

Mit der privaten Krankenversicherung Kurs auf Zukunft!



Von Günter Dibbern

Vor vier Jahren hörte sich alles noch vielversprechend an: Damals forderte der Koalitionsvertrag, dass die Kranken- und die Pflegeversicherung auch der demografischen Entwicklung gerecht werden müssten. Für die Krankenversicherung wurden konkrete Finanzierungsmaßnahmen angesichts der sehr gegensätzlichen gesundheitspolitischen Vorstellungen der Koalitionsparteien – Bürgerversicherung (alle Bürger zahlen einen prozentualen Beitrag aus der Summe aller Einkünfte) oder solidarische Gesundheitsprämie (alle gesetzlich Versicherten zahlen einen gleichen Beitrag ein) – nicht näher benannt. Für die Pflegeversicherung vereinbarten die Koalitionspartner sogar ausdrücklich, die Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demografievorsorge*.

Die Bilanz heute fällt ernüchternd aus: Die Politik hat auch in den vergangenen vier Jahren das entscheidende Problem in der gesetzlichen Krankenversicherung – die Bewältigung der demografischen

Herausforderungen und ihre Finanzierung – nicht angepackt. Dabei ist eine Lösung dringend geboten.

Knapp die Hälfte der Krankheitskosten entfallen auf die ab 65-Jährigen

Die Fakten sprechen für sich: 49,9 Prozent der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen auf die Rentner. Damit verursachen 25,9 Prozent der Versicherten fast die Hälfte der Krankheitskosten. Davon finanzieren die Rentner allerdings nur 47,1 Prozent selbst. Den Rest bringen vor allem die Erwerbstätigen auf. Ihre Anzahl verringert sich aber von Jahr zu Jahr, wohingegen der Anteil der Rentner an der Gesamtbevölkerung steigt. Finanzieren heute 100 Erwerbstätige, also die 20- bis 64-Jährigen, 33 Rentner, so werden sie im Jahr 2050 fast doppelt so viele Rentner finanzieren müssen. Das heißt im Ergebnis: Die gesetzliche Krankenversicherung ist langfristig nicht finanzierbar.



Günter Dibbern, Vorsitzender des Vorstands, DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Sichere Vorsorge durch Kapitaldeckung – private Krankenversicherungen von der demografischen Entwicklung unberührt

Dabei zeigt die private Krankenversicherung als Bestandteil des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland, dass es eine kundenorientierte Lösung für den demografischen Wandel gibt: Sie kalkuliert ihre Beiträge mit Kapitaldeckung und trifft so Vorsorge für steigende Krankheitskosten in der Zukunft. Dadurch ist sie im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber der demografischen Entwicklung weitestgehend unempfindlich.

In der privaten Krankenversicherung wird der Beitrag so berechnet, dass er im Grundsatz – bei im Übrigen gleichbleibenden Verhältnissen – für die Dauer des Vertrages stabil bleibt. Hierzu wird

„Um die Finanzierung des Gesundheitswesens nachhaltig zu stärken und die jüngere Generation finanziell zu entlasten, ist es ratsam, noch mehr kapitalgedeckten Versicherungsschutz anzubieten. Die private Krankenversicherung kann hierfür die richtige Richtung weisen.“

zu Vertragsbeginn ein höherer Beitrag erhoben, als es das Risiko des Versicherten erfordert. Die Differenz wird als Sparanteil verzinslich angelegt und in der sogenannten Alterungsrückstellung gesammelt. Steigen die Krankheitskosten des Versicherten schließlich mit zunehmendem Alter, werden die angesparten Mittel aufgelöst, um den Beitrag des Versicherten stabil zu halten.

Die Politik hat ihre erfolgversprechenden Ziele verfehlt – das Demografieproblem in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht unverändert

Das Versprechen im Koalitionsvertrag 2005, das Umlageverfahren in der gesetzlichen Pflegeversicherung durch kapitalgedeckte Elemente zu ergänzen, wurde

von der Politik nicht gehalten. Stattdessen wurden die Leistungen ausgeweitet – was grundsätzlich erforderlich und zu begrüßen war. Doch sie erhöhen die demografische Last in der gesetzlichen Pflegeversicherung noch zusätzlich. Das heißt, die Erwerbstätigen, die heute die Leistungsverbesserungen finanzieren, können nicht darauf vertrauen, zukünftig selbst Leistungen in gleichem Maße zu erhalten. Darüber kann auch die geringe Beitragssatzerhöhung in der gesetzlichen Pflegeversicherung von 17 Prozent auf 1,95 Prozent nicht hinwegtäuschen. Denn sie wird nicht dauerhaft zur Finanzierung der weiteren Leistungen ausreichen.

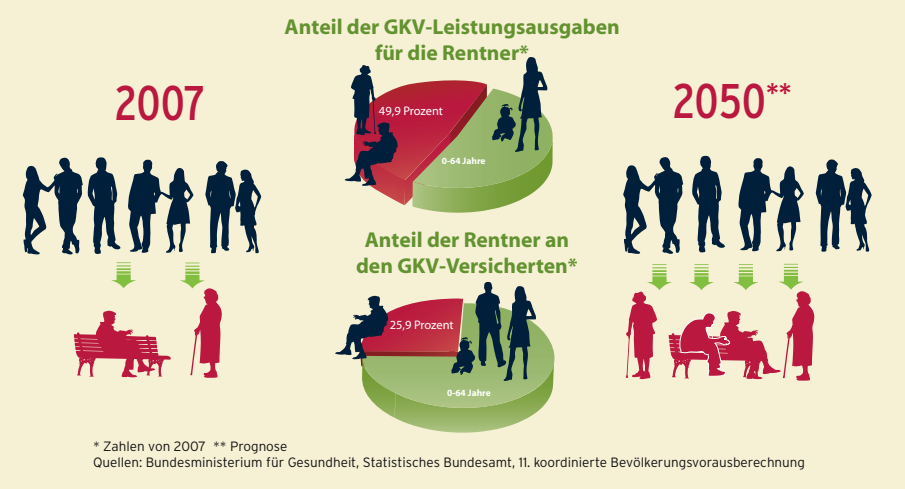
Auch das Ziel für die Krankenversicherung, die Finanzierungsbasis des Gesundheitswesens zu stärken, wurde verfehlt. Durch die Einführung der dreijährigen Wechselsperre werden gesetzlich Versicherte, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze (48.600 Euro im Jahr 2009) übersteigt, drei Jahre an einem Wechsel in die private Krankenversicherung gehindert. Der gesetzlichen Krankenversicherung fließen dadurch länger Beiträge zu. Allerdings verursachen die Versicherten und ihre Familien auch Krankheitskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung, die mit zunehmendem Alter steigen. Die Verlängerung der Versicherungspflicht löst also keineswegs das demografische Problem in der gesetzlichen

Krankenversicherung. Dies gilt umso mehr für staatliche Einheitsversicherungssysteme à la Bürgerversicherung.

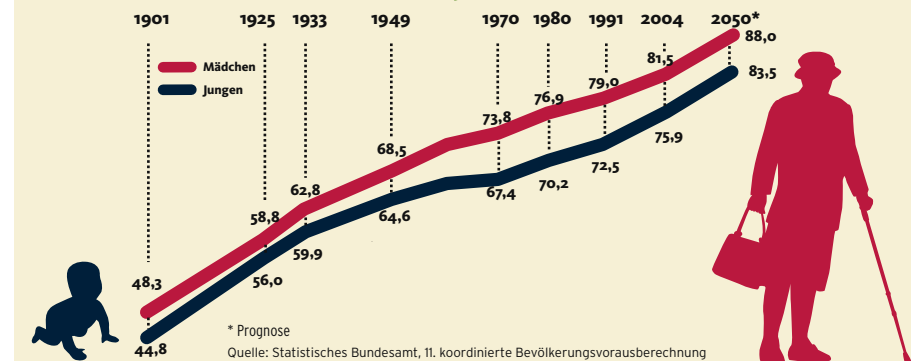
Leider geben auch die aktuellen Wahlprogramme der großen Parteien keine klaren Antworten auf die Frage nach einer nachhaltigen Finanzierung, insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung. Nur eine Partei greift das Stichwort „Kapitaldeckung“ in Zusammenhang mit der Gesundheitspolitik überhaupt auf. Politisch bleibt es aber wünschenswert, mehr Menschen einen kapitalgedeckten Versicherungsschutz anzubieten und die finanziell bereits überforderte gesetzliche Krankenversicherung zu entlasten. Die Finanzierungsbasis des gesamten Gesundheitswesens könnte so nachhaltig gestärkt werden – auch zugunsten jüngerer Generationen. Dazu müsste in einem ersten Schritt die Versicherungspflichtgrenze abgesenkt und die Drei-Jahres-Wechselsperre in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder zurückgenommen werden. Zudem könnte die private Krankenversicherung für ganze Berufsgruppen oder zum Beispiel für Berufseinsteiger geöffnet werden.

Es gibt also durchaus Wege, das demografische Problem in der Finanzierung des Gesundheitswesens zu lösen. Man muss sich nur trauen, sie zu gehen. Die private Krankenversicherung kann die Richtung weisen.

Gesetzliche Krankenversicherung auf Dauer nicht finanzierbar



Immer älter – Lebenserwartung in Deutschland bei der Geburt



Das Unternehmen Gesundheit!®

Ihren Versicherten in jeder Situation und lebenslang zu medizinisch hochwertigen Behandlungsangeboten mit Rat und Tat zur Seite stehen – das will die DKV. Als Unternehmen Gesundheit hat sie sich dabei ein ehrgeiziges Ziel gesteckt: ihren Versicherten bei möglichst vielen Diagnosen überzeugende Behandlungsoptionen aufzeigen. Seite 2-3



Pflegezusatzversicherung

Wer sich allein auf die gesetzliche Pflegeversicherung verlässt, muss im Pflegefall oft tief in die eigene Tasche greifen. Eine private Ergänzungsversicherung schützt davor: Sie hilft, drohende Kostenlücken zu schließen und so den Lebensstandard zu sichern. Seite 2



Sicherheit in der PKV

Gerade in wirtschaftlich turbulenten Zeiten zeigt sich die Bedeutsamkeit einer soliden Kapitalanlagestrategie. Die DKV bietet ihren Kunden diese Sicherheit und sorgt durch ein erfolgreiches Management der Kapitalanlagen für bezahlbare Beiträge auch im Alter. Seite 4

Qualität in den Ärztenetzen



Woher weiß man als Patient, welche Praxis gute Qualität bietet? Sicher, man kann im Internet recherchieren. Aber wirklich vertrauen kann man dort den wenigsten Inhalten. Denn man weiß nie, wer beispielsweise in den zahlreichen Foren der Urheber von Bewertungen ist und welches Interesse damit verfolgt wird. Was viele nicht wissen: Arztpraxen können sich von unabhängigen Institutionen wie der DEKRA zertifizieren lassen. Die

Ärztenetze der DKV sind auch hier Vorreiter. Im vergangenen Juni hat die DEKRA in einem Pilotprojekt die Qualität von insgesamt zehn goMedus- und goDentis-Facharztpraxen bestätigt. Geplant ist, dass nach und nach alle Praxen in den Netzwerken geprüft und nach DIN-Norm zertifiziert werden.

Von einer Zertifizierung profitieren neben den Patienten auch die teilnehmenden Praxen, die dadurch angehalten sind, ihren Standard stetig zu überprüfen und zu verbessern. Das sorgt für eine Weiterentwicklung des Potenzials und steigert die Effizienz vieler Arbeitsprozesse. Und nicht zuletzt können die Ärzte mit einem erworbenen Zertifikat ihre hohe Versorgungsqualität auch nach außen sichtbar machen.

Nur private Vorsorge verspricht finanzielle Sicherheit

Dass man für seine Rente privat vorsorgen muss, ist dem Großteil der Bevölkerung bewusst. Was viele nicht wissen: Genauso notwendig ist die private Vorsorge für den Pflegefall.



Die gesetzliche Pflegeversicherung ist wie die gesetzliche Rentenversicherung als Generationenvertrag konzipiert. Doch die Deutschen werden immer älter – eigentlich ein Grund zur Freude, aber mit stei-

gendem Alter nimmt auch die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit immens zu. Die gleichzeitig sinkenden Geburtenzahlen führen dazu, dass immer weniger Beitragszahler für immer mehr Pflegebedürftige aufkommen müssen.

Vertrauen in die gesetzliche Pflegeversicherung kann ein Vermögen kosten

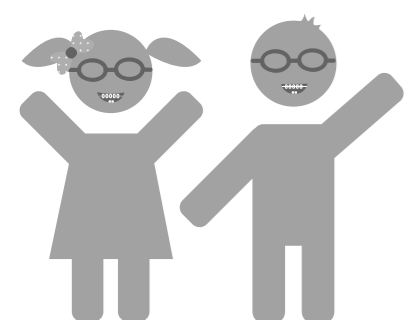
Viele vertrauen für den Pflegefall allein auf die gesetzliche Pflegeversicherung. Das ist ein Fehler. Denn die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung reichen in den meisten Fällen nicht aus, um die tatsächlich anfallenden Pflegekosten zu decken. Es entsteht

eine Finanzierungslücke, die mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit wächst: Bereits für die professionelle häusliche Pflege in der niedrigsten Pflegestufe I müssen jährlich um die 5.000 Euro selbst bezahlt werden. Wird die schwerste Pflegestufe III festgestellt, kommen im Jahr sogar oft mehr als 20.000 Euro zusammen, die aus eigener Tasche gezahlt werden müssen. Bei solchen Summen ist schnell ein kleines Vermögen verbraucht – oft die Ersparnisse eines ganzen Lebens. Kann der Pflegebedürftige die Kosten nicht mehr selbst tragen, springt zunächst das Sozialamt ein. Doch es fordert das Geld gegebenenfalls direkt im Anschluss vom Ehegatten oder den Kindern zurück. Für viele junge Familien führt dies zu erheblichen finanziellen Belastungen, die komplette Lebensentwürfe umwerfen können.

Wer sich für den Pflegefall allein auf den „Teilkas-

ko-Schutz“ der gesetzlichen Pflegeversicherung verlässt, riskiert mit dieser Fehleinschätzung also hohe finanzielle Belastungen. Doch das muss nicht sein: Eine private Ergänzungsversicherung vervollständigt die gesetzliche Pflegeversicherung und hilft, die drohende Kostenlücke zu schließen. Als Europas größter privater Kranken- und Pflegeversicherer bietet die DKV sowohl Pflegekosten- als auch Pflegegeldtarife an. Das erhöht in jeder Pflegestufe die finanzielle Sicherheit und Flexibilität des Betroffenen und seiner Angehörigen. Wer unabhängig von politischen Entscheidungen oder der demografischen Entwicklung seinen Lebensstandard sichern will, muss rechtzeitig die Initiative ergreifen und privat vorsorgen.

Ein Leben lang gut versorgt – mit dem Gesundheitsbegleiter DKV



Zusatzversicherung können auch gesetzlich Versicherte im Krankenhaus Privatpatient sein.



Eine Füllung oder Krone ist fällig – da kann einem das Lachen schnell vergehen. Die Zahnärzte von goDentis sorgen mit professionellen Zahnreinigungen und hochwertigem Zahnersatz dafür, dass man sein Lächeln behält – ein Leben lang.



in Leben lang

cht versichern. Aber jeder, der schon einmal gesundheitliche Probleme hatte, weiß, was er will:
Genauer gesagt: Qualitätsmedizin auf hohem Niveau – für jede Lebenslage und ein Leben lang.

Im Ernstfall braucht man die Hilfe kompetenter Partner

Wer eine schwere Krankheit diagnostiziert bekommt, ist nicht nur geschockt, sondern häufig auch mit der Situation überfordert: Wo finde ich gute Ärzte? Worum muss ich mich

kümmern? Welche Behandlung ist jetzt erforderlich? Die DKV will ihren Versicherten in einem solchen Fall begleitend zur Seite stehen und hat deshalb eine Reihe von Maßnahmen entwickelt. Beispielsweise einen Zweitmeinungsservice durch renommierte Spezialisten: Stellt der behandelnde Arzt eine folgenreiche Diagnose wie eine schwere Herzerkrankung oder einen Bandscheibenvorfall, organisiert die DKV bei entsprechendem Versicherungsschutz ein schriftliches Zweitgutachten

durch einen anerkannten Experten auf diesem Fachgebiet. Damit kann sich der Patient über seine Diagnose vergewissern und zusätzlich über geeignete Behandlungsmethoden informieren.

Um ihre Versicherten, bei denen zum Beispiel Prostata- oder Brustkrebs oder aber eine schwere Herzerkrankung festgestellt wurde, nicht noch zusätzlich mit der Abwicklung organisatorischer und medizinischer Abläufe zu belasten, hat die DKV

Qualitätspartnerschaften mit zunächst drei Kompetenzzentren geschlossen (siehe Info-Kasten). Ein persönlicher Ansprechpartner begleitet und betreut den Patienten ein Jahr lang. Er sorgt dafür, dass die einzelnen Behandlungsschritte – von der Diagnose über die Therapie und Rehabilitation bis hin zur Nachsorge – reibungslos ineinandergreifen und den individuellen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden. Die kooperierenden Kliniken erzielen ihre hohe Behandlungsqualität unter anderem durch langjährig praktizierende

und erfahrene Ärzteteams, die über die geeignete Behandlung entscheiden. In diesen Kompetenzzentren herrscht schlichtweg ein hoher „Trainingszustand“ vor, weil zahlreiche Patienten behandelt werden. Jeder Einzelfall wird individuell in einem Gremium, dem sogenannten Board, besprochen, das daraufhin eine gemeinsame Behandlungsempfehlung erteilt.

Bei bestimmten schweren oder lebensbedrohlichen Krankheiten wie einer koronaren Herzerkrankung oder auch einem Bandscheibenvorfall ist keine Zeit zu verlieren. Dann zählen Schnelligkeit und medizinische Kompetenz, um die erforderliche Therapie möglichst rasch einzuleiten. Hierfür hat die DKV in Kombination mit einer stationären Ergänzungsversicherung den Servicetarif BestCare entwickelt. Er ermöglicht innerhalb von fünf Tagen den Zugang zu renommierten und für das spezifische Krankheitsbild anerkannten Experten. Die DKV kümmert sich für ihre Versicherten um einen Untersuchungstermin, veranlasst, wenn nötig, die stationäre Aufnahme bei einem anerkannten Spezialisten in Deutschland und organisiert alles Notwendige – von der individuellen Anreise bis zur anschließenden Nachsorge.

Qualitätspartnerschaften der DKV

Die DKV hat mit dem MediClin Herzzentrum Lahr / Baden eine neue Kooperation vereinbart.

Sie zielt auf die qualitätsgesicherte Versorgung bei Erkrankungen der Herzkranzgefäße und der Herzklappen ab. Das MediClin Herzzentrum Lahr gehört zu den modernsten auf das Herz

spezialisierten Fachkliniken in Deutschland. Die Kooperation mit MediClin ist die mittlerweile dritte Qua-

litätspartnerschaft. Die erste ging die DKV zur Behandlung des

Prostata-Karzinoms mit der urologischen Klinik des Klinikums Leverkusen, einem zertifizierten Prostatazentrum, ein. Die zweite Partnerschaft wurde mit dem Brustzentrum der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg geschlossen. Es ist mit etwa 700 Fällen pro Jahr eines der größten in Deutschland. Alle kooperierenden Kliniken bieten ihren Patientinnen



und Patienten das komplette Therapiespektrum mit allen klassischen und innovativen Behandlungsmethoden an und sorgen so für eine qualitätsgesicherte Versorgung. Entscheidet sich eine versicherte Person für eine Einrichtung, mit der eine Qualitätspartnerschaft besteht, wird ihr von diesem Zeitpunkt an für ein Jahr ein fester Ansprechpartner der DKV – der sogenannte Fallmanager – zur Seite gestellt. Er unterstützt unter anderem bei medizinischen und organisatorischen Fragestellungen.

Privatversicherung auch für gesetzlich Versicherte

Bei der DKV kann jeder gesetzlich Krankenversicherte, der bereit zu Eigeninitiative ist, Zusatzversicherungen wie zum Beispiel den Servicetarif BestCare in Verbindung mit einem stationären Ergänzungstarif abschließen. Das geht nicht zum Nulltarif. Aber wer in seine Gesundheit investieren will und sein monatliches Ausgabeverhalten prüft, kann schon durch das Umschichten kleiner Beträge die eine oder andere Zusatzversicherung abschließen. Dadurch können auch gesetzlich Versicherte für sich und ihre Familie im ambulanten und auch stationären Bereich zum Privatpatienten werden und sich DKV-Serviceleistungen sichern.

Prof. Dr. Christof Sohn, geschäftsführender ärztlicher Direktor der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg, mit der eine Qualitätspartnerschaft zur Behandlung von Brustkrebs besteht. „Es bietet sich geradezu an, dass sich starke Partner zusammenschließen: Wir von der medizinischen Seite versuchen Patientinnen und Patienten eine möglichst optimierte individuelle Medizin auf sehr hohem Niveau anzubieten. Die DKV hat das Ziel, ihren Versicherten medizinisch hochwertige Behandlungsangebote aufzeigen zu können. „Qualität der Medizin“ – auch da teile ich die Einschätzung mit den Kollegen von der DKV – bedeutet zum einen eine möglichst optimierte Qualität, was die Versorgung, die Diagnostik und die Therapie anbelangt.

Es beinhaltet darüber hinaus aber auch eine individuelle und menschliche Zuwendung, also Medizin für den Menschen.“



Dieter Hofmann aus Schmerkendorf weiß das Engagement des für BestCare zuständigen Serviceteams bei der DKV zu schätzen: Nachdem bei dem 54-jährigen im März eine koronare Herzerkrankung mit Indikation zum Bypass festgestellt worden war, scheiterte eine rasche Behandlung zunächst an einem ausstehenden Stress-Kardio-MRT, für das ihm erst in einigen Monaten ein Termin in Aussicht gestellt wurde. Dieter Hofmann ist gesetzlich versichert, hat aber bei der DKV noch eine stationäre Ergänzungsversicherung und den Servicetarif BestCare. Seine Frau wandte sich deshalb hilflos an die DKV. „Dann ging plötzlich alles sehr schnell“, erinnert sich Herr Hofmann. „Durch die Hilfe des DKV-Serviceteams für BestCare-Versicherte konnte innerhalb kürzester Zeit ein Termin zur Durchführung eines Stress-Kardio-MRT organisiert werden. „Danach wurde ich am Deutschen Herzzentrum in Berlin von einem anerkannten Experten untersucht und kurz darauf auch operiert. Eine große Hilfe in dieser schwierigen Zeit war für mich und meine Frau das DKV-Serviceteam, das zu jeder Zeit unsere Fragen sehr kompetent beantwortet und alles perfekt organisiert hat.“



Prof. Dr. Arnulf Hölscher, Partner im BestCare-Netzwerk der DKV
„Eine Behandlung auf einem hohen Qualitätsniveau wünschen sich die Krankenversicherung und die Patienten als beste Voraussetzung für einen möglichst raschen, effektiven und langfristigen Erfolg. Wird dieses Ziel erreicht, ist das für den Patienten und natürlich auch für die Versicherung gut.“



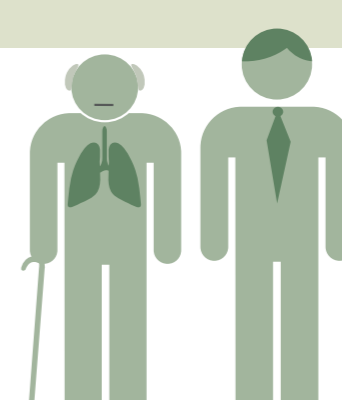
Ob Urlaub oder Geschäftsreise: Neben einer gut ausgestatteten Reiseapotheke gehört unbedingt eine Auslandsreisekrankenversicherung ins Gepäck.



Damit es nach Unfall, Krankenhaus und ambulanter Operation zuhause weitergeht, organisiert und bezahlt ein DKV-Serviceprodukt wirtschaftliche Hilfe und professionelle Pflege.



Wenn der Arzt eine schwere Erkrankung wie beispielsweise eine koronare Herzerkrankung feststellt, will man sich ganz sicher sein, ob die Diagnose tatsächlich stimmt. Der DKV-Zweitmeinungsservice sorgt in kürzester Zeit für ein zweites Gutachten – erstellt von einem anerkannten Experten.



Mit der Diagnose Krebs gelangen viele Betroffene schnell an ihre Grenzen. Bislang mussten sie sich häufig selbst um die Abwicklung aller medizinischen und organisatorischen Abläufe ihrer Behandlung kümmern. Mit dem Fallmanager an der Seite werden die Patienten tatkräftig unterstützt.

Sicherheitsmechanismen der privaten Krankenversicherung – die DKV setzt Maßstäbe

Wer eine private Krankenversicherung abschließt, verlangt von seinem Versicherungsunternehmen lebenslange Leistungen zu bezahlbaren Beiträgen – bis ins hohe Alter. Das geht nur mit einem verantwortungsvollen Anlagemanagement – gerade in wirtschaftlich unsicheren Zeiten.

In der privaten Krankenversicherung (PKV) zahlt jeder Versicherte einen individuellen Beitrag. Die Höhe ist unter anderem abhängig von dem Alter des Versicherten zu dem Zeitpunkt, als er in die Versicherung eingetreten ist. Je jünger jemand in die PKV kommt, desto geringer ist sein Beitrag, und zwar lebenslang. Woran liegt das? Die Beiträge werden so kalkuliert, dass die entstehenden Versicherungsleistungen und die eingehenden Versicherungsbeiträge – über die gesamte Vertragslaufzeit betrachtet – in einem Gleichgewicht sind.

Das Ziel: auch im Alter bezahlbare Beiträge

Ältere Menschen sind häufiger krank und müssen öfter beim Arzt oder im Krankenhaus behandelt werden. Mit dem Alter steigt also in der Regel die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen. Eigentlich müssten die Beiträge für die älteren Menschen in der PKV viel höher sein und für die jüngeren Menschen viel niedriger. Dieser Unterschied wird aber ausgeglichen. In jungen Jahren zahlt der Kunde mehr Beiträge ein. Diese Beiträge werden angespart und Jahrzehnte später – wenn der Mensch älter geworden ist – verwendet, um die zusätzlichen Ausgaben zu bestreiten. Die angesparten Beiträge werden in der sogenannten Alterungsrückstellung verzinslich am Kapitalmarkt angelegt. Im Alter werden die höheren Gesundheitskosten dann aus dem Beitrag und der Entnahme aus den angesparten Mitteln finanziert. Je besser also die Erträge auf dem Kapitalmarkt, desto verlässlicher kann das gesparte

Kapital im Alter eingesetzt werden. Auf diese Weise wird erreicht, dass zumindest das alterungsbedingte höhere Krankheitsrisiko des jeweiligen Versicherten nicht zu Beitragserhöhungen führt.

Die Kapitalanlagestrategie der DKV: sicher und nachhaltig

Für ihre Beitragskalkulation nimmt die DKV an, dass sich die Alterungsrückstellung mit einem Rechnungszins von 3,5 Prozent verzinst. Die DKV orientiert sich somit an dem maximalen Rechnungszinssatz, den der Gesetzgeber in der PKV für die Prämienberechnung und die Berechnung der Alterungsrückstellung vorsieht. Kann ein Versicherungsunternehmen die Verzinsung der Kapitalanlagen in Höhe ihres aktuellen Rechnungszinses nicht nachhaltig gewährleisten, muss es den Zins absenken. Dies führt grundsätzlich zu einer Erhöhung der Versicherungsbeiträge, weil die niedrigere Verzinsung der Alterungsrückstellung durch die höheren Beiträge kompensiert werden muss. Wird hingegen eine höhere Verzinsung erzielt, profitieren die Versicherungsnehmer, denen die Überschüsse fast vollständig gutgeschrieben werden. Die mit den Kapitalanlagen erzielten Renditen dienen un-

mittelbar der Stabilisierung der Beiträge in der Gegenwart und im Alter.

Die Alterungsrückstellung ist eine sehr langfristige Verbindlichkeit gegenüber den Versicherungsnehmern, dementsprechend groß ist die Verantwortung der DKV. Sie hält aktuell Kapitalanlagen von mehr als 24 Milliarden Euro – größtenteils die Alterungsrückstellung ihrer Versicherungsnehmer.

Um diese Alterungsrückstellung nicht zu gefährden, haben sich die Finanzexperten der DKV zwei Dinge zum Ziel gesetzt: Die Kapitalanlagen sollen sicher sein, und sie sollen mindestens den Rechnungszins von 3,5 Prozent erwirtschaften. Obwohl diese Ziele in dem zurückliegend turbulenten Kapitalmarktumfeld eine Herausforderung darstellten, können die Versi-

cherungsnehmer auch in einem solchen Umfeld darauf vertrauen, dass die Leistungen aus ihren Versicherungsverträgen dauerhaft erfüllt werden. Dazu tragen neben Anforderungen der Finanzmarktaufsicht bei der DKV auch insbesondere die internen Risikomanagementsysteme bei.

Externe Kontrollmechanismen der Finanzmarktaufsicht

Zum Schutz der Versicherten fordert die Finanzmarktaufsicht regelmäßig umfangreiche Berichte und Szenariorechnungen, um die Solvenz und Risikosituation der Versicherungsunternehmen zu überwachen. Die Unternehmen der PKV

haben mit Hilfe von Experten ein Verfahren entwickelt, das für jedes Unternehmen jährlich überprüft, ob es langfristig in der Lage ist, den aktuellen Rechnungszins zu erwirtschaften. Seit der Einführung des Verfahrens 2005 hat die DKV jedes Jahr die Überprüfung bestanden und wird sie, ausgehend von der aktuellen Kapitalmarktsituation, auch im kommenden Jahr bestehen. Des Weiteren plant die Europäische Kommission im Rahmen der europäischen Harmonisierung und Modernisierung der Aufsichtsstandards die Einführung neuer Aufsichts- und Eigenkapitalregeln (Solvency II). Damit soll die Gesamtrisikosituation, insbesondere auch die der Kapitalmarktrisiken, von Versicherungsunternehmen erfasst werden.

Bei der Bestimmung der optimalen Kapitalanlagestruktur unterstützt die DKV das Research Team der MEAG – des konzern-eigenen Vermögensmanagers und Fondsanbieters von Munich Re. Die Anlageexperten passen das aktuelle Kapitalanlageportfolio entsprechend an und beobachten es durch eine Reihe von Kennzahlen auf wöchentlicher oder täglicher Basis.

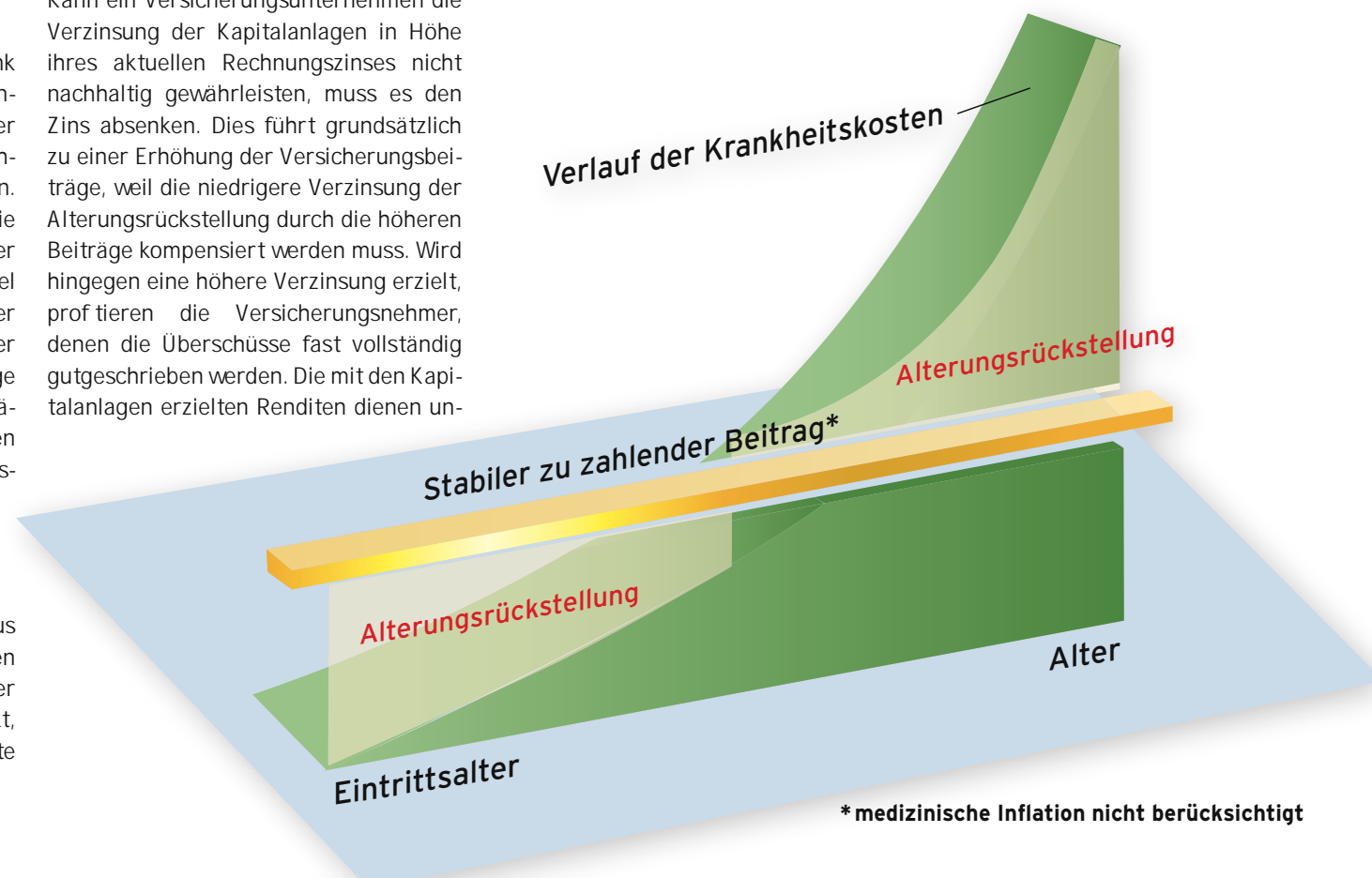
Überwacht werden die Kennzahlen in Risikostufen gemäß einer Ampelmethode. Im Falle einer Überschreitung wird kurzfristig über Maßnahmen wie zum Beispiel die Anpassung der Kapitalanlagestruktur entschieden.

Erfolgreiches Anlagemanagement schafft Stabilität

Die internen Risikomanagementsysteme der DKV sind auf dem neuesten Stand und gehen über die Anforderungen der Finanzmarktaufsicht hinaus. Im Verlauf der Finanzmarktkrise konnten diese konzern-eigenen Systeme wertvolle Signale liefern, die risikobegrenzende Maßnahmen eingeleitet haben. Natürlich fließen auch die Erkenntnisse aus der Finanzmarktkrise in die kontinuierliche Weiterentwicklung des Risikomanagements ein. Über die Ergebnisse können sich vor allem die Kunden der DKV freuen: Denn die Finanzstärke der DKV und ihrer Konzernmutter, der ERGO Gruppe, schafft Sicherheit: Diese Finanzstärke und das erfolgreiche Management der Kapitalanlagen dienen dem Ziel, die Beiträge auch im Alter bezahlbar zu halten und die DKV in die Lage zu versetzen, auch unter den schwierigen Kapitalmarktverhältnissen den aktuellen Rechnungszins langfristig erwirtschaften zu können.

Konzern-eigene Anlageexperten optimieren das interne Risikomanagement

Als Unternehmen der ERGO Versicherungsgruppe gehört die DKV zur Münchener Rück AG, die den Markennamen Munich Re führt. Damit hat sie Zugang zu gebündeltem Spezialisten-Know-how. Das ermöglicht die effiziente Entwicklung unternehmensindividueller Risikomanagementsysteme. Neben der Bewertung der Kapitalmarktrisiken ist die langfristige Ausrichtung des Kapitalanlageportfolios ein wichtiger Bestandteil des internen Risikomanagements. So wird in regelmäßigen Abständen die optimale Aufteilung der Kapitalanlagen auf die wesentlichen Anlageklassen wie zum Beispiel Anleihen, Immobilien, Aktien und Alternative Investments überprüft und gegebenenfalls neu festgelegt.



„Neue medizinische Möglichkeiten werden in Zukunft nicht mehr für alle bezahlbar sein“

Die Gesundheitsreform ist seit einigen Monaten in Kraft. Doch ist damit die Zukunft des Gesundheitswesens auch nachhaltig gesichert? Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen vom Forschungszentrum Generationenverträge am Institut für Finanzwissenschaft an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg zieht Bilanz.



Die Gesundheitsreform – häufig als Kompromiss aus den Modellen „Kopfpauschale“ und „Bürgerversicherung“ bezeichnet – ist nun voll in Kraft. Wie schätzen Sie die Haltbarkeit des jetzigen Modells ein?

Der Gesundheitsfonds, das Herzstück der Gesundheitsreform, kann nur als politischer Kompromiss der beiden großen Parteien über eine potenzielle Reform in der nächsten Legislaturperiode bezeichnet werden. Man hatte eine Finanzierungsreform angekündigt und musste sich deshalb auch auf ein Modell verständigen. Der Gesundheitsfonds erlaubt es dabei jeder Seite in der jetzigen Legislaturperiode ihr Gesicht zu wahren und dann

nach der nächsten Bundestagswahl im Falle eines Sieges – die grundsätzlichen Weichen wieder mehr in Richtung Kopfpauschale oder eben Bürgerversicherung zu stellen. Bis November stauen wir nun die nächste Beitragserhöhung auf. Aus der wissenschaftlichen Sicht sollte dabei einer Gesundheitspauschale der Vorrang gegeben werden. Denn eine Lohnerhöhung macht nicht krank und deshalb ist die lohnabhängige Beitragsfinanzierung nun einmal nicht risiko-äquivalent.

Welche Zwischenbilanz des Gesundheitsfonds ist zu ziehen?

Eine echte Zwischenbilanz kann noch gar nicht gezogen werden, denn noch be-

endet sich das ganze System in der Phase der Umstellung. Die Krankenkassen arbeiten derzeit noch die neuen Finanzströme des reformierten Risikostrukturausgleichs ab. Alle sitzen in Lauerstellung, welche Kasse als erste einen Zusatzbeitrag erhebt und damit den Vorhang für ein Rennen aufmacht, wo jeder seine Kasse für den Fall der Fälle verlässt. Das System muss sich also erst noch im Detail bewähren – vor allem auch dann, wenn beispielsweise wirklich eine Krankenkasse Insolvenz anmelden sollte. Ich vermute, dass sich dann eher eine große Fusionswelle durch das System zieht und das Wettbewerbsstärkungsgesetz dann den Wettbewerb in das Staatsmonopol übergibt.

Was halten Sie vom neuen steuerfinanzierten Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

So neu ist der Bundeszuschuss ja nicht. Grundsätzlich ist eine gewisse Steuerfinanzierung aber sinnvoll, denn wir haben klare versicherungsfremde Leistungen in der GKV. Beispielsweise ist die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder nicht Sache des Beitrags-, sondern des Steuerzahlers. Denn dabei handelt es sich nicht um Gesundheits-, sondern um Familienpolitik. Insofern hätte man dann

„Die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt werden unser gesamtes Gesundheitssystem unter erhebliche Finanzierungsprobleme stellen. Die Private ist hierbei viel besser aufgestellt als das umlagefinanzierte System der gesetzlichen Krankenversicherung.“

Wie bewerten Sie das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu der Verfassungsbeschwerde der privaten Krankenversicherung (PKV)?

Die Meinungen gehen da ja auseinander, inwiefern das Urteil nun einen dauer-

haften Schutz der PKV beinhaltet oder nicht. Ich teile grundsätzlich die Sicht des Gerichts, dass es dem Gesetzgeber erlaubt sein muss, Änderungen vorzunehmen. Dennoch, ich versuche es einmal plakativ zu machen: Der Gesetzgeber muss bei seinen Entscheidungen beachten, dass das Abschaffen einer ersten Klasse – wie auch immer man sie gestaltet und wie auch immer man sie einschätzt – die Fahrt in der zweiten Klasse teurer macht. Nichtsdestotrotz sollten wir grundsätzlich über unser Gesundheitssystem auf der politischen und nicht auf der juristischen Ebene streiten.

Wie sehen Sie die Zukunft der Sozialversicherungssysteme und die der PKV unter demografischen Gesichtspunkten (insbesondere unter dem Aspekt Beitragsanpassungen/Beiträge im Alter)?

Die demografische Entwicklung, aber insbesondere auch der medizinisch-technische

Fortschritt, werden unser gesamtes Gesundheitssystem unter erhebliche Finanzierungsprobleme stellen. Die PKV ist hier beim demografischen Aspekt aufgrund der Bildung einer Alterungsrückstellung besser aufgestellt als das umlagefinanzierte System der GKV. Aber auch im System der PKV will der medizinisch-technische Fortschritt finanziert sein.

Welche Aufgaben muss die Politik Ihres Erachtens heute bewältigen, damit wir auch im Jahr 2030 eine bezahlbare und leistungsfähige Kranken- und Rentenversicherung haben?

Wir müssen rationieren! Nicht alles, was medizinisch möglich sein wird, wird auch für alle bezahlbar sein. Die Grundfrage ist: Überlassen wir diese Rationierung dem Staat oder dem Markt? Dies ist ein Werturteil, welches unsere Gesellschaft möglichst bald fällen muss. Ich persönlich halte den Markt für besser und auch gerechter. Ein einheitlicher, staatlicher Leistungskatalog für alle auf maximal mittelmäßigem Niveau – und mehr ist angesichts der Demografie staatlich nicht zu finanzieren – wird nämlich auch der Solidarität nicht gerecht. Der richtige Reiche geht dann zur Behandlung einfach ins Ausland.