zählt insbesondere der Abschluss einer Versicherung, soweit eine solche zu vertretbaren wirtschaftlichen Bedingungen abgeschlossen werden konnte.“

Eine Pflichtversicherung verteuert die Wohngebäudeversicherung.

Für zwei Drittel der Kunden würde die Wohngebäudeversicherung teurer, wenn die Schäden hochfrequenter Spitzenrisiken sozialisiert werden würden. Eine Pflichtversicherung für alle wäre de facto auch keine Versicherung mehr, sondern quasi eine steuerfinanzierte Quersubventionierung zugunsten der stark betroffenen Hausbesitzer. Eine Pflichtversicherung allein für extrem hochwassergefährdete Gebiete (Gefährdungsklasse 4 in ZÜRS Geo, dem Zonierungssystem für Überschwemmungen der deutschen Versicherer) wäre wiederum für den Besitzer nicht bezahlbar. Auch die Politik hat bereits 2004 erkannt, dass dieser Ansatz nicht zielführend ist.

Eine Pflichtversicherung kostet Geld und schafft zusätzliche Bürokratie.

Eine Pflicht ohne Kontrolle ist sinnlos. Aus diesem Grund gibt es Kontrollinstanzen, wie etwa das Kraftfahrzeug Bundesamt. Der Staat müsste daher bei einer Elementarschadenpflichtversicherung Hausbesitzer kontrollieren und ggf. sanktionieren, damit sich niemand aus der Zwangsversicherung herausstiehlt. Der Aufwand hierfür wäre unverhältnismäßig hoch und teuer. Auch für die Bestandsverwaltung und Schadenregulierung wäre vom Staat ggf. ein eigenes System aufzubauen, zu verwalten und zu finanzieren. Am Ende wird der Steuerzahler diese Rechnung begleichen müssen.

Eine Pflichtversicherung rückt Schutzmaßnahmen in den Hintergrund.

Die Einstellung „Vater Staat oder der Versicherer zahlt schon den Schaden“ schafft nachweisbar keinen Anreiz, das Gebäude vor größeren Schäden zu schützen. Es entsteht eine fortlaufende negative Wechselwirkung aus mangelnder Prävention, zahlreicheren und schwereren Schäden und stetig steigenden Prämien. Angesichts der zunehmenden Schä-

den und der durch den Klimawandel gestiegenen Herausforderungen kann eine nachhaltige Versicherungslösung daher nicht in einem erzwungenen Schadenausgleich liegen.

Fazit

Die Versicherungsdichte für Naturgefahren konnte in den letzten Jahren signifikant erhöht werden. Um Überschwemmungen von Flüssen und Gewässern risikogerecht kalkulieren zu können, haben die deutschen Versicherer das ZÜRS Geoinformationssystem entwickelt. Mit Erfolg: Mittlerweile sind rund 99 Prozent der Menschen in Deutschland ohne Probleme gegen Überschwemmungen versicherbar. Lediglich etwa ein Prozent der Gebäude benötigen eine individuelle Lösung, da sie überwiegend in Gebieten liegen, die stark durch Hochwasser gefährdet sind. Individuelle Prävention und staatlicher Hochwasserschutz (Deiche, Dämme, Polder etc.) wirken sich positiv auf die Versicherbarkeit aus. Wir wollen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch in Zukunft Gebäude geben wird, für die es keine wirtschaftlich sinnvolle Versicherungslösung gibt, solange keine wirksamen Präventionsmaßnahmen ergriffen werden. Die flächendeckende Einführung einer Pflichtversicherung für alle Hausbesitzer ist und bleibt dagegen der falsche Weg.

2.4.4 Podiumsdiskussion

Prof. Wälder: „Ist die Elementarversicherung verfassungsrechtlich umsetzbar? Sind die deutschen Bürger nicht in der Lage, sich selbst gegen Elementarschäden zu versichern?“

Hauer: Die Übertragung des Schweizer Modells auf Deutschland ist nicht möglich. Die Unterschiede wie andere Risikolage, geografische Unterschiede, Versicherungsmarkt sind zu beachten.“

Stier (AXA): Der Begriff „Elementar“ ist für den „durchschnittlichen Versicherungsnehmer nicht selbsterklärend. Ist der Versicherer in der Pflicht den Kunden aufzuklären? Weiß der Kunde, dass er eine Elementarschadenversicherung braucht? Ist womöglich der Begriff Elementarschadenversicherung falsch gewählt, besteht evtl. ein Marketingproblem?

Teilnehmer: Inwieweit sollte der Staat mit in die Aufgabe der Elementarschaden(pflicht)versicherung eingebunden werden? Ich sehe hier sehr große Probleme. Es gibt keine Ansprechpartner und keine Verteilungsschlüssel.“

Frischleder (Industriemakler): Eine Elementarschadenversicherung wird doch mittlerweile flächendeckend akzeptiert. Die Lösungsansätze sind in der Schweiz m.E. wesentlich besser umgesetzt. Möglicher Grund könnte sein, das Risiko Elementar ein viel größeres Problem für die Schweizer darstellt. Es gibt dort einfach ein viel höheres Problembewußtsein und der Kunde ist dort über das Risiko besser aufgeklärt.“

Prof. Wälder: „Eine Pflichtversicherung ist m.E. rechtlich möglich. Es gibt hierzu ein Gutachten. Aber ist diese Versicherung auch wirtschaftlich sinnvoll?“

Teilnehmer: „Warum sollte der deutsche Bürger eine Elementarschadenversicherung überhaupt abschließen, wenn im Schadenfall der Bund bzw. die Länder ohnehin mit ihrer medienwirksamen „Gummistiefelpolitik“ Gelder zahlen?“

Stier: Einige Länder haben bereits eine EL-Pflichtversicherung eingeführt. Sie machen es daher international tätigen Versicherern sehr schwierig, dort zu agieren. Hier sehe ich wirtschaftliche, aber auch EU-rechtliche Probleme und bin sehr skeptisch, eine Elementarschadenpflichtversicherung einzuführen

Wüthrich: Was ist das Schutzziel einer Elementarschadenversicherung? Doch die Bewahrung der wirtschaftlichen Existenz. Daraus folgt, dass m.E. hier Pflichtversicherung nötig ist“

Frischleder: Die Elementarschadenversicherung dient grundsätzlich dem Schutz des eigenen Gutes und eine Elementarschadenversicherung ist keine Sozialversicherung.

Teilnehmer: Die Pflichtversicherung greift in die Vertragsfreiheit des Versicherers sowie in einen funktionierenden Markt ein. Die Produkte und die Preise sind gut, aber die Nachfrage nach einer Elementarschadenversicherung ist nach wie vor zu gering. Selbst nach größeren berschwemmungsereignissen ist es ja nicht so, dass die Bürger in die Agenturen laufen und nach Deckung fragen. Ich sehe also kein Angebots-, sondern ein Nachfrageproblem.

Hauner: Zu bedenken ist, dass ohne staatlichen Deckungsschutz Pflichtversicherungssysteme mit einer Vollversicherung nicht alleine existieren können bzw. die Prämien müssten um ein Vielfaches höher sein. Zudem ist eine Elementarschadenpflichtversicherung de facto eine steuerfinanzierte Quersubventionierung zugunsten der wenigen betroffenen Hausbesitzer.

Prof. Günther: Wäre den ein Kontrahierungszwang sinnvoll? Selbst in der Schweiz gibt es keinen Kontrahierungszwang, sondern die Verpflichtung durch das Aufsichtsrecht geht dahingehend, dass der Versicherer mit einer Feuerversicherung zwingend eine Elementarschadendeckung anbieten muss. Niemand zwingt aber den Versicherer in der Schweiz, den Feuerversicherungsantrag anzunehmen, so dass er es in der Hand, durch die Nichtannahme dieses Antrags eine Elementarschadendeckung zu verhindern.

Die Regelung in Artikel 33 des Schweizer VAG sieht wie folgt aus:

Elementarschadenversicherung	Art. 33
1	Ein Versicherungsunternehmen darf für in der Schweiz gelegene Risiken das Feuerrisiko nur decken, wenn es die Deckung von Elementarschäden in die Feuerversicherung einschliesst.
2	Deckungsumfang und Prämientarif der Elementarschadenversicherung sind für alle Versicherungsunternehmen einheitlich und verbindlich.
3	Die FINMA prüft auf Grund der von den Versicherungsunternehmen vorgelegten Tarife und der entsprechenden Berechnungsunterlagen, ob die daraus abgeleiteten Prämien risiko- und kostengerecht sind.
4	Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften über: a. die Grundlagen für die Berechnung der Prämien; b. den Umfang der Elementarschadendeckung und deren Leistungsgrenzen; c. Art und Umfang der von den Versicherungsunternehmen zu erstellenden Statistiken.
5	Er kann: a. nötigenfalls die Versicherungsbedingungen festsetzen; b. zur Erreichung des Ausgleichs der Schadenbelastung unter den Versicherungsunternehmen die notwendigen Massnahmen ergreifen, insbesondere den Beitritt in eine von den Versicherungsunternehmen selbst betriebene privatrechtliche Organisation anordnen.

Abbildung 11: Die Elementarschadenversicherung in der Schweiz

Wüthrich: Das stimmt. In der Tat gibt es in der Feuerversicherung auch keinen Kontrahierungszwang. Allerdings ist die Schweiz sehr konsensual geprägt. Nicht alles, was rechtlich

möglich ist, wird gemacht. De facto werden in der Schweiz alle Risiken gegen Feuer und damit auch gegen Elementarschäden eingedeckt.

Stier: Ist sich nicht jeder selbst der Nächste? Eine Elementarschadenversicherung ist nun einmal eine Privatsache und es geht um Eigen- und nicht um Fremdschäden wie in der Kfz-Haftpflichtversicherung. Eine Verstaatlichung halte ich dort nicht für sinnvoll.“

Frischleder: Sicherlich richtig. Aber gerade für die Industrie ist eine Elementarschadenversicherung nebst entsprechender Betriebsunterbrechungsversicherung enorm wichtig. Es besteht schließlich die Gefahr der Existenzvernichtung.“

Prof. Wälder: Haben die Versicherer hier womöglich Geschäfte verschlafen?

Hauner: Die Bedeutung der Elementarschadenversicherung hat sich verändert. Dies ist bedingt durch den ständigen Klimawandel und hierdurch steigt das Risiko durch Naturgefahren erheblich an.

Stier: Leider ist die Sensibilität auf Kundenseite, natürlich nicht im Gewerbe- oder Industriebereich, ich spreche hier von dem „normalen“ Menschen auf der Straße, für die Wichtigkeit einer Elementarschadenversicherung immer noch zu gering. Manchmal habe ich das Gefühl, für manchen ist es wichtiger, sein iPhone zu versichern als für ganz wenig Geld eine Elementarschadenversicherung für sein Haus abzuschließen.

Prof. Günther: Ich bin eigentlich zuversichtlich, dass die Versicherungsdichte für Elementarschaden durch die Implementierung der erweiterten Elementargefahren im Rahmen des Privatkundengeschäftes in der Hausrat- und Wohngebäudeversicherung in den VGB 2010 und VHB 2010, auch wenn dies im Antrag anzukreuzen ist und kein Kontrahierungszwang besteht, deutlich zunehmen wird.

Teilnehmer: Wie groß sind die Schadenereignisse der letzten Jahre gewesen, rechtfertigen diese, eine Pflichtversicherung zu begründen? Voraussetzung für eine Pflichtversicherung wäre in jedem Falle, eine gemeinsame Linie zwischen Staat und Versicherungswirtschaft zu finden. Die Aufgabenverteilung zwischen Bund, Länder, Kommunen und Versicherer spielt hier eine große Rolle.

Stier: Schutzmaßnahmen und –Vorkehrungen müssen viel besser werden. Wir, also die Axa, veranstalten alle 2 Jahre eine Hochwasserübung hier in Köln. Wir arbeiten dabei eng mit der Feuerwehr und dem THW zusammen. Dies muss aber alles eigenständig von uns organisiert werden.

Prof. Günther weist die Ergebnisse der Arbeitsgruppe wie folgt zusammen: Eine Elementarschadenversicherung ist ein wichtiger Versicherungszweig, der immer bedeutender wird.

Womöglich ist noch nicht abschließend die rechtliche Zulässigkeit der Einführung einer Elementarschadenpflichtversicherung als Vorfrage einer jeden Diskussion (insb. Vereinbarung mit dem Grundgesetz und EU-Recht) geklärt. Als eine reine Pflichtversicherung kann eine Elementarschadenversicherung sicherlich nicht erfolgen. Eine Umsetzung und Kontrolle wäre gar nicht möglich. Selbst in der Schweiz wird so nicht vorgegangen.

Ob ein Kontrahierungszwang sinnvoll ist, hierüber lässt sich jedenfalls keine Einigung erzielen. Jedenfalls die deutsche „Gummistiefelpolitik“ wird von allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe abgelehnt. Hierdurch werden falsche Anreize geschaffen, was dazu führt, dass nicht mehr, sondern weniger Elementarschadenversicherungen abgeschlossen werden.

Anders als in der Schweiz, die hier vorbildlich ist, ist eine Elementarschadenversicherung in den Köpfen der „normalen“ Versicherungsnehmer noch nicht angenommen. Hier muss von Politik, Versicherungswirtschaft und Verbraucherseite noch mehr getan werden. Evtl. gibt es hier auch ein Marketingproblem.

Eine Elementarschadenversicherung als Vollversicherung durch Versicherer ohne Limit wäre nur mit Staatshilfe möglich. Über den Staat wäre dies kaum finanzierbar.

Die Prävention auf Versicherungsnehmerseite wird wichtiger. Oft kann man sich mit geringem finanziellen Aufwand vor Überschwemmungen schützen (z.B. durch Türschwellen, die zwar nicht gegen das Eindringen von Wasser, jedoch von Schlamm, der zu den größten Schäden führt, schützt).

Mindestens genauso wichtig ist die Prävention durch den Staat durch verbesserten Hochwasserschutz, Ausweitung von Überschwemmungsgebieten, keine Ausweisung ungeeigneter Bebauungsgebiete und Änderung bestehender Bebauungspläne.

Bei besonders problematischen Risiken, auch und gerade im Gewerbe- und Industriebereich, sollte eine Konsenslösung erfolgen, und auch im Privatkundengeschäft sollte verstärkt versucht werden, individuelle Lösungen zu entwickeln.

2.5 Arbeitsgruppe Haftpflichtversicherung

Brauchen wir mehr Pflicht-Haftpflichtversicherungen? Leitung Prof. Dr. Peter Schimikowski, Institut für Versicherungswesen, FH Köln

2.5.1 Statement Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski, Humboldt-Universität zu Berlin

I. Grundannahmen für und gegen Haftpflichtversicherungen

In den meisten Rechtsordnungen dieser Welt haften Schädiger für Schäden, die sie verursachen – gelegentlich wird die Haftung auf Verschulden begrenzt. In manchen Ländern und manchen Fallgestaltungen (z.B. Straßenverkehr/Produkthaftpflicht) wird schon für Gefährdung und für den angerichteten Erfolg (in Deutschland Tierhalterhaftung: § 833 BGB) gehaftet. Der Schädiger scheint also mit dem Risiko der Inanspruchnahme durch den Geschädigten belastet zu sein. Dies gilt allerdings nur für Schädiger, die über ein ausreichendes Vermögen verfügen, um von ihnen angerichtete Schäden auch tatsächlich ausgleichen zu können. Schädiger, die über kein oder kein ausreichendes Vermögen verfügen, verlagern das Haftungsrisiko auf die von Ihnen geschädigten Personen/Unternehmen, wenn und soweit sie nicht in der Lage sind, aus eigenem Vermögen die verursachten Schäden zu begleichen. Nimmt der Schädiger nun eine Haftpflichtversicherung, so wird dieses (ökonomische) Risiko zurückverlagert. Er, der Schädiger, verfügt nun über ein hinreichendes Vermögen (über seinen Haftpflichtversicherer) und kann folglich die von ihm verursachten Schäden über diesen Versicherer ausgleichen.

In der Ökonomie wird die Auffassung vertreten, dass der Schädiger, der eine Haftpflichtversicherung nimmt und dafür Prämie zahlt, den Vorteil der Risikoverlagerung auf den Geschädigten verliert. Ob diese Möglichkeit der Risikoverlagerung ökonomisch wirklich ein Vorteil ist, sei dahingestellt. Jedenfalls in den Fällen, in denen der Schädiger darauf angewiesen ist, dass der Geschädigte ihm Ersatz leistet (sei es aus Vertrag oder auch aus Delikt), wird dies nur dann geschehen, wenn der Schädiger seinerseits die von ihm verursachten Schäden beglichen hat (Reziprozitätsprinzip – wie du mir, so ich dir). Juristisch ist die Verlagerung des Haftungsrisikos auf den Geschädigten in gar keinem Fall hinnehmbar, denn damit würde der Grundgedanke, dass derjenige, der Schäden verursacht, diese auch auszugleichen hat, unterlaufen werden. Die gesamte Haftungsordnung einer Marktwirtschaft liefe leer und die daraus resultierenden ökonomischen Fehlanreize wären enorm. Vor allem würde das Vertrauen in die gegenseitige Leistungsfähigkeit und die Leistungsbereitschaft grundlegend gestört sein – d.h. die Menschen würden sich im öffentlichen Raum - z.B. im Straßenverkehr – sehr viel zurückhaltender als bisher bewegen. Das hätte erhebliche Rückwirkungen auf die Absatzzahlen bei Kraftfahrzeugen und dieses wiederum würde Hunderttausende von Arbeitsplätzen vernichten und damit den Gesamtwohlstand der Volkswirtschaft massiv mindern. So gesehen ist das Haftungsprinzip für eine rechtlich verfasste Marktordnung, wie diejenige der Bundesrepublik Deutschland oder auch ganz Eu-

ropas absolut grundlegend und unverzichtbar. Darauf hat der berühmte Ökonom Pigou bereits im Jahre 1932 hingewiesen.¹²

Dennoch werden Haftpflichtrisiken in vielen Fällen gerade nicht internalisiert, sondern den Geschädigten auferlegt. Vieldiskutierte Beispiele sind die aus aller Welt immer wieder gemeldeten Arzneimittelkatastrophen. Prominentes Beispiel in Deutschland: Contergan. Die katastrophalen Folgen des Nikotinverbrauchs für Gesundheitssysteme in aller Welt belegen zudem, wie kompliziert es ist, ein Haftungssystem durchzuhalten und durchzusetzen, wenn große Teile der Bevölkerung – nachdem sie von der Droge abhängig geworden sind – sich gegen ein solches System wenden, ohne dabei zu begreifen, dass sie sich gerade selbst ganz erheblich schädigen. Der Pestizideinsatz in weiten Teilen der Landwirtschaft schädigt nicht nur die Verbraucher, die später belastete Lebensmittel verzehren, sondern belastet Böden und Saatgut selbst und führt zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Menschen, die – vor allem in Entwicklungsländern – ohne die notwendigen Schutzanzüge mit hochgiftigen Pestiziden tagtäglich hantieren müssen. Ähnliche nicht internalisierte Risiken gibt es im Bergbau, in der Ölförderungsindustrie (Beispiel extreme Umweltverschmutzung in den russischen Fördergebieten oder der Unfall auf der Ölplattform im Golf von Mexiko). Hierhin gehören aber auch Unfälle von Chemiewerken (Seveso) oder von Atomkraftwerken (Fukushima). Hinzuweisen ist auf den zum Teil katastrophalen Zustand der Trink- und Abwassernetze in der Welt. Dadurch sterben mehrere Millionen Menschen jährlich, d.h. selbst in Rechtsordnungen, die für sich in Anspruch nehmen, über ein funktionsfähiges Haftungsrecht zu verfügen, werden vielfältige Risiken in Wirklichkeit auf die Geschädigten verlagert. Weil dies so ist, hat Ronald Coase im Jahre 1960 Verhandlungen zwischen Schädigern und Geschädigten im Vorfeld von Schäden vorgeschlagen. Die potenziell Geschädigten würden den potenziellen Schädigern ein Entgelt für die Schadensvermeidung anbieten.¹³ Solche Verhandlungslösungen sind aus zwei Gründen schwierig:

Zum einen sind die potenziell Geschädigten oft gar nicht hinreichend organisiert, um verhandeln zu können. Wer hätte im Vorfeld der Katastrophe von Fukushima mit den japanischen Energieanbietern für das japanische Volk über einen höheren Strompreis zur Verbesserung der Sicherheit als Folge von Tsunamis und Erdbeben verhandeln können? Olsen hat dafür die Theorie geliefert, wonach es erst dann mit Sicherheit zur Gründung eines Verbandes kommt, wenn der auf das einzelne Gruppenmitglied entfallende Vorteil bereits die gesamten Kosten der Interessenvertretung übersteigt.¹⁴

Außerdem wissen die potenziell Geschädigten gar nicht, wann sich die Gefahr und in welchem Umfang sich die Gefahr verwirklicht – d.h. sie wissen nicht, worüber sie inhaltlich verhandeln sollten. Bei vielen Arzneimitteln wird erst im Nachhinein klar, welche schädlichen Nebenwirkungen sie haben, auch die Katastrophe von Fukushima wurde im Vorfeld der Ereignisse unter dem Stichwort „Restrisiko“ eingeordnet, wobei alle davon ausgingen,

¹² A.C. Pigou, *The Economics of Welfare*, London, 1932, 134 f., 174 f., 183-188.

¹³ *Problem of Social Costs*, *Journal of Law and Economics*, 1960, Nr. 3, S. 1-44.

¹⁴ M.Jr. Olson, *The Logic of Collective Action, Public goods and the theory of groups*, Cambridge/Mass. 1965, passim.

dass sich Restrisiken nie verwirklichen. Auf diese Zusammenhänge hat erstmals Hans-Werner Sinn hingewiesen.¹⁵

Selbst wenn wir uns also bemühen würden, zukünftige Gefährdungen im Vorfeld zu erkennen und über ihre Vermeidung zu verhandeln, so würde uns dies nicht gelingen, zum einen, weil wir die Gefahren teilweise einfach nicht erkennen und zum anderen, weil es den Organisationsgrad für weltweite Verhandlungen nur in extremsten Ausnahmefällen gibt. Dies führt – institutionenökonomisch gesprochen – dazu, Entscheidungen unter Ungewissheit zu treffen, also in Kauf zu nehmen, dass Schäden eintreten, von denen man im Vorfeld nicht weiß, dass sie eintreten könnten. Ökonomen sprechen in solchen Zusammenhängen von Marktversagen, d.h. der Markt bringt nicht die Ergebnisse aus eigener Kraft hervor, die zum Ausgleich der Interessen (Internalisierung von Haftungsrisiken) führen würden.

II. Ausweg: Pflichtversicherung

In dieser Situation stellt sich seit langem die Frage, ob der Staat regulierend eingreifen muss und was er eigentlich tun kann. Vorgeschlagen und diskutiert werden drei mögliche Regulierungen.

Der Staat könnte eine Informationspflicht einführen, die zukünftige Schäden verhindert. Solche Informationspflichten gibt es aber gerade in den Fällen, in denen man die zukünftigen Gefahren nicht erkennt, nicht. Eine Informationspflicht, die dazu führt, dass ein Verkehrsunfall nicht entsteht, gibt es nicht. Mit einer Informationspflicht allein konnte man auch Fukushima nicht verhindern, obwohl im Vorfeld der Katastrophe bekannt war, dass außen liegenden Pumpenanlagen beim Zusammentreffen eines Tsunamis mit einem Erdbeben versagen mussten. Trotz dieser vorhandenen Information hat man keine Sicherungsmaßnahmen ergriffen, weil man davon ausging, dass beides zusammen (zeitgleich) nicht passieren würde (Stichwort: Restrisiko).

Der Staat könnte statt einer Informationspflicht aber auch einen Steuer-Subventionsmechanismus einführen. Staat, Versicherer, Schädiger und Geschädigte müssten zusammenwirken. Man müsste klären, wer von wem subventioniert wird und wer eine belastende Steuer zahlen muss. Das gesamte Verfahren ist außerordentlich aufwändig, bürokratisch, langwierig, intransparent und teuer. Deshalb gibt es in keinem Land der Welt ein solches Steuerungsverfahren.

Wahrscheinlich gibt es ein solches Steuerungsverfahren aber auch deshalb nicht, weil es Pflichtversicherungen gibt, die das Problem der Internalisierung externer Haftungsrisiken ganz hervorragend lösen. Pflichtversicherungen erfassen alle potenziellen Schädiger und verteilen auf diese Weise die Haftungsrisiken auf eine große Zahl von Schultern. Als Folge hiervon sind die Prämien verhältnismäßig gering und es entsteht ein Anreiz für den Schädiger, sein Verhalten umzustellen, also Schäden möglichst zu vermeiden. Wenn ihm diese gelingt, so sinkt zugleich die Versicherungsprämie. Sorgt der Staat gleichzeitig dafür, dass die Versicherer miteinander im Wettbewerb stehen – wie etwa bei der Kfz-Haftpflicht – so

¹⁵ Ökonomische Entscheidungen bei Ungewissheit, 1980, S. 346.

werden auch die Verwaltungskosten minimiert. Die Versicherer haben darüber hinaus mit Blick auf Schadensszenarien einen starken Anreiz, mit potenziellen Schädigern über Schadensvermeidungsstrategien zu verhandeln. Kfz-Versicherer können beispielsweise dafür sorgen, dass junge Leute zusätzliche Fahrstunden bekommen, dass Kampagnen gegen Alkohol am Steuer medienwirksam geschaltet werden und dass Kfz-Hersteller Systeme im Fahrzeug installieren, die es unmöglich machen, den Wagen anzulassen, wenn man mehr als 0,5 % Alkohol im Blut hat. Das heißt, die Pflichtversicherung erfüllt die Allokationsaufgabe optimal und sorgt dafür, dass Schädiger und Geschädigte von den Risiken befreit werden.¹⁶ Ein weiteres probates Mittel, im Rahmen einer Pflichtversicherung für Verhaltensänderungen zu sorgen, sind intelligente Bonus-Malus-Tarifierungen. So wäre es bspw. sinnvoll, einen Kfz-Tarif, gebunden an das Punktekonto in Flensburg zu entwickeln. Es ist nämlich statistisch nachgewiesen, dass Menschen mit einem besonders hohen Punktekonto in Flensburg auch sehr viel mehr Schäden verursachen als solche, die im Straßenverkehr niemals auffallen. Deshalb hat die Bundesanstalt für Straßenwesen vorgeschlagen, eine risikoorientierte Prämiendifferenzierung in der Kfz-Haftpflichtversicherung einzuführen.¹⁷

Auch das beste Pflicht-Haftpflichtversicherungssystem wird allerdings nicht zur Vermeidung sämtlicher Schäden in Zukunft führen. Zum einen liegt das an der Intransparenz von Gefahrenlagen und der daraus resultierenden Annahme, dass es die Gefahr überhaupt nicht gibt. Zum anderen verstoßen Menschen aber immer wieder bewusst gegen Verhaltensvorschriften, etwa, wenn es um die Verwendung verbotener Pestizide oder um die Beimischung von Ölen in tierischen Futtermitteln geht. Menschen, die aus kurzfristigem Gewinnstreben in dieser Weise unverantwortlich handeln und damit viele andere Menschenleben und Tierleben gefährden, wird es immer wieder geben. Dagegen hilft keine Haftpflichtversicherung, sondern nur Transparenz und soziale Ächtung in Form von Freiheitsstrafen.

III. Konsequenzen, wenn man auf eine Pflichtversicherung verzichtet

Der Verzicht auf eine Pflichtversicherung führt zu den Folgen, die oben beschrieben worden sind. Potenzielle Schädiger werden sich nicht darum bemühen, Gefährdungslagen zu vermeiden, sondern stattdessen Risiken zulasten von Geschädigten zu sozialisieren. Arzneimittel, auch Holzschutzmittel, Pestizide, Asbest, Fukushima, S-Bahn Berlin, Trink- und Abwassernetze in der Welt oder CO₂-Emissionen von Kfz, sind aktuelle und präzente Beispiele. Überraschend ist allerdings die Kritik aus der Versicherungswirtschaft, etwa über den Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft. Der für den Gesamtverband verantwortlich tätige Referent Nils Hellberg vertritt öffentlich die Auffassung, dass Pflichtversicherungen jedenfalls keinen der Haftung kongruenten Versicherungsschutz gewähren dürfen.¹⁸ Zu hoher Versicherungsschutz führt nämlich zu hohen Kosten. Kleine und mittlere Unternehmen müssten Versicherungsschutz einkaufen, den sie oft nicht benötigen.

¹⁶ Hans-Werner Sinn, *Ökonomische Entscheidungen bei Ungewissheit*, 1980, S. 347.

¹⁷ Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M160 – wissenschaftliche Studie zusammen mit Growitsch/Wein/Schwarze/Schwintowski.

¹⁸ Nils Hellberg, *Noch mehr Pflicht-Haftpflichtversicherungen? Problematischer Trend in Deutschland und der Europäischen Union*, VW 2006, 711, 712.

Diese Argumente greifen letztlich zu kurz. Wenn Pflichtversicherungen tatsächlich nur teilweise Deckungsschutz gewähren - etwa weil die Selbstbeteiligungen hoch sind -, so fehlt der Anreiz für den Schädiger, sein Verhalten im Vorfeld etwaiger Schäden zu ändern. Konsequenz: Das Haftungsrisiko wird auf die Geschädigten verlagert, mit anderen Worten, das Haftungsrisiko wird externalisiert statt internalisiert. Es entstehen genau die fehlerhaften Anreizwirkungen, die zu den Vorschlägen von Pigou, Coase, Olson und Sinn geführt haben. Das Kostenargument ist schon deshalb nicht nachvollziehbar, weil angemessener Versicherungsschutz in jedem Fall dann preiswert ist, wenn geringe Schäden verursacht werden. Das Kostenargument kann also nur dann stimmen, wenn in Wirklichkeit die Schadensquote hoch ist. Das ist aber genau die Situation, in der man Pflichtversicherungen braucht.

Hellberg verweist außerdem auf ein Gutachten des deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung (DIW, Berlin). Das DIW habe im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft errechnet, dass für den Fall der Einführung einer Pflichtversicherung zur Abdeckung von Rückrufrisiken im Futtermittelbereich bis zu 148.000 Arbeitsplätze in der Europäischen Landwirtschaft gefährdet werden.¹⁹ Die nahe liegende Frage, wie viel Arbeitsplätze bei der Nichteinführung der Pflichtversicherung gefährdet sind, scheint nicht gestellt worden zu sein. Wenn die Einführung einer Pflichtversicherung tatsächlich 150.000 Arbeitsplätze gefährdet, dann spricht die schlichte Logik dafür, dass die Nichteinführung die gleiche Menge an Arbeitsplätzen kostet, nur in anderen Lebensbereichen, nämlich denen, die die auf sie überbürdeten Haftungsrisiken tragen. Das bedeutet, die Nichteinführung der Pflichtversicherung bewirkt die gleichen vermögensmäßigen Folgen, nur zulasten der Geschädigten.

IV. Ist Pflicht-Haftpflichtversicherung also nur ein Nullsummenspiel?

Dies führt zum Schluss zu der Frage, ob Pflicht-Haftpflichtversicherungen möglicherweise reine Nullsummenspiele sind, also reine Umverteilungswirkungen haben. Wenn Pflichthaftpflichtversicherungen reine Nullsummenspiele wären, hätten sie einen großen Nachteil: Sie würden nämlich Transaktionskosten in Form von Bürokratiekosten verursachen, ohne einen volkswirtschaftlichen Mehrwert zu erzeugen. Ohne Pflichtversicherung gäbe es keine Versicherungsverträge, keine Vermittler, keine Provisionen, keine Sachbearbeitung, also keine Bürokratie, um die Pflichtversicherung letztlich am Markt durchzusetzen und schadensmäßig abzuwickeln. Die Bürokratiekosten sollten keinesfalls unterschätzt werden – durchschnittliche Verwaltungskosten in Versicherungsunternehmen – ohne die dazugehörigen Schadenaufwendungen – liegen selten unter 10 %. Da Pflichtversicherungen oft eine sehr große Zahl von Menschen und Unternehmen erfassen, können die Bürokratiekosten leicht auch in die Milliarden gehen. Nun kann man immer noch die Frage stellen, ob die Umverteilung durch Bürokratie in einer Volkswirtschaft jedenfalls dann von Nutzen ist, wenn es in dieser Volkswirtschaft auf der Ebene der Warenproduktion wegen der Automatisierung der Vorgänge nichts mehr zu tun gibt. In solchen Fällen kann es sinnvoll sein, Bürokratien und Dienstleistungsbereiche zu schaffen, die letztlich nur die Aufga-

¹⁹ Hellberg, aaO., S. 112.

be haben, Güter, die von Robotern erzeugt werden, über (scheinbar) sinnvolle Arbeit an Menschen umzuverteilen.

Sehr viel besser und überzeugender ist es allerdings, wenn Pflichtversicherungssysteme keine Nullsummenspiele sind, sodass von vornherein feststeht, dass der aus der Existenz der Pflichtversicherung resultierende volkswirtschaftliche Mehrwert die Bürokratiekosten übersteigt.

Um diese Frage zu beantworten, muss man sich auf die drei Funktionen besinnen, die mit der Institution Versicherung verbunden sind. Es geht um die

- Sicherungsfunktion
- Liquiditätsfunktion
- Innovationsfunktion²⁰

Die Sicherungs- und die Liquiditätsfunktion verlagern Sicherheit und Liquidität vom Schädiger auf den Geschädigten. Der Geschädigte kann sicher sein, dass Schäden, die ein Dritter verursacht, ausgeglichen und kompensiert werden, sodass er keine Liquidität für solche Risikolagen vorhalten muss, d.h. er kann mit geringeren Liquiditätspolstern arbeiten und ist insgesamt leistungstärker – etwa wenn es um die Gründung von Unternehmen oder um das Vorantreiben von unternehmerischen Ideen geht. Dieser frei werdenden Liquidität bei den Geschädigten steht die Beschränkung der Liquidität bei den Schädigern gegenüber. Diese zahlen nämlich die Versicherungsprämie d.h. in dem Maße, in dem die Geschädigten an Liquidität gewinnen, verlieren die Schädiger. Mit Blick auf die Liquidität und Sicherheit handelt es sich bei den Wirkungen der Pflichthaftpflichtversicherung also um ein Nullsummenspiel.

Dies ändert sich mit Blick auf die Innovationsfunktion grundlegend. Die Innovationsfunktion des Produktes Versicherung wird wenig diskutiert und vielfach unterschätzt. Sie ist aber absolut grundlegend für die volkswirtschaftlichen Wirkungen von Versicherungen. Die Innovationsfunktion erhöht nämlich die Wagnisbereitschaft derer, die sich versichern. Stellt man sich einmal einen Kfz-Markt ohne Kfz-Haftpflichtversicherung vor, so wird klar, dass jeder, der einen Schaden verursacht, damit rechnen muss, durch den Unfall selbst verletzt zu werden, Sachschäden und Personenschäden bei Dritten hervorzurufen und als Folge hiervon in unangenehme Prozesse und Vollstreckungen verwickelt zu werden. Man wird also über die Frage nachdenken, ob man das alles will und deshalb, soweit es irgend geht, auf ein Kfz verzichten. Stattdessen könnte man auf öffentliche Verkehrsmittel oder Fahrräder umsteigen. Die Fahrzeugindustrie würde ebenfalls reagieren und Fahrzeuge anbieten, die möglichst stoß- und drucksicher sind, also am besten so ausgestattet sind, wie ein Panzer.

Die Einführung der Pflicht-Haftpflichtversicherung hat dies alles verhindert. Die Pflicht-Haftpflichtversicherung hat im Kfz-Bereich zu einer Revolutionierung der Kfz-Technik beigetragen und sie hat darüber hinaus dazu beigetragen, dass fast jeder Mensch im Lande

²⁰ Hans-Werner Sinn, JNStAt 1986, 557; ders., ZVersWiss 1988, 1, 3 ff.; Schwintowski, VersWissStud, Bd. 6, 27 ff.; U. Meyer, VersWissStud, Bd. 6, S. 11 ff.

über ein eigenes Fahrzeug verfügt. Das ist nur möglich, weil die Wagnisse, die durch das Fahren von Fahrzeugen eingegangen werden, versicherungsmäßig abgedeckt sind, sodass jeder davon ausgeht, dass man das Verursachen von Schäden vermögensmäßig verkraften kann. Die Folgewirkungen, die mit der Innovationsfunktion von Versicherungen in diesem Bereich verbunden sind, kann man gar nicht vollständig erfassen. Die Fahrzeugindustrie beeinflusst massiv den Straßenbau, damit die Anbindung von Orten an weiter entfernt gelegene Arbeitsplätze und damit wiederum die Vernetzung von ganzen Gebieten in Ländern. Ob es die Europäische Gemeinschaft ohne eine Pflicht-Haftpflichtversicherung heute wirklich schon geben würde, ist eine offene Frage, die aber berechtigt gestellt werden muss.

Gleichzeitig verursacht die Existenz sehr vieler Fahrzeuge neue Probleme, etwa die erhöhte CO₂-Emission, die den Klimawandel beschleunigt. Hier müsste nun erneut eine Pflicht-Haftpflichtversicherung her, um Anreize dafür zu setzen, angemessen CO₂ zu sparen. Die Tatsache, dass wir eine solche Pflicht-Haftpflichtversicherung nicht haben, belegt geradezu exemplarisch, welche Wirkung Pflichtversicherungen haben können und welche wir nicht haben, wenn es sie nicht gibt. Der CO₂-Ausstoß wäre längst erheblich gebremst, wenn wir mithilfe einer Kfz-Haftpflichtversicherung einen Anreiz dafür setzen würden, CO₂-arme Kfz zu produzieren und zu fahren. Würde es wirklich funktionsfähige Pflichtversicherungen gegen den Einsatz von Pestiziden, schädlichen Arzneimitteln, Drogen, fehlerhaften Techniken, schlechtem Wasser und verschmutzter Luft geben, würde dies nicht nur zu einer Umverteilung von Vermögen zugunsten der Geschädigten führen, sondern vor allem würde es die Wagnisbereitschaft auf beiden Seiten (jeder Schädiger ist auch ein potenzieller Geschädigter) erhöhen und damit zu Innovationen in die Volkswirtschaft führen, die regelmäßig gigantischen Ausmaßes, aber kaum erkannt sind.

Der medizinische Fortschritt mag als Beispiel dienen. Als Folge besserer Ernährung und medizinischen Fortschritts leben die Menschen heute im Vergleich zu 1880 um weit über 40 Jahre länger. Die durchschnittliche Lebenserwartung zu Bismarck's Zeiten lag bei etwa 42 Jahren (Renteneintrittsalter übrigens 70). Im Vergleich zu Bismarck's Zeiten leben die Menschen heute also mindestens doppelt so lange. Die Tendenz ist steigend. In einer doppelt so langen Lebenszeit können Menschen Dinge tun, denken, entwickeln, gestalten und hervorbringen, die in den Generationen vorher nicht einmal geträumt werden konnten. Allein die Verdoppelung der Lebenserwartung führt zu einem volkswirtschaftlichen Mehrwert und Nutzen, der jährlich sicher die Hälfte des Gesamtbruttoinlandsproduktes ausmacht. Fragt man nach der Ursache des medizinischen Fortschritts, so wird man an allererster Stelle die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung nennen müssen. Sie hat im Zusammenwirken mit den Pflichthaftpflichtversicherungen dazu geführt, dass dem Bereich Medizin gigantische Ressourcen zufließen. Das wiederum hat Anreize ausgelöst, die zu großen Anstrengungen im Bereich der medizintechnischen Forschung geführt haben. Die Arzneimittelforschung ist erheblich verstärkt worden, die Forschung im Bereich der medizinischen Hilfsmittel hat erhebliche Fortschritte in den letzten 100 Jahren gemacht und die Ausbildung der Mediziner in allen Bereichen hat an Qualität gewonnen. Im Ergebnis zeigen diese (sehr skizzenhaften) Beispiele, welche unglaublichen Wirkungen mit der Innovationsfunktion von Versicherung verbunden sind. Diese Wirkungen entfalten

auch Pflichtversicherungen zugunsten der gesamten Volkswirtschaft. Sie gehen weit über das Umverteilen im Sinne eines Nullsummenspieles hinaus. Das ist der Grund, warum eine Vermutung dafür spricht, dass das Einführen von Pflichtversicherungen in aller Regel volkswirtschaftlich erwünschte und positive Wirkungen hervorbringt.

2.5.2 Statement Nils Hellberg, Leiter Haftpflicht-, Kredit-, Transport- und Luftfahrtversicherung, Statistik, Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.

Deutschland, das Land der Pflichtversicherungen

Der problematische Trend zur Einführung weiterer Pflicht-Haftpflichtversicherungen für Unternehmen ist ein Dauerbrenner in der Allgemeinen Haftpflichtversicherung.

Nach unserer neuesten Untersuchung gibt es in Deutschland bereits heute über 300 Pflicht-Haftpflichtversicherungen, davon rund 40 auf Bundesebene und rund 280 auf Länderebene in nahezu allen Lebensbereichen. Neben Pflichtversicherungen für Kfz-Halter, Jäger, Rechtsanwälte, Architekten und Hundehalter gibt es auf Länderebene auch „Exoten“, wie solche für Falknerprüflinge, Schulsportpferdehalter, Schulweglotsen, Jägerprüfungslehrgangsteilnehmer, Wattwagenunternehmer sowie Seilbahnbetreiber – selbst in Bundesländern, wie Berlin, Bremen und Hamburg, wo es gar keine Seilbahnen gibt. Und, wie es sich für Landesgesetze gehört, haben sie fast alle unterschiedliche Regelungsinhalte.

Deutliche Vollzugsdefizite bei bestehenden Pflichtversicherungen

Die hohe Anzahl an bestehenden Pflichtversicherungen macht vor allem eines deutlich: die heute schon bestehende Überregulierung, die gleichzeitig zu deutlichen Vollzugsdefiziten führt. Bei rund 250 Pflicht-Haftpflichtversicherungen ist im Gesetzes- bzw. Verordnungstext die für die Überprüfung der Einhaltung der Pflichtversicherungsvorschriften zuständige Stelle nicht, bzw. nicht vollständig, angegeben. Dies hat zur Folge, dass es dem Versicherungspflichtigen möglich ist, sich seiner Versicherungspflicht zu entziehen, ohne dass es jemandem auffällt. Hier drängt sich geradezu die Frage auf, ob die Einhaltung einer Versicherungspflicht in diesen Fällen vom Staat überhaupt ernst gemeint sein kann. Denn derjenige, der verantwortungslos handelt, kann dies auch trotz Bestehens einer Versicherungspflicht tun. Dies dürfte übrigens auch einer der vielen Gründe sein, warum die meisten anderen Staaten in Europa und der Welt mit deutlich weniger Pflichtversicherungen auskommen als wir.

Die Diskrepanz zwischen Regelungsdichte und Kontrolle gesetzmäßigen Verhaltens lässt sich besonders gut an der Hundehalter-Haftpflichtversicherung beobachten. Die Versicherungspflichten in den Landesgesetzen nehmen stetig zu, während die Ordnungsbehörden ihre Kontrolle sogar offiziell auf Stichproben beschränken. So führen hier Pflichtversicherungen weder zu einer Erhöhung der Versicherungsdichte, noch wirken sie sich positiv auf die Schadenentwicklung aus.

Beispiel Dioxinskandal

Trotzdem ist der vorschnelle Ruf nach weiteren Pflicht-Haftpflichtversicherungen ungebrochen. Denken Sie an den skandalösen Fall Dioxin kontaminierter Futterfette zu Beginn dieses Jahres. Die Landwirte der auf Verdacht vorübergehend gesperrten Höfe erhielten keinen Ersatz für ihre schließungsbedingten Einbußen. Eine umfassende Pflicht-Haftpflichtversicherung für alle Futtermittelunternehmen müsse deshalb her. Mit einer Pflichtversicherung, so die Überlegung, bleibt künftig niemand auf seinen Schäden sitzen, alles wird problemlos ersetzt. Doch dies ist ein Irrglaube.

Am Fall des Dioxinskandals lässt sich sehr gut zeigen, dass mit einer Pflichtversicherung viele Probleme erst anfangen würden: Derzeit leben die Futtermittelunternehmen gut mit ihrem Versicherungsschutz. Eine Rundum-Sorglos-Absicherung im Rahmen einer umfassenden Betriebshaftpflicht-, Produkthaftpflicht- und vielleicht sogar noch Rückrufkostenversicherung für alle Futtermittelunternehmer - einschließlich vieler Landwirte, die ebenfalls Futtermittel herstellen oder vertreiben - würde ihre Versicherungsprämien drastisch verteuern. Denn Pflichtversicherungsregelungen orientieren sich grundsätzlich nur an denkbaren Großschadensszenarien, unabhängig vom tatsächlichen Risiko des betreffenden Betriebes, der wegen seiner Branchenzugehörigkeit aber gleichwohl unter diese Pflichtversicherungsregelung fällt. Starrer, verpflichtender Versicherungsschutz im Rahmen von Pflichtversicherungen reduziert zudem den Anreiz zu aktivem Risikomanagement des Versicherungsnehmers. Die Folge ist, dass in Pflichtversicherungssystemen verantwortungsvolle Unternehmen auch für „schwarze Schafe“ mitbezahlen. Die Erfüllung der Versicherungspflicht muss wirksam überprüft werden, soll sie überhaupt Wirkung entfalten. Dies führt zwangsläufig zu mehr Bürokratie und Mehrkosten insbesondere bei Behörden und Unternehmen. Versicherer können mangels hoheitlicher Kompetenzen diese Überwachungsaufgaben übrigens nicht ausüben.

Darüber hinaus würde im Dioxinfall eine Pflicht-Haftpflichtversicherung für Futtermittelunternehmer noch nicht einmal den geschädigten Landwirten helfen. Betriebshaftpflichtversicherungen gehören in Deutschland zum Versicherungsstandard. Die Versicherungsdichte im Bereich der Futtermittel- und Landwirtschaft beträgt deshalb heute schon nahezu 100 Prozent. Wenn der Versicherungsnehmer aber entweder nach dem Gesetz gar nicht haftet oder dieser den Schaden vorsätzlich herbeigeführt hat, leistet auch eine Pflicht-Haftpflichtversicherung nicht. Ob hier Vorsatz im Spiel war, wird derzeit noch staatsanwaltschaftlich geprüft. Die durch Verdachtssperrungen entstandenen Einbußen der Landwirte stellen aber jedenfalls keinen Haftpflichtschaden dar. Denn die zulässigen Dioxin-Grenzwerte ihrer untersuchten Produkte waren nicht überschritten. Den gesperrten Betrieben wäre also mit einer Pflicht-Haftpflichtversicherung in keiner Weise geholfen. Die richtige Antwort auf diesem Umstand lautet daher: Prävention stärken. Durch die im Lauf dieses Jahres beschlossenen Maßnahmen zur Schadenprävention könnte ein solcher Fall künftig vielleicht sogar vermieden werden. In diesem Zusammenhang ist außerordentlich zu begrüßen, dass Bundesregierung und Parlament gleich einen ganzen Katalog wirksamer Kontroll- und Schadenvermeidungsmaßnahmen für den Bereich der Futtermittelwirtschaft beschlossen haben. Und für den Landwirt, der sich gegen solche Fälle, in denen Drit-

te nicht gesetzlich haften, künftig außerdem durch eine Versicherung schützen möchte, für den wäre eine Ertragsausfallversicherung die richtige Lösung.

Nachdem sich die Europäische Kommission im Wesentlichen aus den vorgenannten Gründen gegen die europaweite Einführung einer Pflicht-Haftpflichtversicherung für Futtermittelunternehmen entschieden hat, bleibt zu hoffen, dass sich nun auch die Bundesregierung dem anschließt.

Pflichtversicherungen nur im Einzelfall sinnvoll

Selbstverständlich gibt es durchaus Beispiele gelungener Pflicht-Haftpflichtversicherungen, wie z.B. die Kfz-Haftpflichtversicherung. Hierbei handelt es sich um homogene Massenrisiken, die insbesondere ein hohes Personenschadenrisiko aufweisen. Versicherungsschutz kann von sehr vielen Marktteilnehmern bereitgestellt werden und es stehen ausreichend statistische Daten zur Schadenhäufigkeit und –höhe zur Verfügung. Vor allem aber wäre es gesellschaftlich nicht hinzunehmen, wenn einzelne Risiken unversichert wären. In vielen anderen Bereichen, in denen die Einführung von Pflicht-Haftpflichtversicherungen diskutiert wird – z.B. der Futtermittelwirtschaft oder bei gewerblichen Umwelthaftungsrisiken – und in denen sich die Betriebe in ihrem individuellen Risiko ganz erheblich voneinander unterscheiden, überwiegen oft die Nachteile einer Pflichtversicherung und der Versicherungsschutz würde sich insbesondere deutlich verteuern. Außerdem macht auch dort eine Pflichtversicherung keinen Sinn, wo deren Einhaltung nicht wirksam kontrolliert werden kann oder soll.

Thesen

Es gibt eine zunehmende Tendenz europäischer und deutscher Politik, ungeachtet der Verfügbarkeit von Versicherungsschutz, neue Pflicht-Haftpflichtversicherungen einführen zu wollen.

Durch Pflichtversicherungen werden Handlungsfreiheiten beschränkt. Dies kann nur dann gerechtfertigt sein, wenn die Pflichtversicherung im konkreten Fall sinnvoll ist, die angestrebten Ziele erreicht und zu keiner unangemessenen Belastung führt.

Vor Einführung weiterer Pflicht-Haftpflichtversicherungen ist eine intensive Prüfung möglicher Nachteile durch den Gesetzgeber unbedingt erforderlich. Nur wenn die Vorteile überwiegen, darf eine Pflicht-Haftpflichtversicherung eingeführt werden.

Bei der Prüfung und erst recht bei der Einführung einer Pflicht-Haftpflichtversicherung ist auf die Expertise der Versicherungswirtschaft zurückzugreifen.

Hohe Vollzugsdefizite bei vielen bestehenden Pflicht-Haftpflichtversicherungen führen dazu, dass auch bei diesen Pflicht-Haftpflichtversicherungen keine höhere Marktdichte entsteht, als wenn deren Abschluss freiwillig wäre.

2.5.3 Podiumsdiskussion

Die Arbeitsgruppe „Allgemeine Haftpflichtversicherung“ befasste sich mit der Frage, ob mehr Pflicht-Haftpflichtversicherungen in Deutschland benötigt werden. Als Experten referierten Herr Nils Hellberg (Leiter Haftpflicht-, Kredit-, Transport- und Luftfahrtversicherung, Statistik beim GDV, Berlin) und Herr Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski (Humboldt-Universität, Berlin). Die Veranstaltung wurde von Prof. Dr. Peter Schimikowski (FH Köln, Institut für Versicherungswesen) moderiert. Herr Hellberg zeigte eine zunehmende Tendenz europäischer und deutscher Politik auf, neue Pflicht-Haftpflichtversicherungen festzuschreiben zu wollen. In Deutschland existierten bereits rund 300 Pflichtversicherungen. Beschränkungen der Handlungsfreiheit seien aber nur dann gerechtfertigt, wenn die Pflichtversicherung im konkreten Fall sinnvoll ist, die angestrebten Ziele erreicht und zu keiner unangemessenen Belastung führt. Daher sei vor der Einführung weiterer Pflicht-Haftpflichtversicherungen eine intensive Prüfung möglicher Nachteile unbedingt erforderlich. Nur wenn die Vorteile überwiegen, dürfe eine Pflicht-Haftpflichtversicherung eingeführt werden. Er wies darauf hin, dass hohe Vollzugsdefizite bei vielen bestehenden Pflicht-Haftpflichtversicherungen dazu führen, dass auch bei diesen Pflicht-Haftpflichtversicherungen keine höhere Marktdichte entstehe, als wenn deren Abschluss freiwillig ist.

Prof. Dr. Schwintowski hielt in seinem Statement dagegen, Pflicht-Haftpflichtversicherungen sorgten dafür, dass Haftpflichttrisiken von den Schädigern und nicht von den Geschädigten getragen werden und setzten folglich das Haftungssystem eines Rechtsstaates durch. Sie sorgten (etwa durch Bonus-Malus-Regelungen) dafür, dass (potenzielle) Schädiger ihr Verhalten ändern, sodass insgesamt weniger Schäden entstünden. Pflicht-Haftpflichtversicherungen seien folglich billiger als die Verlagerung der Schadensrisiken auf die Geschädigten. Pflicht-Haftpflichtversicherungen sorgten schließlich für Wirtschaftswachstum und technischen Fortschritt in ganz erheblichem Umfang, indem sie dem Versicherungsnehmer das Risiko abnehmen, die Folgen gefährlichen Tuns – etwa das Führen eines Kfz - alleine tragen zu müssen. In der anschließenden Diskussion wurde die Notwendigkeit von Pflicht-Haftpflichtversicherungen bei bestimmten, besonders brisanten Risiken nicht in Frage gestellt. Konkret wurde darüber diskutiert, ob eine Pflicht zum Abschluss einer Privathaftpflichtversicherung (PHV) und einer Betriebshaftpflichtversicherung gesetzlich festgeschrieben werden sollte. Aus dem Kreis der Teilnehmer wurde darauf verwiesen, dass in der PHV eine Marktdurchdringung von etwa 70% gegeben sei. Es gebe also die Gefahr, dass ein Geschädigter vom Schädiger keinen Ersatz für seinen Schaden erhält. Allerdings wurde dieses Risiko von der Mehrheit als eher gering eingestuft, weil in modernen PHV-Produkten eine so genannte Forderungsausfall-Versicherung eingeschlossen sei. In Bezug auf die BHV sahen die Teilnehmer keinen Handlungsbedarf, weil die Marktdichte nahe 100% liege. Mehrheitlich sprachen sich die Teilnehmer gegen neue Pflicht-Haftpflichtversicherungen aus.

Ein Vorschlag von Prof. Dr. Schwintowski, eine Pflicht-Haftpflichtversicherung dann in Betracht zu ziehen, wenn sich herausstellt, dass für bestimmte Haftungsrisiken kein ausrei-

chender Versicherungsschutz bereitgestellt oder keine ausreichende Marktdurchdringung erreicht wird, wurde mit Zustimmung aufgenommen.

Kontakt/Impressum

Diese Veröffentlichung erscheint im Rahmen der OnlinePublikationsreihe „**Forschung am IVW Köln**“.

Alle Veröffentlichungen dieser Reihe können unter www.ivw-koeln.de oder unter <http://opus.bsz-bw.de/fhk/index.php?la=de> abgerufen werden.

Eine weitere Publikationsreihe ist die **Schriftenreihe des Instituts für Versicherungswesen der Fachhochschule Köln**.

Herausgeber: Verein der Förderer des Instituts für Versicherungswesen an der Fachhochschule Köln e. V. Die Schriftenreihe kann über den Verlag Versicherungswirtschaft bezogen werden (<http://www.vvw.de/>).

Eine Übersicht aller Hefte der Schriftenreihe kann auch unter folgender Adresse abgerufen werden:

<http://www.f04.fh-koeln.de/fakultaet/institute/ivw/informationen/publikationen/00366/index.html>

Köln, März 2012

Herausgeber / Editorship:

Prof. Dr. Reimers-Rawcliffe
Prof. Dr. Peter Schimikowski
Prof. Dr. Jürgen Strobel

Institut für Versicherungswesen /
Institute for Insurance Studies

Fakultät für Wirtschaftswissenschaften /
Faculty of Economics and Business Administration

Fachhochschule Köln / Cologne University of Applied Sciences

Web www.ivw-koeln.de

Schriftleitung / Contact editor's office:

Prof. Dr. Jürgen Strobel

Tel. +49 221 8275-3270

Fax +49 221 8275-3277

Mail juergen.strobel@fh-koeln.de

Institut für Versicherungswesen /
Institute for Insurance Studies

Fakultät für Wirtschaftswissenschaften /
Faculty of Economics and Business Administration

Fachhochschule Köln / Cologne University of Applied Sciences
Gustav Heinemann-Ufer 54
50968 Köln

Kontakt Autor / Contact author:

Institut für Versicherungswesen /
Institute for Insurance Studies

Fakultät für Wirtschaftswissenschaften /
Faculty of Economics and Business Administration

Fachhochschule Köln / Cologne University of Applied Sciences
Gustav Heinemann-Ufer 54
50968 Köln

Tel. +49 221 8275-3271

Fax +49 221 8275-3277

Mail info@ivw-koeln.de

ISSN (online) 2192-8479