

**Schriftenreihe des Instituts für Versicherungsbetriebslehre
der Universität Hannover**

Herausgegeben von Prof. Dr. J.-M. Graf v. d. Schulenburg

C. Thomann

J.-M. Graf v. d. Schulenburg (Hrsg.)

Pflichtversicherung - ein Allheilmittel?

Cuvillier Verlag

Herausgegeben von Prof. Dr. J.-M. Graf v. d. Schulenburg

C. Thomann

J.-M. Graf v. d. Schulenburg (Hrsg.)

Pflichtversicherung - ein Allheilmittel?

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2005

ISBN 3-86537-450-6

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2005

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2005

Gedruckt auf säurefreiem Papier

ISBN 3-86537-450-6

Vorwort

Seit 15 Jahren findet unter der Leitung des Direktors des Instituts für Versicherungsbetriebslehre der Universität Hannover, Herrn Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg das externe Universitätsseminar statt. Als Veranstaltungsorte werden dabei attraktive Ziele vornehmlich in den neuen Bundesländern gewählt. Im Jahre 2004 war das Externe Seminar zu Gast im schönen Schloss Wendgräben, dem Schulungszentrum der Konrad-Adenauer-Stiftung, welches in der Nähe Magdeburgs gelegen ist.

Die Liste der in den Seminaren behandelten Oberthemen ist lang und reicht von „Zukunftsfragen der Gesellschaft“ über „Wirtschaftsethische Herausforderungen der Informationsgesellschaft“, „Theorie der Alterssicherung“, „Neue Informationssysteme in der Versicherungswirtschaft“ bis zu „Strategische Planung und strategische Unternehmensführung im Dienstleistungssektor“ und „Krankenversicherungssysteme in Europa“.

Aufgrund der für Versicherungswirtschaft, Staat und Bürger besonders relevanten Herausforderungen in der Sozialversicherung und der sich zunehmend ausbreitenden Regulierungswut im Bereich der individuellen Risikoversicherung, die ordnungspolitisch als besonders problematisch einzuschätzen ist, wurde in diesem Jahr das Oberthema des Universitätsseminars „Eingriffe des Staates in den freien Marktprozess am Beispiel Pflichtversicherung – Versicherungspflicht“ gewählt.

Von besonderem Interesse sind hierbei Risiken, bei denen der Staat regulierend auf Allokation und Distribution der Risiken eingreift. Wenn Risiken nicht völlig über Versicherungsmärkte abgedeckt werden oder andere Instrumente des Risikotransfers versagen, müssen die Wirtschaftssubjekte diese selber tragen. Für solche Risiken und bei Risiken, die aufgrund von asymmetrischer Information nur sehr unzureichend zu versichern sind, wird seit jeher die Frage nach staatlicher Regulierung in Form von Versicherungspflichten diskutiert. Schwerpunktmäßig werden hierbei immer wieder die Bereiche der Elementar-, Terror-, Gesundheits-, Alters-, Arbeitslosen- und Unfallrisiken angeführt. Die Brisanz der jeweiligen Risiken dokumentiert sich nicht zuletzt an den aktuellen politischen Debatten.

Wie schon in den Vorjahren wurden die Vortragsteile von Ökonomiestudenten des Vertiefungsfachs Versicherungsbetriebslehre und herausragenden Referenten aus Politik und Wissenschaft gestaltet. Zu den Referenten gehörten in diesem Jahr der Finanzminister von Sachsen Anhalt, Herr Prof. Dr. Paquet, Prof. Randy Dumm von der University of Florida,

Tallahassee und Prof. Dr. Roland Eisen von der Universität Frankfurt. Diesen sei an dieser Stelle besonders gedankt.

Im Rahmen der hier nun in Schriftform vorliegenden Arbeiten der jungen Wissenschaftler ging es darum, jeweils einen Baustein zum Gesamtbild *Pflichtversicherung – Versicherungspflicht* beizutragen. Die Ausarbeitungen weisen durchweg ein sehr hohes Niveau auf und dokumentieren somit die internationale Wettbewerbsfähigkeit der Ausbildung an der Universität Hannover. Sie geben Einblick sowohl in grundlegende Fragestellungen wie „Welche Gründe liefert die ökonomische Theorie für die Pflichtversicherung und Versicherungspflicht?“ als auch in aktuelle Probleme der Kranken- und Rentenversicherung. Ob sich hinter der Arbeitslosen- und der (Pflicht-)Pflegeversicherung Fluch oder Segen versteckt, wird hierbei ebenso diskutiert wie die Möglichkeiten die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Unfallversicherung umzugestalten. Um internationale Alternativen oder auch Parallelen in anderen Bereichen des Wirtschaftslebens bemüht, suchen die Autoren nach Anregungen in einem internationalen Vergleich zur Pflichtversicherung und bei ähnlichen marktregulierenden Strukturen mit Zwangscharakter. Fragestellungen von brennender Aktualität wie etwa die Versicherungsmöglichkeiten von Terrorrisiken gehen ebenso in diesen umfassenden Abriss ein. Wenngleich wir in der Vergangenheit die Einführung verschiedenster Pflichtversicherungen sehen konnten und auch in Zukunft eher mit einer Ausweitung von Versicherungspflicht und Pflichtversicherung zu rechnen ist, konnten wir im Bereich der Feuerversicherung ein Stück Deregulierung beobachten. Die Klärung ob dies ein Vorbild für bestehende Pflichtversicherungen sein kann hat sich einer der Autoren zur Aufgabe gemacht, während ein anderer überlegt, die Riester-Rente zum Zwangssparen einzuführen. Dass auch relativ neue Versicherungszweige von den Erfindern der Versicherungspflichten entdeckt werden, zeigt der Beitrag zur Berufshaftpflichtversicherung für Manager.

Aus der Geschichte der Instituts und der herausragenden Stellung der Gesundheitsökonomie heraus erklärt sich, dass sich zwei der Aufsätze mit Überlegungen zur Versicherung klinischer Studien und der Kunstfehlerversicherung (Malpractice Insurance) beschäftigen. Gleichzeitig dürfen auch klassische Diskussionen zu den Grenzen der Versicherbarkeit bei Hochwasser, von Umwelthaftpflichtschäden und im Bereich der Luftfahrt nicht fehlen. Einen Abschluss bildet ein Ausblick auf den größten mit einer Versicherungspflicht versehenen Zweig der Branche, der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung.

Neben den inhaltlichen Beiträgen der Jung-Akademiker wurde das Seminar vor allem durch die fundierten und durchweg intellektuell anregenden Diskussionen zu den Themen, an

denen sich auch die anwesenden externen Referenten und die Wissenschaftler des Instituts für Versicherungsbetriebslehre beteiligten, abgerundet.

Unser besonderer Dank gilt den Studenten, welche durch Ihre Referate und Hausarbeiten zu einem sehr guten Gelingen des diesjährigen externen Universitätsseminars beigetragen und die Publizierung dieses Werkes ermöglicht haben. Größtem Dank sind wir der Konrad-Adenauer-Stiftung als Gastgeber und der Hans-Martin-Schleyer-Stiftung für die großzügige Förderung der Veranstaltung schuldig. Des Weiteren danken wir Frau cand. Ök. Yvonne Jurk, welche die Koordination und Aufarbeitung der verschiedenen Manuskripte übernommen hat.

Hannover im Dezember 2004

Christian Thomann

J.-Matthias Graf von der Schulenburg

Inhaltsübersicht

Teil 1

Welche Gründe liefert die ökonomische Theorie für die Pflichtversicherung und die Versicherungspflicht?.....	3
Versicherungspflicht / Pflichtversicherung in Europa und anderswo: Ein internationaler Vergleich.....	17
Delegierte Marktregulierung: Ein Vergleich der Versicherungspflicht mit anderen Institutionen mit Zwangscharakter	30

Teil 2

Wege aus der Krise – Alternativen zu Pflichtversicherung / Versicherungspflicht in der GKV	45
Ist die gesetzliche Rentenversicherung als Pflichtversicherung noch zeitgemäß?	59
Pro und Contra Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Unfallversicherung	72
Segen und Fluch der Versicherungspflicht und der Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung.....	88
Segen und Fluch der Pflichtversicherung in der Pflegeversicherung	100

Teil 3

Alternativen zur Pflichtversicherung: Die Feuerversicherung vom Monopol zum freien Markt.....	116
„Zwangssparen: Sollte die Riester-Rente zur Pflicht werden?“.....	130
Versicherbarkeit von Umwelthaftpflichtschäden.....	144
Versicherbarkeit von Terrorrisiken: Ist die Versicherungspflicht eine Lösung?	157
Directors' and Officers' Versicherungen: Brauchen wir eine Versicherungspflicht?	170
Absicherung von Produkthaftpflichttrisiken.....	207
Versicherungsfragen bei klinischen Studien.....	220
Probleme der Malpractice Insurance in den USA.....	233

Teil 1

Welche Gründe liefert die ökonomische Theorie für die Pflichtversicherung und die Versicherungspflicht?	3
Versicherungspflicht / Pflichtversicherung in Europa und anderswo: Ein internationaler Vergleich	17
Delegierte Marktregulierung: Ein Vergleich der Versicherungspflicht mit anderen Institutionen mit Zwangscharakter	30

Welche Gründe liefert die ökonomische Theorie für die Pflichtversicherung und die Versicherungspflicht?

Christoph Ziem

1. Einleitung.....	3
2. Versicherung und Versicherungsmarkt.....	4
2.1. Definition Versicherung.....	4
2.2. Erwartungsnutzen und Risikoaversion.....	5
3. Adverse Selektion.....	6
3.1. First best Optimum.....	7
3.2. Marktgleichgewicht bei Unkenntnis der Risikotypen.....	8
3.3. Staatliche Regulierung bei Unkenntnis der Risikotypen.....	9
3.4. Risikofreude aufgrund beschränkter Haftung.....	9
4. Alternative Argumentationen für staatliche Eingriffe.....	11
4.1. Gefahrgemeinschaften.....	11
4.2. Paternalistisches Verhalten.....	12
4.3. Kollektivgutproblematik.....	12
4.4. Stabilität.....	13
5. Fazit.....	13
Literaturverzeichnis.....	15

1. Einleitung

Diese Arbeit befasst sich mit dem Thema, „Welche Gründe liefert die ökonomische Theorie für die Pflichtversicherung und die Versicherungspflicht“. In freien Marktwirtschaften lässt sich immer wieder beobachten, dass der Staat regulierend auf dem Versicherungsmarkt eingreift bzw. sogar selbst als Versicherer auftritt. Begründet werden diese Eingriffe mit den Besonderheiten des Gutes Versicherungsschutz.¹ Die staatlichen Interventionen reichen von gesetzlichen Normen zur Gründung öffentlich-rechtlicher Versicherungsanstalten, über die Versicherungsaufsicht bis zum Versicherungszwang. Ziel dieser Arbeit ist es, die ökonomi-

¹ Vgl. Strassl, W. (1988), S. 1.

schen Beweggründe des Staates für die Einführung der Zwangsversicherung aufzuzeigen und diese gegebenenfalls kritisch zu hinterfragen.

Die Politik diskutiert im Zusammenhang mit Versicherungsprodukten seit jeher die Frage, ob es sinnvoll ist, die Bürger zu zwingen sich zu versichern bzw. in eine staatlich kontrollierte Versicherung zu integrieren. Ihre Legitimation für diese Eingriffe zieht sie sowohl aus ökonomischen Kalkül als auch aus dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes (Art. 20 Abs. 1, Art. 28 Abs. 1 GG). Dieses verpflichtet den Gesetzesgeber zur Schaffung sozialer Sicherheit und Gerechtigkeit. Der Reichweite des staatlichen Eingriffs sind verfassungsrechtlich durch die Artikel über die Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) und der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) Grenzen gesetzt.

Die Schlagworte Pflichtversicherung und Versicherungspflicht, welche in der Literatur häufig synonym verwendet werden, fallen auch in aktuellen politischen Debatten. Dabei geht es zumeist um Reformvorschläge in den Sozialversicherungssystemen. Hier sei nur die Diskussion um das Gesundheitssystem im Zusammenhang mit der Bürgerversicherung bzw. dem Pro-Kopf-Pauschalen-Modell erwähnt.

Diese Arbeit hält sich eng an das Buch „Externe Effekte auf Versicherungsmärkten“ von Wolfgang Strassl. Dieser untersuchte die externen Effekte auf Versicherungsmärkten, welche unreguliert ein Marktversagen und damit eine ineffiziente Allokation nach sich ziehen können.

2. Versicherung und Versicherungsmarkt

In der ökonomischen Theorie führt ein freier Markt bzw. vollkommener Wettbewerb zu einer optimalen Güterallokation.² Wie in der Einleitung erwähnt, gibt es bei der Produktion und Nachfrage nach dem Gut Versicherung einige Besonderheiten zu beachten. Diese treten nicht nur wegen der unrealistischen Modellannahmen z. B. der eines vollkommenden Marktes ohne Informationskosten auf, sondern sind auch auf einige spezielle Charakteristika des Gutes Versicherung zurück zu führen. Zunächst soll aber der Begriff Versicherung definiert werden.

2.1. Definition Versicherung

In der einschlägigen Fachliteratur finden sich viele Definitionen für den Begriff Versicherung. Nach Karl Hax ist Versicherung die gegenseitige Deckung eines im Einzelnen zufälligen,

² Vgl. Varian, H. (2001), S. 494 f.

insgesamt aber schätzbaren Geldbedarfs auf der Grundlage eines durch die Zusammenfassung einer genügend großen Anzahl von Einzelwirtschaften herbeigeführten Risikoausgleiches, durch eine Vielzahl gleichartig bedrohter Wirtschaftseinheiten.³ Die Beziehung zwischen den involvierten Wirtschaftspartnern wird dadurch beschrieben, dass der Versicherer eine unsichere Vermögensposition vom Versicherungsnehmer übernimmt und dafür eine sichere Vermögensposition in Form einer Prämie erhält.⁴

Es wird von Versicherungspflicht gesprochen, wenn für ein Individuum eine ausdrückliche gesetzliche Verpflichtung besteht sich zu versichern.⁵ Während die Abschluss- bzw. Aufhebungsfreiheit beschränkt ist, verbleibt jedoch die Freiheit der Auswahl eines Versicherungsunternehmens für das zu versichernde Risiko. In der Regel gehen Versicherungspflichtregelungen immer mit einem Kontrahierungszwang für die Versicherungsunternehmen einher.⁶

Im Unterschied dazu stellt die Pflichtversicherung die stärkste Form staatlichen Eingreifens im Versicherungswesen dar. So ist das Individuum, unabhängig davon welches Versicherungsrisiko es trägt, gesetzlich verpflichtet sich zu versichern. Zudem besteht keine Freiheit bei der Wahl des Versicherungsunternehmens.

2.2. Erwartungsnutzen und Risikoaversion

Nach dem im Jahre 1738 von Bernoulli entwickelten Erwartungsnutzenkriterium, ist die Entscheidung eines Individuums nicht nur von der jeweiligen Wahrscheinlichkeit und Höhe der Auszahlung eines Zustandes abhängig, sondern auch von der subjektiven Nutzenbewertung. Bei der Wahl zwischen zwei Aktionen a_1 und a_2 wird das Individuum die Aktion a_1 präferieren, wenn der Erwartungsnutzen daraus größer ist, als der aus a_2 . Daraus lässt sich ableiten, dass ein rationales Individuum immer die Aktion wählen wird, die seinen Erwartungsnutzen maximiert. Ist das Individuum in der Lage die einzelnen Bestandteile der Auszahlungen der jeweiligen Aktionen zu bewerten, so kann auch die gesamte Wahrscheinlichkeitsverteilung mit einem Erwartungsnutzen bewertet werden.⁷

Ein elementares Merkmal für die Existenz von Versicherungen ist Risikoaversion. Nur ein risikoaverses Individuum hat Interesse daran sich zu versichern, da es seine Unsicher-

³ Vgl. Lukarsch, G. (1980), Spalte 1309.

⁴ Vgl. Zweifel, P. / Eisen, R. (2001), S. 3.

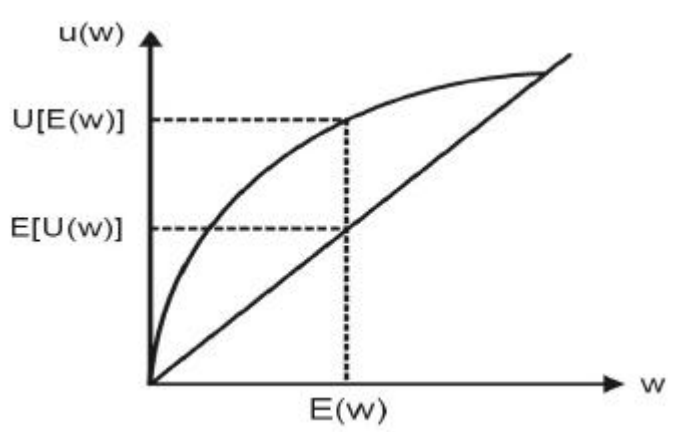
⁵ Vgl. Puskas, G. (1988), S. 513.

⁶ Vgl. Puskas, G. (1988), S. 517.

⁷ Vgl. Eisen, R. (1979), S. 30-38.

heitssituation verringern möchte. Der Umfang der Versicherung die das Individuum nachfragt, ist neben der Einschätzung über die Eintrittswahrscheinlichkeit des Schadens, von der individuellen Nutzenfunktion abhängig. Bei Risikoaversion hat sie einen positiven und abnehmenden Grenznutzen, d. h. sie verläuft konkav.

Abbildung 1: Kardinale Nutzenfunktion bei Risikoaversion



Quelle: Vgl. Strassl, W. (1998), S. 19.

Die sichere Zahlung in Form des Erwartungswertes einer Vermögensverteilung, wird dabei immer der Wahrscheinlichkeitsverteilung der Vermögenswerte vorgezogen. Dies bedeutet das einem risikoaversen Individuum ein feststehender Betrag in Form des Erwartungswertes der Wahrscheinlichkeitsverteilung lieber ist, als die unsichere Wahrscheinlichkeitsverteilung selbst.⁸

3. Adverse Selektion

Adverse Selektion bezeichnet einen Zustand, bei dem bezüglich Qualität oder der Nachfrage eine asymmetrische Informationsverteilung zwischen Anbieter und Nachfrager herrscht, so dass Güter mit guter Qualität durch Güter schlechterer Qualität verdrängt werden. Akerlof hat diese „negative Auslese“ in seinem berühmten Aufsatz „market for lemons“ für den Anbietervorteil beschrieben.⁹ Für den Versicherungsmarkt ist allerdings der Informationsvorteil auf Seiten der Nachfrager, also der Versicherungsnehmer, relevanter.¹⁰ Um dies zu veranschaulichen sollen folgende Modellannahmen getroffen werden.

⁸ Vgl. Eisen, R. (1979), S. 38-41.

⁹ Vgl. Akerlof, G. (1970), S. 488-492.

¹⁰ Vgl. Eisen, R. (1979), S. 103.

3.1. First best Optimum

Wir nehmen vereinfachend an, dass sich die Versicherungsnehmer durch das Merkmal der Schadenwahrscheinlichkeiten in „gute“ und „schlechte“ Risiken unterteilen lassen. Diese Wahrscheinlichkeiten können sie nicht beeinflussen. So haben die guten Risiken eine Schadenwahrscheinlichkeit von p^h und die schlechten eine von p^l . Könnten die Versicherer die guten und schlechten Risiken unterscheiden, dann könnte sich ein First best Optimum ergeben.

Dieses sei im Folgenden dadurch gekennzeichnet, dass die Versicherer, welche sich in vollkommender Konkurrenz befinden, keinen Verlust machen und die Versicherten einen vollen Versicherungsumfang (Vollversicherung) genießen. Das kann sowohl dadurch zu Stande kommen, dass die guten und schlechten Risiken jeweils zu fairen Prämien versichert sind, also jeder Versicherungsvertrag keinen Gewinn bzw. Verlust macht oder dadurch, dass der Gesamtgewinn des Versicherers Null ist. Im ersteren Fall wird den schlechten Risiken der Vertrag k^h_0 und den guten der Vertrag k^l_0 angeboten. Für den zweiten Fall des First best Optimums, bei dem die guten Risiken die schlechten quasi subventionieren, erhalten die guten den Vertrag k^l_1 und die schlechten den Vertrag k^h_1 oder beide den Vollversicherungskontrakt k^m .¹¹

Der Vertrag k^m bietet Vollversicherung für alle Individuen und stellt den maximalen Subventionsgrad dar. Während der Versicherungsschutz für die schlechten Risiken zu billig ist, wäre er für die guten Risiken überteuert.

¹¹ Vgl. Strassl, W. (1988), S. 129-135.

kann sich unter diesen Bedingungen dennoch ein Preisgleichgewicht ergeben. Im Extremfall allerdings bleiben nur noch schlechte Risiken über, d. h. die Versicherungsgerade verflacht bis a^h_0 . Das „Marktgleichgewicht“ ist weder First best optimal noch gesellschaftlich erwünscht.¹²

3.3. Staatliche Regulierung bei Unkenntnis der Risikotypen

Bei Unkenntnis der Schadenwahrscheinlichkeit der Versicherten bietet die Pflichtversicherung eine Möglichkeit zu einer Pareto-Verbesserung. Der Staat kann als Monopolversicherer alle Individuen verpflichten einen Einheitsvertrag zu kaufen. Dieser Vertrag kann sowohl die schlechten Risiken in ihrer Versicherungsnachfrage beschränken als auch die guten Risiken zwingen mehr Versicherung nachzufragen als im Preisgleichgewicht. Um sicher zu gehen, dass die bei ihm getätigte Nachfrage auch der Gesamtnachfrage nach Versicherung entspricht, kann der Staat private Zusatzversicherungen verbieten. Sollte der Pflichtversicherungsvertrag allerdings so gestaltet sein, dass nur die schlechten Risiken in ihrer Nachfrage bzw. dem Deckungsumfang rationiert sind, ist dies gar nicht notwendig. Die Individuen, welche über den Pflichtvertrag hinaus Versicherung nachfragen, würden sich als schlechte Risiken identifizieren. Die Privatversicherer könnten dies antizipieren und nur Verträge für schlechte Risiken anbieten. Da sie sich bis zur Vollversicherung zusätzlich versichern würden, wäre dies auch gesellschaftlich pareto-optimal.

Eine weit schwächere Regulierung wäre die Einführung einer Versicherungspflicht. So könnte der Wettbewerb erhalten und die Vorteile daraus genutzt werden. Der Staat müsste den privaten Versicherern dann vorschreiben, Verträge mit einem Mindestdeckungsumfang anzubieten. Die Ausgestaltung des Vertrages bzw. des Deckungsumfangs muss dann so gestaltet sein, dass er eine Pareto-Verbesserung bewirkt. Diese stellt der Vertrag dann dar, wenn zumindest ein Risiko besser gestellt ist als im Preisgleichgewicht, ohne das ein anderes Risiko schlechter gestellt ist.¹³

3.4. Risikofreude aufgrund beschränkter Haftung

Dieser Ansatz beschäftigt sich damit, dass sich Individuen risikofreudiger verhalten, wenn sie im Schadenfall nur begrenzt haften müssen. In der Praxis finden sich eine Reihe von Haf-

¹² Vgl. Eisen, R. (1979), S. 111-117; vgl. Strassl, W. (1988), S. 145-152 und vgl. Mauch, P. (1994), S. 207-209.

¹³ Vgl. Strassl, W. (1988), S. 153-158.

tungsbegrenzungen, sowohl für natürliche als auch für juristische Personen. Diese sind durch einen bestimmten rechtsformabhängigen Haftungsumfang oder für ein einzelnes Individuum durch das Existenzminimum festgelegt. Ist der potenzielle Schaden höher als die Vermögensausstattung, kann es lukrativ sein, sich nicht zu versichern. Ein Individuum erhält dann auch ohne Prämienzahlung eine Teilerstattung des Schadens durch das System der sozialen Fürsorge in Höhe des Existenzminimums. Der Erwartungsnutzen bei Verzicht auf Versicherung und Inanspruchnahme des Existenzminimums ist größer, als der Erwartungsnutzen aus Versicherung zu einer fairen Versicherungsprämie. Dies liegt daran, dass die Prämie im Nutzenkalkül eines risikoaversen Individuums zwar fair aber dennoch zu hoch, also der Erwartungsnutzen mit Versicherung zu gering ist. Diese Nutzendifferenz verstärkt sich, je geringer das Ausgangsvermögen, je geringer die Risikoaversion, je höher der potenzielle Schaden oder je höher die Schadenwahrscheinlichkeit ist.¹⁴

Im steuerfinanzierten System der sozialen Fürsorge haben die geschädigten nichtversicherten Individuen somit einen negativen externer Effekt auf die finanziellen Träger des Sozialsicherungssystem.¹⁵ Dies impliziert, dass die Allokation nicht pareto- optimal sein kann. Um den externen Effekt auf das System der sozialen Fürsorge zu internalisieren bzw. zu verhindern, bietet sich eine allgemeine Versicherungspflicht an. Der Deckungsgrad orientiert sich am Vermögensverlust im Schadenfall. Er muss so groß sein, dass das Individuum nicht mehr unter das Existenzminimum fällt. Zwar ist mit der Einführung einer Versicherungspflicht grundsätzlich eine Verbesserung der Allokation erreicht, aber nur im Ausnahmefall handelt es sich um eine Pareto-Verbesserung. Die „Schonung“ des Systems der sozialen Fürsorge kommt primär den „Reichen“ zugute. Für die „Armen“ bedeutet die Versicherungspflicht den Verlust der kostenlosen Teilerstattung durch die Besserverdienenden in Form des Existenzminimums.¹⁶ Allerdings können Subventionstransfers bspw. durch einkommensabhängige Prämien bewirken, dass der Erwartungsnutzen der Armen bei Versicherungspflicht größer ist als der Erwartungsnutzen bei Nichtversicherung.

¹⁴ Vgl. Strassl, W. (1988), S. 203-212.

¹⁵ Vgl. Strassl, W. (1988), S. 219.

¹⁶ Vgl. Strassl, W. (1988), S. 221-223.

4. Alternative Argumentationen für staatliche Eingriffe

Im 3. Kapitel wurde auf risikotheorietische Argumente eingegangen, welche ursächlich für ein Marktversagens sein können. In diesem Kapitel sollen weitere Modelle vorgestellt werden, die eine Pflichtversicherung bzw. Versicherungspflicht ökonomisch begründen können.

4.1. Gefahrengemeinschaften

Das Konzept basiert auf der Annahme, dass der gesellschaftliche Nutzen durch eine Risikogemeinschaft gesteigert werden kann. Je mehr Risiken das Portfolio eines Versicherers umfasst, desto besser ist der Risikoausgleich und damit der gesellschaftliche Nutzen. Die Schäden einzelner werden durch ein Umlagesystem von der Gemeinschaft getragen.

Der Erwartungsnutzen einer Person, die bei einem Vermögen von w einen Schaden L mit einer Wahrscheinlichkeit von p erleiden könnte, sei

$$E[U(1)] = p \cdot U(w-L) + (1-p) \cdot U(w) \quad \text{mit } p + (1-p) = 1$$

Sollte diese Person sich mit einem zweiten Individuum, welches sich in der gleichen Ausgangslage befindet zusammenschließen, so ergibt sich für die Gemeinschaft bei Unabhängigkeit der Einzelrisiken:

$$E[U(2)] = p^2 \cdot U(w-L) + p \cdot (1-p) \cdot U(w-L/2) + (1-p) \cdot p \cdot U(w-L/2) + (1-p)^2 \cdot U(w)$$

Um die Annahme eines erhöhten Nutzens einer Risikogemeinschaft $E[U(2)]$ gegenüber eines einzelnen Individuums $E[U(1)]$ zu bestätigen, muss gelten:

$$E[U(2)] > E[U(1)]$$

- $E[U(2)] = p^2 \cdot U(w-L) + p \cdot (1-p) \cdot U(w-L/2) + (1-p) \cdot p \cdot U(w-L/2) + (1-p)^2 \cdot U(w) >$
 $E[U(1)] = p \cdot U(w-L) + (1-p) \cdot U(w)$
- $[(p-p^2)] \cdot U(w-L) + [(1-p) - (1-p)^2] \cdot U(w) - [2 \cdot p \cdot (1-p)] \cdot U(w-L/2) < 0$
- $(p-p^2) \cdot U(w-L) + (p-p^2) \cdot U(w) - 2 \cdot (p-p^2) \cdot U(w-L/2) < 0$
- $U(w-L) + U(w) - 2 \cdot U(w-L/2) < 0$

Diese Ungleichung ist bei einer konkaven Nutzenfunktion, also bei Risikoaversion der Gefahrengemeinschaft erfüllt. Das Ergebnis wird für die Gemeinschaft besser, je mehr Individuen

sie umfasst. Sollten sich auf einem freien Markt nicht selbstständig Risikogemeinschaften bilden, könnte der Staat diese gesellschaftliche Nutzensteigerung durch Einführung einer Zwangsversicherung erzielen.

Auch wenn dieses Modell sehr einsichtig ist, so ist seine Relevanz für den Versicherungsmarkt nicht unumstritten. So blendet es Moral Hazard und adverse Selektion aus. Diese Phänomene hätten Einfluss auf die Schadenwahrscheinlichkeit p und die Schadenhöhe L . Zudem ist die Annahme, dass die Risiken der Versicherungsnehmer unabhängig voneinander sind, in der Praxis häufig unrealistisch.

4.2. Paternalistisches Verhalten

Diese Argumentation begründet den Vorrang der Allokation von Versicherungsgütern durch eine staatliche Zwangsversicherung mit der vermuteten Kurzsichtigkeit der Individuen. Es wird davon ausgegangen, dass die Individuen nicht ausreichend für sich selbst vorsorgen, da sie zukünftige Ereignisse unterschätzen. Es wird ihnen unterstellt, dass sie gegenwärtigen Konsum mehr gewichten als Zukünftigen, da dieser diskontiert wird.¹⁷ Dies umfasst sowohl Arbeitslosigkeit, Krankheit, Berufsunfähigkeit als auch die Alterswahrscheinlichkeit. Die Folge der mangelnden Vorsorge ist, dass sie der Gesellschaft bzw. ihren sozialen Auffangsystemen zur Last fallen. Um dies zu vermeiden, kann der Staat eine Zwangsversicherung einführen. In der Praxis könnte diese Annahme durch die Existenz der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung für die Versicherungspflicht und der Renten-, Unfall und Arbeitslosenversicherung für die Pflichtversicherung belegt sein.

Die Relevanz dieses Modells ist allerdings umstritten. So wird bezweifelt, dass der Staat die individuellen Präferenzen und Wahrscheinlichkeiten eines Individuums besser einschätzen kann als es selbst. Zudem ließ sich die Vermutung, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung zukünftige Bedürfnisse unterschätzt, empirisch nicht belegen.¹⁸

4.3. Kollektivgutproblematik

Diese finanzierungstheoretische Argumentation befasst sich mit der Notwendigkeit der Zwangsversicherung aufgrund der Existenz öffentlicher Güter. Diese sind durch Nichtausschließbarkeit und Nichtrivalität gekennzeichnet. Als Beispiel wäre die Bereitstellung medizinischer Versorgung in Form von Notfallstationen oder das Bestehen der Feuerwehr zu

¹⁷ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. (1999), S. 157f.

¹⁸ Vgl. Breyer, F. (1990), S. 66.

nennen. Die bloße Existenz dieser Institutionen stiftet bereits Nutzen für die Individuen. Die Bereitstellung dieser Güter kostet dem Staat allerdings Geld. Den positiven externen Effekt kann er zum einen durch Steuern und zum anderen durch Zwangsversicherungsbeiträge internalisieren. Würde der Staat die Bereitstellung dieser Güter dem privaten Wettbewerbsmarkt überlassen, wäre mit einer Unterversorgung zu rechnen. Das liegt daran, dass die Individuen nur geringe Anreize hätten sich an der Finanzierung zu beteiligen. Sie würden die Finanzierung anderen Individuen überlassen, da sie im Notfall dennoch von den öffentlichen Gütern profitieren könnten.¹⁹

4.4. Stabilität

Das Produkt Versicherung hat unabhängig von seinem Zwangscharakter eine stabilisierende Funktion für die Wirtschaftsordnung und die Gesellschaft. Es hilft dabei die Allokation und damit die Wohlfahrt zu steigern. Der Einfluss auf den konjunkturellen Wirtschaftsablauf verdeutlicht die Bilateralität zwischen Versicherung und Volkswirtschaft.

Ein leicht nachvollziehbares und empirisch belegbares Argument für einen staatlichen Versicherungszwang ist die Stabilität des sozialen Friedens. Die Versicherung funktioniert dabei als effizientes Umverteilungsinstrument. So könnten Individuen welche von einem vermögensumfassenden Schaden betroffen sind, negative externe Effekte auf die Gesellschaft haben. Dies liegt daran, dass Armut häufig die Basis für Kriminalität und demokratiefeindliche Kräfte ist. Die Stabilität des Wohlstandes einer Gesellschaft, ist demnach von einem stabilen sozialen Unterbau abhängig. In entwickelten Ländern ist dieser durch die Sozialversicherungen mit ihrem Versicherungszwang gewährleistet.

Versicherung übt zudem einen Einfluss auf die Wirtschaftsordnung aus. So werden große Investitionsprojekte oft nur bei Vorliegen einer Versicherung für mögliche finanzielle Schäden in Angriff genommen, um die Gläubiger zu schützen. Ressourcen welche wegen Unsicherheit der zukünftigen Ereignisse gehalten werden müssten, können durch Versicherung dem Wirtschaftskreislauf zugeführt werden.²⁰

5. Fazit

In dieser Arbeit wurde aufgezeigt, welche ökonomischen Gründe für eine Versicherungspflicht bzw. Pflichtversicherung sprechen. Dabei wurde auf die Bedeutung und die Funktio-

¹⁹ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. (1999), S. 153-155.

²⁰ Vgl. Müller-Lutz, H. L. (1987), S. 11-14.

nen des Gutes Versicherungsschutz eingegangen. Diese umfassen insbesondere Absicherung gegen Unsicherheit, die soziale Umverteilung von Finanzmitteln und eine Verbesserung der Gesamtwohlfahrt. Es wurde gezeigt, dass ein freier Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt nicht zu einer pareto-optimalen Güterallokation führen muss, und dass das Marktgleichgewicht ineffizient sein kann. Zwangsversicherung ist ein probates Mittel zum Internalisieren von externen Effekten und kann eine pareto-Verbesserung bei Marktversagen aufgrund asymmetrischer Informationen bewirken. Zudem vermindert sie neben der Gefahr der negativen Risikoauslese, die Such-, Informations- und Anbieterwechslungskosten und bewirkt einen Risikoausgleich durch die hohe Anzahl an Risiken. Dem Opfer- und Gläubigerschutz wird durch die Haftpflichtversicherung Rechnung getragen. Sie sichert eine Schadenzahlung zu, welche über die Haftungsgrenzen des Verursachers hinausgeht.

Den Vorteilen der Zwangsversicherung wird häufig entgegengehalten, dass die Versicherungsprodukte zu teuer sind und dem individuellen Risiko zuwenig Rechnung tragen. Zudem kann Pflichtversicherung bzw. Versicherungspflicht auch zu negativen Anreizen und Risikoentwicklungen führen, welche gesamtwirtschaftlich nicht wünschenswert sind. Kritiker staatlicher Regulierung, weisen in diesem Zusammenhang auf die Kostenexplosionen in den Sozialversicherungen hin, welche unter anderem eine Folge von Moral Hazard sind.

Im Endeffekt müssen und dürfen staatliche Regulierungs- und Deregulierungsmaßnahmen nur soweit gehen, wie dies wohlfahrtssteigernd ist. Der volkswirtschaftliche Nutzen eines Eingriffs muss die volkswirtschaftlichen Kosten übersteigen. Der Politik kommt dabei die Aufgabe zu objektiv abzuwägen, ob ein Eingriff in den Markt ökonomisch und sozial zu rechtfertigen ist.

Literaturverzeichnis

Akerlof, G. A. (1970):

The market for lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, in: Quarterly Journal of Economics, Vol. 84, No. 3, S. 488-500.

Breyer, F. (1990):

Ökonomische Theorie der Alterssicherung, München.

Breyer, F. / Zweifel, P. (1999):

Gesundheitsökonomie, 3. Auflage, Berlin.

Eisen, R. (1979):

Theorie des Versicherungsgleichgewichts – Unsicherheit und Versicherung in der Theorie des generellen ökonomischen Gleichgewichts, Berlin.

Schober, T. / Karrenberg, F. (1980):

Evangelisches Soziallexikon, 7. Auflage, Stuttgart.

Lukarsch, G. (1980):

Versicherung, in: Schober, T. / Karrenberg, F. (Hrsg.), Evangelisches Soziallexikon, 7. Auflage, Stuttgart, Spalte 1309.

Mauch, P. (1994):

Lebensversicherung und Steuerrecht, Bayreuth.

Müller-Lutz, H. L. (1987):

Grundlagen des Versicherungsbetriebes – Gedanken und Erfahrungen, Karlsruhe.

Puskaz, G. (1988):

Pflichtversicherung, in: Farny D. / Helten, E. / Koch, P. / Schmidt, R. (Hrsg.), Handwörterbuch der Versicherung, HdV, Karlsruhe.

Strassl, W. (1988):

Externe Effekte auf Versicherungsmärkten, Tübingen.

Varian, H. (2001):

Grundzüge der Mikroökonomik, 5. Auflage, München.

Zweifel, P. / Eisen, R. (2000):

Versicherungsökonomie, 2. Auflage, Berlin.

Versicherungspflicht / Pflichtversicherung in Europa und anderswo: Ein internationaler Vergleich

Felix Kadelbach

1. Motive für den Staat zur Risikovorsorge	17
2. Grundzüge der Versicherungspflicht und Pflichtversicherung	18
3. Darstellung der Krankheitsabsicherung in ausgewählten europäischen Ländern anhand von Aspekten der Pflichtversicherung und Versicherungspflicht.....	20
3.1. Krankenversicherungspflicht in der Schweiz.....	20
3.2. Überlegungen zur Krankenpflichtversicherung in Österreich	21
3.3. Gegenüberstellung der zwei vorangegangenen Konzepte der Krankheitsabsicherung im Zusammenhang mit Versicherungspflicht und Pflichtversicherung.....	22
4. Absicherung von Risiken aus dem Blickwinkel der Pflichtversicherung in außer- europäischen Ländern am Beispiel der Einführung einer Pflichtrente in Hongkong	24
5. Ist Versicherungspflicht oder Pflichtversicherung eine zeitgemäße Alternative zur Risikoabsicherung? Eine Einschätzung	25
Literaturverzeichnis.....	27

1. Motive für den Staat zur Risikovorsorge

In der Literatur gibt es verschiedene Darstellungen zum Risikobegriff. Die gebräuchlichste Definition beschreibt eine Risikosituation als einen zukünftigen Zustand, indem mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit ein Ereignis eintreffen wird, das entweder negative oder positive Auswirkungen haben kann. Individuen stehen dabei öfter solchen Situationen gegenüber, in denen sie Entscheidungen treffen müssen, dessen Ausgang ungewiss ist. Dabei besteht die Gefahr, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit negativer Ereignisse unterschätzt wird, was dazu führen kann, dass sich einige Individuen gegenüber häufigen Risiken wie Arbeitslosigkeit oder Krankheit nur unzureichend absichern würden. Neben dieser Problematik kann das Eintreffen eines negativen Ereignisses und dessen Auswirkungen auch unkalkulierbar sein, was dessen Absicherung aus ökonomischer Sicht widersinnig machen würde. Um Risikofehleinschätzungen zu vermeiden sowie Risikoabsicherung bei unkalkulierbaren Ereignissen zu ge-

währleisten sowie als Staat auch selbst nicht später die Kosten aus negativen Risiken decken zu müssen, wird in einigen Fällen eingeschritten. Dabei schreibt der Staat durch Gesetze seinen Bürgern vor, gewisse Mindestabsicherungen zu treffen. Diese staatliche Einmischung wird mit den Begriffen „Versicherungspflicht“ und „Pflichtversicherung“ beschrieben, dessen Darstellung und Abgrenzung voneinander Bestandteil der folgenden Ausführungen sein wird. Hierfür wird nach der kurzen Charakterisierung der beiden Begriffe, auf Beispiele innerhalb Europas mit der Krankenversicherung der Schweiz und Österreich, sowie außerhalb Europas mit der Pflichtrente in Hongkong näher eingegangen. Abschließend werden die beiden konkurrierenden Konzepte „Versicherungspflicht“ oder „Pflichtversicherung“ noch einmal auf ihre Einsatzmöglichkeiten hin betrachtet und überlegt, ob es zur Risikoabsicherung alternative Möglichkeiten gibt.

2. Grundzüge der Versicherungspflicht und Pflichtversicherung

Die Versicherungspflicht beschreibt einen rechtlich festgelegten Zwang, sich gegen bestimmte Risiken bei freier Wahl des Versicherungsanbieters abzusichern.¹ Die rechtliche Grundlage für diese Bindung resultiert z. B. aus Gesetzen, Satzungen oder verbindlichen Vereinbarungen zwischen zwei oder mehrerer Personen.² In ihnen ist festgelegt, unter welchen Bedingungen sich ein Individuum gegen ein Risiko absichern muss.³ Dabei können die Bedingungen z. B. so konzipiert werden, dass sich jeder Bewohner eines Landes mit festem Wohnsitz gegen ein bestimmtes Risiko absichern muss, wie es bei der Krankheitsabsicherung in der Schweiz z. B. der Fall ist.⁴ Die freie Wahl der Versicherung, die für den Versicherungsnehmer mit der Verpflichtung sich zu versichern verknüpft ist, setzt seine Willenserklärung, mit der das Versicherungsverhältnis eingegangen wird, voraus.⁵ Die ausgewählte Versicherung deckt im Gegenzug ein vorgeschriebenes Paket an Mindestleistungen ab.⁶ Ist dem Versicherungsnehmer die Absicherung durch die Versicherungspflicht nicht ausreichend, hat er die Option sich zusätzlich privat abzusichern.⁷ Ziele der Versicherungspflichteinführung sind vor allem im sozi-

¹ Vgl. Richner, C. (2001), S. 42-43.

² Vgl. Koch, P. / Weiss, W. (1994), S. 935.

³ Vgl. Richner, C. (2001), S. 42-43.

⁴ Vgl. Felder, S. (2001), S. 32-33.

⁵ Vgl. Richner, C. (2001), S. 41-43.

⁶ Vgl. Reiter, G. (2002), S. 82-83.

⁷ Vgl. Gabler (1993), S. 3922.

apolitischen Bereich zu suchen.⁸ Dabei ist das Hauptaugenmerk auf die Verringerung der sozialen Nachteile zwischen den Bevölkerungsschichten gerichtet.⁹

Fundamental für die Rechtfertigung eines solchen Eingriffes in die Vertragsfreiheit ist die Feststellung, dass eine abgrenzbare Gruppe von einem Risiko bedroht ist und keine Möglichkeit für die Gruppe besteht, sich dagegen abzusichern.¹⁰ Dies wäre z. B. der Fall, wenn der aus einem Risiko resultierende mögliche Schaden so hoch ist, dass ihn kein Versicherungsanbieter absichern würde oder das Individuum die Risikosituation unterschätzt, so dass es keinen Risikoschutz nachfragt.¹¹ Diese daraus resultierende Verpflichtung zur Risikoabsicherung, muss vom Staat kontrollierbar sein, damit die Einhaltung gewährleistet wird.¹²

Die Pflichtversicherung ist eine Zwangsversicherung, in der der Bürger kraft Gesetz versichert sein muss, wenn er unter die gesetzlichen Voraussetzungen fällt.¹³ Als Gegenleistung für dieses Zwangsverhältnis steht dem Pflichtversicherten im Schadenfall ein Anspruch auf eine rechtlich dafür bestimmte Leistung zu.¹⁴ Juristisch bedeutet diese Regelung, dass für den Beginn des Versicherungsverhältnisses vom Betroffenen keine Willenserklärung erforderlich ist, denn das Versicherungsverhältnis bei der Pflichtversicherung beginnt im Gegensatz zur Versicherungspflicht mit dem Erfüllen der gesetzlich festgelegten Bedingungen.¹⁵ Die Pflichtversicherungsabsicherung einer Person ist beendet, wenn die Voraussetzungen für das Zwangsverhältnis nicht mehr von dem Betroffenen erfüllt werden.¹⁶ Das hier entstandene Pflichtversicherungsverhältnis wird in einer Monopolanstalt beaufsichtigt. In Deutschland handelt es sich hierbei um eine Behörde, die der Staatsaufsicht, sowie der Prüfungspflicht durch die Landesrechnungshöfe unterliegt.¹⁷

Angewandt wird das Prinzip der Pflichtversicherung vor allem im Sozialversicherungsbereich.¹⁸ Dieser Bereich umschreibt ein gemeinschaftliches Schutzsystem.¹⁹ Der Grundgedanke dieses Sicherungssystems ist die Belastung durch Teildeckung von Arbeitslosenrisiko, Gesundheitsrisiko sowie Pflegefallrisiko, Unfallrisiko und Altersrisiko zu reduzie-

⁸ Vgl. Lampert, H. (1998), S. 225-228.

⁹ Vgl. Österle, A. (2001), S. 62.

¹⁰ Vgl. Institut für Versicherungsbetriebslehre (2003), S. 71.

¹¹ Vgl. Molitor, B. (1987), S. 7.

¹² Vgl. Institut für Versicherungsbetriebslehre (2003), S. 71.

¹³ Vgl. Gabler, (1993), S. 2585.

¹⁴ Vgl. Reiter, G. (2002), S. 81-82.

¹⁵ Vgl. Richner, C. (2001), S. 41-42.

¹⁶ Vgl. Richner, C. (2001), S. 42.

¹⁷ Vgl. Koch, P. / Weiss, W. (1994), S. 626.

¹⁸ Vgl. Gabler, (1993) S. 2585-2586.

¹⁹ Vgl. Klauder, W. (1997) S. 283.

ren.²⁰ Am Pflichtversicherungskonzept wird vor allem der Monopolcharakter kritisiert, der jeglichen möglichen Wettbewerb eindämmt.²¹

3. Darstellung der Krankheitsabsicherung in ausgewählten europäischen Ländern anhand von Aspekten der Pflichtversicherung und Versicherungspflicht

3.1. Krankenversicherungspflicht in der Schweiz

Die Schweiz führte 1996 die Versicherungspflicht für Krankheitsrisiken ein. Die Versicherungspflicht gilt für jede Person mit einem Wohnsitz in der Schweiz.²² Diese verpflichtende Versicherung deckt einen Grundbedarf an Krankheitsrisikoabsicherung und kann von jedem Versicherungsunternehmen, ob privat oder staatlich, angeboten werden. Dafür unterliegen die Versicherungsunternehmen in puncto Grundabsicherung dem Kontrahierungszwang.²³ Das bedeutet für das Versicherungsunternehmen, dass es den Antrag eines Versicherungsnehmers auf Versicherung nicht ablehnen darf, sondern annehmen muss.²⁴ Für die Einführung einer Versicherungspflicht waren mehrere Gründe ausschlaggebend. Aufzuführen sind u. a. die politische Mehrheit, die es für dieses System gab, die Aversion gegen Monopole der Schweizer, welche eine Pflichtversicherung mit sich gebracht hätte sowie die freie Wahl der Versicherung und somit die Beteiligung der Schweizer Bürger und Versicherungsunternehmen an der Krankheitsrisikoverantwortung.²⁵

Das bedeutendste Motiv für die verpflichtende Grundsicherungseinführung ist das Problem der asymmetrischen Informationen.²⁶ Hierunter wird ein Informationsvorsprung verstanden, den der Versicherungsnehmer gegenüber seinem Versicherer hat.²⁷ Unter einem Informationsvorsprung der Versicherungsnehmer ist zu verstehen, dass das Versicherungsunternehmen die Handlungsweisen der Versicherungsnehmer nicht kennt.²⁸ Durch diese Informationsungleichverteilung ist das Versicherungsunternehmen gezwungen eine durchschnittliche Versicherungsprämie für die Risikoversorge und keine individuell angepasste anzubieten.²⁹ Das hat zur Folge, dass die Versicherungsnehmer mit einem geringen individuellen Ri-

²⁰ Vgl. Institut der Deutschen Wirtschaft Köln (1998), S. 4.

²¹ Vgl. Richner, C. (2001), S. 44.

²² Vgl. Richner, C. (2001), S. 43.

²³ Vgl. Felder, S. (2001), S. 31-33.

²⁴ Vgl. Maier, K. / Biela, A. A. (2001), S. 66-67.

²⁵ Vgl. Richner, C. (2001), S. 44-45.

²⁶ Vgl. Felder, S. (2001), S. 32.

²⁷ Vgl. Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2000), S. 54.

²⁸ Vgl. Zweifel, P. / Eisen, R. (2003), S. 294.

²⁹ Vgl. Felder, S. (2001), S. 32.

siko keinen Versicherungsschutz nachfragen, da sie die Prämie als zu überteuert empfinden würden.³⁰ Dieser Effekt führt zu einer Kettenreaktion, da die Durchschnittsprämie durch den Wegfall von guten Risiken ansteigt was wiederum zum Wegfall weiterer Versicherungsnehmer führt.³¹ Am Ende eines solchen sich aufschaukelnden Effekts steht ein Versicherungsmarkt, der seiner Funktion in keiner Weise nachkommen kann.³² Will der Staat diese Kettenreaktion abwenden, hilft nur ein Versicherungszwang, der das Risiko durch eine durchschnittliche Prämie abdeckt.³³

Die staatliche Grundsicherung in der Schweiz, wird durch eine private Risikovorsorge ergänzt. Für dieses Ergänzungspaket gelten Prämien, die je nach Risikograd variieren können. Auch in der Gestaltung der Leistung sind die Anbieter von Zusatzpolicen völlig frei. Ziel dieser Kombination ist es eine Pareto-Verbesserung für den Versicherungsmarkt zu erreichen.³⁴ Unter der Pareto-Verbesserung wird verstanden, dass es möglich ist einen Versicherungsnehmer besser zu stellen ohne dass ein anderer schlechter gestellt wird.³⁵ Dieses Ziel kann durch eine sinnvolle Verknüpfung von privater und staatlicher Absicherung erreicht werden.³⁶

3.2. Überlegungen zur Krankenpflichtversicherung in Österreich

In den vergangenen beiden Abschnitten sind die Gesundheitssysteme von Deutschland und der Schweiz dargestellt worden, um einen Einblick in die praktische Anwendung der Versicherungspflicht zu erhalten.³⁷ In Österreich ist die Krankenversicherung als Pflichtversicherung organisiert. Jeder, der die gesetzlichen Bedingungen erfüllt, ist versichert.³⁸ Unter diesen Grundsatz fallen in Österreich alle Bürger, die eine Rente bekommen oder ein Dienstverhältnis aufweisen.³⁹ Damit sind fast alle Bürger in das soziale Gesundheitssicherungssystem mit eingeschlossen.⁴⁰ Schlussfolgernd auf das hier erwähnte, beginnt das Versicherungsverhältnis nicht mit einer gezahlten Anfangsprämie, sondern mit der Erfüllung der oben genannten Bedingungen.⁴¹

³⁰ Vgl. Musil, A. (2003), S. 11.

³¹ Vgl. Felder, S. (2001), S. 32.

³² Vgl. Musil, A. (2003), S. 11.

³³ Vgl. Felder, S. (2001), S. 32.

³⁴ Vgl. Felder, S. (2001), S. 31-32.

³⁵ Vgl. Varian, H. R. (1999), S. 14.

³⁶ Vgl. Felder, S. (2001), S. 32.

³⁷ Vgl. Kap. 3.1 / 3.2.

³⁸ Vgl. Felder, S. (2001), S. 33.

³⁹ Vgl. Richner, C. (2001), S. 41-42.

⁴⁰ Vgl. Österle, A. (2001), S. 60.

⁴¹ Vgl. Souhrada, J. (2001), S. 81.

Die österreichische und deutsche Gesundheitsabsicherung haben denselben Ursprung, dennoch entwickelte sich das österreichische System im Laufe der Zeit in eine andere Richtung. Grundgedanke des Systems ist, dass jeder österreichische Staatsbürger das Recht auf eine gesundheitliche Versorgung hat.⁴² Dieser Rechtsanspruch auf Leistung im Krankheitsfall entsteht mit Beginn eines Arbeitsverhältnisses, ohne dass der Arbeitgeber oder Arbeitnehmer darauf Einfluss nehmen kann.⁴³ Für diesen Leistungsanspruch muss jeder Pflichtversicherte ein Einkommen von 267 Euro aufweist in die Pflichtversicherung in Form von Beiträgen einzahlen.⁴⁴ Dieser einzuzahlende Beitrag wird durch einen Prozentsatz vom Lohn bestimmt.⁴⁵ Paritätisch geteilt wird dieser Beitrag zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, wenn es sich um ein unselbstständiges Beschäftigungsverhältnis handelt.⁴⁶ Höheren Löhnen werden somit höhere Beiträge zugeordnet, was garantieren soll, dass jeder nach seinem Leistungsvolumen entsprechend an den entstehenden Kosten beteiligt ist.⁴⁷ Der Pflichtversicherungsbeitrag ist nach oben hin durch einen Höchstbetrag begrenzt. Es ist hierbei anzumerken das im Gegensatz zum deutschen System keine Einkommenshöhe existiert, die von der Pflichtversicherung befreit. Diese Tatsache führt dazu, dass es niemanden gibt, der sein Krankheitsrisiko über eine private Versicherung abdeckt.⁴⁸ Die Private Versicherung in Österreich dient lediglich zur Vervollständigung des Versicherungsschutzes.⁴⁹ Im weitesten Sinne bedeutet dies eine Erweiterung und Ergänzung gewisser Leistungen, sowie die Minimierung der Wartezeiten im Gesundheitssektor.⁵⁰

3.3. Gegenüberstellung der zwei vorangegangenen Konzepte der Krankheitsabsicherung im Zusammenhang mit Versicherungspflicht und Pflichtversicherung

Vergleichsmöglichkeiten der zwei Krankheitsabsicherungssysteme von Österreich und der Schweiz lassen sich anhand der Gesundheitsausgaben der nachfolgenden Tabelle ansehen.⁵¹ Entsprechend der aufgeführten Tabelle ist festzustellen, dass die Krankheitspflichtversiche-

⁴² Vgl. Wendt, C. (2003), S. 111-114.

⁴³ Vgl. Reiter, G. (2002), S. 81-82.

⁴⁴ Vgl. Wendt, C. (2003), S. 114.

⁴⁵ Vgl. Reiter, G. (2002), S. 83.

⁴⁶ Vgl. Wendt, C. (2003), S. 114.

⁴⁷ Vgl. Reiter, G. (2002), S. 83.

⁴⁸ Vgl. Wendt, C. (2003), S. 114.

⁴⁹ Vgl. Eichler, P. (2001), S. 122.

⁵⁰ Vgl. Wendt, C. (2003), S. 120.

⁵¹ Vgl. Österle, A. (2001), S. 60-61.

rung in Österreich im zwischenstaatlichen Vergleich kostengünstiger ist, als die Krankheitsabsicherung in der Schweiz, in der eine Versicherungspflicht besteht.⁵²

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben im Vergleich

Gesundheitsausgaben	Ausgaben für Gesundheit (pro Kopf)		Ausgaben für Gesundheit (in % des BIP)		Öffentliche Gesundheitsausgaben (in % des BIP)		WHO-Rang (1-191)
	1990	1998	1990	1998	1990	1998	
Länder							
Jahr							
Schweiz	1782	2794	8,3	10,4	5,7	7,7	20
Österreich	1209	1968	7,2	8,2	5,3	5,8	9

Quelle: In Anlehnung an Österle, A. (2001), S. 61.

Gründe für die kostengünstigere Krankenabsicherung in Österreich sind im Systemvergleich zu erkennen.⁵³ Beinahe die gesamte österreichische Bevölkerung ist in der Gesundheitspflichtversicherung Österreichs versichert.⁵⁴ Es gibt dabei für Besserverdiener keine Möglichkeit des Ausstiegs aus der Volksversicherung, so dass hohe Beiträge nicht verloren gehen. Des Weiteren sind durch die Reduzierung der Krankenversicherungsträger in Österreich im Laufe der Zeit Abstimmungsprobleme der Träger untereinander reduziert worden.⁵⁵

Nach meiner Auffassung mag das Gesundheitssystem von Österreich, als die kostengünstigste Alternative aussehen, wenn die Zahlen aus der vorangegangenen Tabelle betrachtet werden. Diese einseitige Betrachtung kann aber auch den Blick für die nach meinem Dafürhalten ebenfalls gute Alternative der Versicherungspflichtabsicherung der Schweiz trüben. Es muss nämlich ebenfalls beachtet werden, dass die Schweizer Versicherungspflicht erst seit 1996 besteht und langfristige Erfahrungswerte noch fehlen.

Abschließend lässt sich zu den europäischen Gesundheitssystemen trotz großer Unterschiede noch eines bemerken: So unterschiedlich die Systeme sein mögen, werden sie den-

⁵² Vgl. Österle, A. (2001), S. 60.

⁵³ Vgl. Wendt, C. (2003), S. 142.

⁵⁴ Vgl. Österle, A. (2001), S. 60.

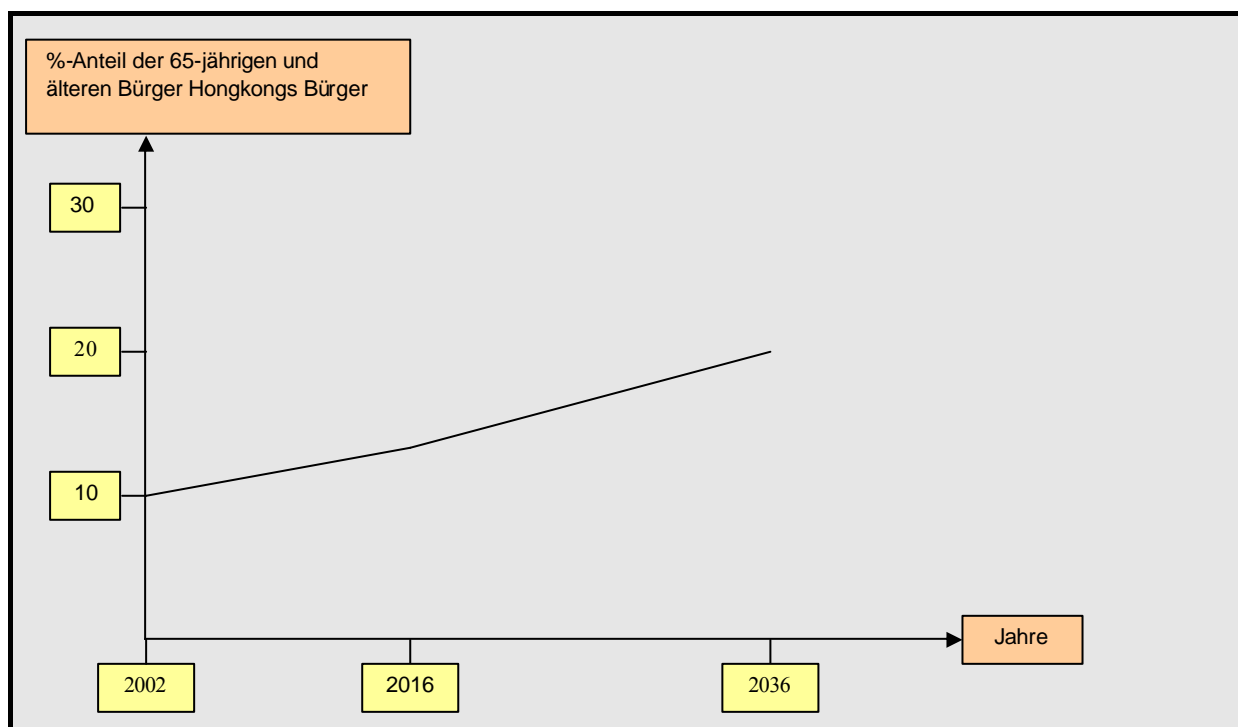
⁵⁵ Vgl. Wendt, C. (2003), S. 142.

noch im Laufe der Zeit durch die ansteigende Regelstärke der europäischen Union langsam zusammenwachsen müssen.⁵⁶

4. Absicherung von Risiken aus dem Blickwinkel der Pflichtversicherung in außereuropäischen Ländern am Beispiel der Einführung einer Pflichtrente in Hongkong

Höhere Lebenserwartung und hohe Arbeitslosenzahlen zwingen europäische Staaten wie die Bundesrepublik Deutschland ihre Rentenversicherungssysteme umzustrukturieren.⁵⁷ Tendenziell ist hier zu erkennen, dass die Richtung von der staatlichen hin zur privaten Absicherung geht. Anders sieht das in dem asiatischen Land Hongkong aus. Hier führt die Regierung ein staatliches Rentenpflichtversicherungssystem ein.⁵⁸ Als Argument für diese Systemeinführung wird die zukünftige Entwicklung des Alters herangezogen, wie die folgende Graphik zeigt.⁵⁹

Abbildung 2: Entwicklung des Anteils der 65-jährigen und älteren Bürger von Hongkong im Zeitverlauf



Quelle: In Anlehnung an Dodwell, D. (2000), S. 35.

⁵⁶ Vgl. Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2000), S. 77-82.

⁵⁷ Vgl. Vauth, C. / Mittendorf, T. (2003), S. 35.

⁵⁸ Vgl. Dodwell, D. (2000), S. 35.

⁵⁹ Vgl. Siu, A. (2002), S. 317.

Die Finanzierung dieses Systems wird durch Beiträge gewährleistet. Der Arbeitnehmer zahlt dabei 5 % seines Lohnes in den Mandatory Provident Fund ein, der Arbeitgeber zahlt ebenfalls 5 % des Lohnes.⁶⁰ Der Mandatory Provident Fund wird von privater Hand verwaltet und ist eine gesetzlich etablierte Sicherung zum Schutz gegen Altersrisiken.⁶¹ Diese Finanzierungsform lässt einen Analogieschluss zum deutschen Krankenversicherungssystem, welches ebenfalls durch paritätisch aufgeteilte Zahlungen vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert wird, zu.⁶² Die Besonderheit an der Pflichtrente in Hongkong ist, dass das eingezahlte Kapital erneut investiert wird.⁶³ Hierbei spielt die private Wirtschaft eine große Rolle.⁶⁴ Fondmanager konkurrieren um die Rechte mit dem eingezahlten Kapital Investitionen zu tätigen. Dabei kann der Beitragszahler entscheiden, welches Risiko er eingehen möchte.⁶⁵ Es gilt das höhere Gewinne auch mit einem höheren Risiko verbunden sind.⁶⁶

Die größte Problematik, die dem angeordneten Zwangssparen gegenüber steht, sind die hohen Lebenshaltungskosten. Hierdurch ist ein Schutz vor Verarmung nicht gewährleistet.⁶⁷ Eine weitere Schwierigkeit des Systems ist, dass der Zwangssparer das volle Risiko trägt und so seine Pension auch verlieren kann.⁶⁸ Zu guter letzt profitieren von dem Zwangssystem nur diejenigen die auch in das System einbezahlt haben. Dies schließt aber Arbeitslose aus und lässt das System am Ziel, nämlich den monetären Schutz aller zu garantieren, vorbei agieren.⁶⁹

Diese Erkenntnis sorgt dafür, dass die Bürger von Hongkong gezwungen sind sich weiter privat gegen das Altersrisiko abzusichern. Damit bleibt ihnen eine ihrer langen Traditionen erhalten: das Sparen.⁷⁰

5. Ist Versicherungspflicht oder Pflichtversicherung eine zeitgemäße Alternative zur Risikoabsicherung? Eine Einschätzung

In den vergangenen Abschnitten dieser Arbeit wurden die Begriffe Versicherungspflicht und Pflichtversicherung diskutiert, Beispiele für dieses Begriffspaar in Europa und anderswo auf-

⁶⁰ Vgl. Dodwell, D. (2000), S. 35.

⁶¹ Vgl. Siu, A. (2002), S. 317.

⁶² Vgl. Kap. 3.1.

⁶³ Vgl. Dodwell, D. (2000), S. 35.

⁶⁴ Vgl. Siu, A. (2002), S. 318.

⁶⁵ Vgl. Dodwell, D. (2000), S. 35.

⁶⁶ Vgl. O. V. (2000), S. 1.

⁶⁷ Vgl. Dodwell, D. (2000), S. 35.

⁶⁸ Vgl. Siu, A. (2002), S. 326.

⁶⁹ Vgl. Dodwell, D. (2000), S. 35.

⁷⁰ Vgl. Dodwell, D. (2000), S. 35.

gezeigt und verglichen. Es ist deutlich geworden, dass eine Versicherungspflicht - wie sie in der Schweiz in der Krankenversicherung existiert - den Wettbewerb nicht, wie es eine Monopolanstalt tun würde, beschränkt. Durch die Wechseloption der Versicherer kann ein hoher Qualitätsstandard gewährleistet werden. Außerdem existiert für jedes Versicherungsunternehmen, unabhängig davon ob dieses privat oder staatlich ist, Chancengleichheit, da jedes Versicherungsunternehmen jeden Bürger der Schweiz in Bezug auf das Krankheitsrisiko absichern darf.⁷¹ Nachteile werden in höheren Gesundheitsausgaben gesehen, die das System der Schweiz im Gegensatz zum österreichischen Krankheitsabsicherungssystem hat.⁷²

Die Pflichtversicherung ist wie bereits gezeigt wurde eine Versicherungspflicht bei der kein Wahlrecht der Versicherung möglich ist, da nur eine Versicherungsanstalt existiert.⁷³ Am Beispiel Österreichs wurde ersichtlich, dass die Pflichtversicherung aufgrund ihres geringeren Verwaltungsaufwandes und die Mitwirkung aller Bürger in der Versicherung kostengünstiger ist.⁷⁴ Nachteile sind im fehlenden Wettbewerb zu finden.⁷⁵ Anhand des Beispiels Versicherungseinführung in der dritten Welt, wurden Schwierigkeiten aufgezeigt, die durch die beiden vorgestellten Konzepte Versicherungspflicht und Pflichtversicherung schwierig zu bewältigen wären.⁷⁶

So bleibt die Frage offen, ob es Alternativen zu diesen beiden Konzepten gibt. Eine Alternative ist die Finanzierung resultierender Kosten aus einem Risiko über die Einnahme von Steuern, wie dies z. B. in der Gesundheitsabsicherung in England geschieht.⁷⁷ Eine weitere Alternative ist im Gesundheitssystem von Singapur zu erkennen. Die Bürger sichern sich gegen das Krankheitsrisiko ab, indem sie einen Teil ihres Gehaltes auf ein Konto einzahlen, was verzinst wird und steuerbegünstigt ist.⁷⁸

Meiner Meinung nach lässt sich die Risikoabsicherung durch Versicherungspflicht oder Pflichtversicherung am Beispiel des Krankheitsfalles auf Grund des gleich gelagerten Risikos auf Länderebene gut vergleichen. Favorisieren würde ich die Versicherungspflicht mit Kontrahierungszwang, da sie den Wettbewerb nicht beschränkt und trotzdem effektiv das Risiko absichert.

⁷¹ Vgl. Richner, C. (2001), S. 44-46.

⁷² Vgl. Österle, A. (2001), S. 60-61.

⁷³ Vgl. Kap. 2.2.

⁷⁴ Vgl. Wendt, C. (2003), S. 142.

⁷⁵ Vgl. Richner, C. (2001), S. 44.

⁷⁶ Vgl. Hausarbeit Kap. 4.2.

⁷⁷ Vgl. Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2000), S. 175-180.

⁷⁸ Vgl. Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2000), S. 226-228.

Literaturverzeichnis

Dodwell, D. (2000):

Zwangssparen Hongkong führt erstmals eine Pflichtrente ein, in: Die Zeit: Wochenzeitung für Politik, Wirtschaft, Medien und Kultur, 26.10.2000, S. 35.

Eichler, P. (2001):

Reflexion aus der Sicht der Privatversicherungswirtschaft, in: Pichler, J. W. (Hrsg.), Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung 2001, Bd. 14, Wien, S. 121-124.

Felder, S. (2001):

Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht aus der Sicht der Schweiz, in: Pichler, J. W. (Hrsg.), Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung 2001, Bd. 14, Wien, S. 31-39.

Gabler (1993):

Wirtschaftslexikon, 13. vollständig überarbeitete Auflage, Wiesbaden.

Institut der Deutschen Wirtschaft Köln (1998):

Sozialraum Europa Rentenversicherung, Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitsbedingungen, Mitbestimmung, Köln.

Klauder, W. (1997):

Arbeitsmarktperspektiven und Sozialversicherung, in: Männer, L. (Hrsg.), Langfristige Versicherungsverhältnisse: Ökonomie, Technik, Institutionen 1997, Karlsruhe.

Koch, P. / Weiss, W. (Hrsg.) (1994):

Gabler Versicherungslexikon, Wiesbaden.

Lampert, H. (1998):

Lehrbuch der Sozialpolitik, 5. Auflage, Berlin.

Männer, L. (Hrsg.) (1997):

Langfristige Versicherungsverhältnisse: Ökonomie, Technik, Institutionen 1997, Karlsruhe.

Maier, K. / Biela, A. A. (2001):

Die Kraftfahrthaftpflichtversicherung, München.

Molitor, B. (1987):

Soziale Sicherung, München.

Musil, A. (2003):

Stärkere Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine agency-theoretische Betrachtung, Wiesbaden.

Österle, A. (2001):

Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in Österreich: Überlegungen aus sozialpolitischer Perspektive, in: Pichler, J. W. (Hrsg.), Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung 2001, Bd. 14, Wien, S. 25-30.

Reiter, G. (2002):

Pflichtversicherung vs. Versicherungspflicht, in: WISO: Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift 25, Nr. 3, S. 79-90.

Richner, C. (2001):

Paradigmenwechsel von der Pflichtversicherung zur Versicherungspflicht. Analyse am Hintergrund der Erfahrungen in der Schweiz, in: Pichler, J. W. (Hrsg.), Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung 2001, Bd. 14, Wien, S. 25-30.

Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2000):

Gesundheitsökonomie, Tübingen.

Siu, A. (2002):

Hong Kong's Mandatory Provident Fund, in: the Cato journal: an interdisciplinary journal of public policy analysis 2002, Bd. 22, S. 317-332.

Souhrada, J. (2001):

Reflexion aus der Sicht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, in: Pichler, J. W. (Hrsg.), Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung 2001, Bd. 14, Wien, S. 75-106.

Varian, R. H. (1999):

Grundzüge der Mikroökonomie, 4. Auflage, München.

Vauth, C. / Mittendorf, T. (2003):

Finanzierungsoption der Gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland, in: Zeitschrift für die Gesamte Versicherungswirtschaft 2003, Bd. 92, S. 35-52.

Wendt, C. (2003):

Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung: Gesundheitssysteme im Vergleich, 1. Auflage, Wiesbaden.

Zweifel, P. / Eisen, R. (2003):

Versicherungsökonomie, 2. Auflage, Berlin.

Delegierte Marktregulierung: Ein Vergleich der Versicherungspflicht mit anderen Institutionen mit Zwangscharakter

Stefan Strehlau

1. Einleitung.....	30
2. Diskussionsgrundlagen.....	31
2.1. Pflichtversicherungen.....	31
2.2. Kammern als Institutionen mit Zwangscharakter	32
3. Pflichtversicherungen im Vergleich zur Pflichtmitgliedschaft in Kammern.....	35
3.1. Argumente für eine Pflichtversicherung	35
3.2. Argumente für eine Pflichtmitgliedschaft in Kammern.....	36
3.3. Argumente gegen eine Pflichtversicherung	37
3.4. Argumente gegen eine Pflichtmitgliedschaft in Kammern.....	38
4. Fazit.....	39
Literaturverzeichnis.....	41

1. Einleitung

Ein marktwirtschaftliches Gesetz der Wirtschaft lautet: Ohne Wettbewerb kann es keinen Fortschritt geben. Um dabei einen hohen Effektivitätsgrad realisieren zu können, ist es in vielen Fällen ratsam, den Markt dem freien Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage zu überlassen. Auf der anderen Seite sind aber gleichzeitig auch staatliche Eingriffe in Form der Gesetzgebung nötig, um z. B. für ausreichenden Schutz der Individualgüter Sorge zu tragen. Hier setzt das Prinzip der Pflichtversicherungen an.

Daneben gibt es noch andere Institutionen, auf die zur Marktregulierung seitens des Staates Aufgaben delegiert werden. Hierbei spielt die gesetzliche Verpflichtung in Form eines Zwangs zur Mitgliedschaft in Kammern eine besondere Rolle.

Dass derartige Pflichtmitgliedschaften gerade in jüngster Zeit äußerst umstritten sind und öffentlich zur Diskussion stehen, zeigen u. a. die Umfrageergebnisse des FORSA-Institutes. So wurde z. B. kürzlich „der Nutzen der IHK-Mitgliedschaft von nur 13 % der Un-

ternehmen als groß eingestuft - und von 72 % als gering.“¹ Andere Studien sagen, dass mehr als die Hälfte der Unternehmen aus der Industrie- und Handelskammer (IHK) austreten würde, wenn dies möglich wäre. Dies sind aber nicht die einzigen Anzeichen für einen erheblichen Reformbedarf, denn „schon heute leiden viele Kammern unter akuter Finanznot.“²

2. Diskussionsgrundlagen

2.1. Pflichtversicherungen

Das Instrument der privatrechtlichen Pflichtversicherung als Mittel der staatlich angeordneten wirtschaftlichen Absicherung von Gefahren hat sich in Deutschland schon seit mehreren Jahrzehnten etabliert. Das wesentliche Merkmal liegt darin, „dass der Staat einer öffentlichen Fürsorgepflicht durch die Begründung einer gesetzlichen, öffentlich-rechtlichen Pflicht zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung einer privatrechtlichen Versicherung nachkommt“³.

Versicherungspflicht liegt nach Farny vor, „wenn eine Wirtschaftseinheit nicht autonom darüber entscheiden kann, ob sie ein bestimmtes Risiko versichert oder nicht, sondern Versicherungsschutz in bestimmter Form und mit bestimmtem Inhalt nehmen muss“⁴. Im Rahmen der Privatversicherung sind Versicherungspflichten häufig mit Beschränkungen der marktwirtschaftlichen Autonomie verbunden. Hier sind in erster Linie der Kontrahierungszwang (Annahmepflicht), dem der Versicherer bei einigen Versicherungsanträgen unterworfen ist, sowie die gesetzliche Festlegung eines (Mindest-) Versicherungsschutzes zu nennen. Außerdem unterliegt der Versicherungsmarkt generell einer erhöhten Aufsichtsintensität zum Schutz der Versicherungsnehmer und von geschädigten Dritten.

Aufgrund der vielen Vorteile des Instruments der privatrechtlichen Pflichtversicherung für alle Beteiligten⁵ gab es bereits in den 70er Jahren eine wahre „Flut von Wünschen und Vorschlägen für die Einführung weiterer gesetzlicher Pflichtversicherungen“⁶. Allerdings scheiterten diese Vorschläge u. a. an den folgenden Voraussetzungen für Pflichtversicherungen:

¹ <http://www.fdp-dossenheim.de/ihkzwang.html>, 23.04.2004.

² Thissen, T. (2003).

³ Deiters, M. (1976), S. 379.

⁴ Farny, D. (2000), S. 140.

⁵ Vgl. hierzu die Ausführungen zu Vor- und Nachteilen von Pflichtversicherungen in Teil 3. dieser Arbeit.

⁶ Deiters, M. (1976), S. 392.

- a) Es muss eine Gefahr für die Allgemeinheit (oder zumindest einen größeren Personenkreis) bestehen, deren Ausmaß „das allgemeine, von jedermann in Kauf zu nehmende Lebensrisiko erheblich übersteigt“⁷.
- b) Es muss eine nicht unerhebliche Zahl an Schadensfällen geben, bei denen für die potentiell Haftpflichtigen die Gefahr besteht, dass deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nicht ausreicht, die Geschädigten voll zu entschädigen.
- c) Gesetzliche Schutzmaßnahmen müssen durch die Zusammensetzung des Kreises der potenziellen Geschädigten gerechtfertigt sein, insbesondere in Bezug auf deren soziale Schutzbedürftigkeit und die fehlenden wirtschaftlichen Möglichkeiten zu einer ausreichenden freiwilligen Vorsorge.
- d) Die gesetzliche Pflichtversicherung muss sowohl praktisch als auch technisch durchführbar sein, d. h. dass „die tatsächliche Einhaltung der Versicherungspflicht ausreichend kontrollierbar“⁸ sein muss.

Neben dem Pflichtversicherungsgesetz gibt es einige weitere gesetzliche Zusatzregelungen, die die folgenden Sachverhalte betreffen: Beschränkung der freien Versichererwahl, Festsetzung von Mindestversicherungssummen, genormte Vertragsinhalte, Nachhaftung⁹, Kontrahierungszwang sowie Prämientarife seitens des Staates.

2.2. Kammern als Institutionen mit Zwangscharakter

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es derzeit eine Vielzahl von Kammern (allein über 82 Industrie- und Handelskammern), die als Körperschaften öffentlichen Rechts gerade im Zuge der Interessenvertretung bestimmter Berufszweige zunehmend an Bedeutung und Macht gewonnen haben. Bei Kammern handelt es sich im Allgemeinen um wirtschaftliche Nonprofit-Organisationen privater Art¹⁰, die für die Förderung und Vertretung der wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder eintreten. Exemplarisch seien hier die Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer, Steuerberaterkammer sowie die Ärztekammer genannt.

⁷ Deiters, M. (1976), S. 393.

⁸ Deiters, M. (1976), S. 393.

⁹ Vgl. dazu auch § 158c Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

¹⁰ Vgl. Jaschinski, C. / Reddemann, A. (1997), S. 8.

Die Historie des Kammerwesens

Bereits im Jahre 1665 erlegten sich die Kaufleute der Hansestadt Hamburg eine Zwangsmitgliedschaft auf, um sich im Kampf gegen die Piraterie an der Nordseeküste zu verbünden. Allgemein betrachtet haben die deutschen Kammern in den „Chambres de commerce“ bzw. „Chambres consultatives“¹¹ französische Vorbilder, deren Aufbau und Aufgaben später unter preußischer Herrschaft übernommen wurden. Die Aufgaben beschränkten sich derzeit auf die Berichterstattung an staatliche Behörden und die Aufsicht über das Handels- und Schiffahrtsgewerbe. Am 12.03.1848 wurde erstmals ein allgemeines preußisches Kammerrecht aufgestellt. Nach der Zersplitterung des Kammerwesens im Zuge des zweiten Weltkriegs erhielten die Kammern erst mit dem Bundesgesetz vom 18.12.1956 wieder einen einheitlichen (rechtlichen) Rahmen.

Zu den heutigen Grundprinzipien von Kammern zählen neben dem Status der Körperschaft des öffentlichen Rechts und der Pflichtzugehörigkeit kraft Gesetz die ebenfalls gesetzlich vorgeschriebene Zahlung von Mitgliedsbeiträgen sowie die Unterstellung der Rechtsaufsicht des jeweiligen Bundeslandes. Funktional gesehen agieren die Kammern nach dem Prinzip der Selbstverwaltung.¹² „Dem steht allerdings nicht entgegen, dass der Staat den Kammern noch zusätzlich Aufgaben übertragen kann“¹³.

Die heutigen Aufgabenbereiche der Kammern

Das Betätigungsfeld der Kammern ist sehr weitläufig; zu den wichtigsten Aufgaben zählen: die Vertretung der (lokal- und regional-) politischen Interessen der Wirtschaft gegenüber dem Staat, die Förderung der gewerblichen Wirtschaft, die berufliche Aus- und Weiterbildung sowie Ausbildungsaufsicht, die Durchführung von Abschlussprüfungen inkl. Der Ausstellung von Ursprungszeugnissen und anderen Bescheinigungen sowie die Beratung der Mitglieder und die Tätigkeit als Sachverständiger, wobei die Behörden durch Vorschläge, Gutachten und Berichte unterstützt werden.

Die Auffassung, dass es sich bei den heutigen IHK beispielsweise um „,Unternehmer'-Kammern und nicht um ‚Unternehmens'-Kammern handelt, was darin zum Ausdruck kommt, dass es keine Arbeitnehmerbank in den Kammern gibt“,¹⁴ wird deutlich widerlegt.

¹¹ Frentzel, G. et al. (1999), S. 1.

¹² Z. B. regeln die Kammern ihre Finanzen selbst im Zuge einer Vollversammlung. Vgl. Frentzel, G. et al. (1999), S. 8.

¹³ Frentzel, G. et al. (1999), S. 9.

¹⁴ Schmidt-Trenz, H.-J. (1996), S. 220 f.

Denn die Wahrnehmung sozialpolitischer und arbeitsrechtlicher Interessen ist gemäß § 1 Abs. 5 IHKG nicht zu den Aufgaben von Kammern zu zählen. Somit ist auch die Forderung paritätischer Kammern sowie die Problematik der überbetrieblichen Mitbestimmung gesetzlich klar geregelt.

Mitgliedschaft und Beiträge

Durch die jüngste Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von 2002 wurde die Rechtmäßigkeit des Zwangs zur Kammermitgliedschaft für bestimmte Unternehmen noch einmal bestätigt. Auch der deutsche Bundestag stellte bereits 1998 bzgl. der Novelle des IHKG fest, dass die Pflichtmitgliedschaft „notwendig und auch sachlich weiterhin gerechtfertigt“¹⁵ sei.

Die Kammern erheben zur Finanzierung ihrer Aktivitäten Beiträge, wobei allerdings Pflichtmitgliedschaft und Beitragszwang aufgrund von Freibeträgen und ähnlichen Regelungen nicht gleichgesetzt werden dürfen. So betrug z. B. im Jahr 1991 der Anteil der von Beitragszahlungen völlig freigestellten Unternehmen im Bundesdurchschnitt 53,7%.¹⁶ Diesem Umstand wurde durch das Gesetz zur Änderung von Gesetzen auf dem Gebiet des Rechts der Wirtschaft vom 21.12.1992 begegnet. Demnach sind die bis dahin beitragsfreien sog. Kleingewerbebetriebe nun ebenfalls beitragspflichtig. Der Gesetzesentwurf der SPD-Fraktion im Bundestag 1994, die alten Begünstigungen wiederherzustellen, konnte sich genauso wenig durchsetzen wie der Versuch der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen die Pflichtmitgliedschaft gänzlich abzuschaffen.

Da es sich bei der Kammerzugehörigkeit kraft Gesetzes¹⁷ „um ein öffentlich-rechtliches Verhältnis handelt, nicht aber um eine privatrechtliche Mitgliedschaft“¹⁸, ist de facto von einer „durch den Gesetzgeber erzwungenen Delegation“¹⁹ auszugehen.

Ökonomisch betrachtet sind die Kammern also als Agenten der kollektiven Aktion gleichsam den Pflichtmitgliedern (als Prinzipalen) gegenüber zur Leistungserbringung verpflichtet. Allerdings ist dieser Forderung nur in einer Welt privater Güter uneingeschränkt zuzustimmen, denn die Bereitstellung von Kollektivgütern ist dagegen bekanntlich durch die Nicht-Rivalität im Konsum gekennzeichnet. Hierbei stellt der Zwang zur Beitragszahlung

¹⁵ Frentzel, G. et al. (1999), S. 12.

¹⁶ Vgl. Schmidt-Trenz, H.-J. (1996), S. 180.

¹⁷ Die Begriffe „Kammerzugehörigkeit kraft Gesetzes“, „Pflichtmitgliedschaft“ und „Pflichtzugehörigkeit“ werden laut Kommentar zum IHKG synonym verwendet. Vgl. Schmidt-Trenz, H.-J. (1996), S. 176.

¹⁸ Schmidt-Trenz, H.-J. (1996), S. 176.

¹⁹ Schmidt-Trenz, H.-J. (1996), S. 176.

eine notwendige Regulierung dar, damit es überhaupt zur Produktion der angesprochenen kollektiven Leistungen kommt.

Zur politischen Ökonomie des Beitragszwangs, die weitgehend unabhängig von volkswirtschaftlichen Optimalitätsargumenten ist, bleibt zu sagen, dass es im Interesse der jeweiligen Regierungspartei²⁰ liegt, die Zahl der Wählerstimmen zu maximieren. Nach der sog. „capture-Theorie der Regulierung“²¹ ist der Beitragszwang eine Form der Regulierung im Interesse einer Interessengruppe, wobei der Staat der Wirtschaft über die Bereitstellung des gesetzlichen Zwangs zu einem bewehrten Kartell verhilft, das bisweilen durchaus zu Lasten der Konsumenten geht. Für die IHK allerdings gilt dieser klassische Ansatzpunkt der capture-Theorie nicht, da sie seit alters her für Gewerbefreiheit und freie Marktwirtschaft plädiert.

In einer anderen diskussionswürdigen Frage herrscht dagegen mehr Klarheit: In Deutschland ist es nicht selten der Fall, dass Unternehmen oder auch Freiberufler mehreren Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtzugehörigkeit gleichzeitig angehören. So sind etwa Kombinationen aus der Tätigkeit als Rechtsanwalt, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer denkbar; besonders häufig tritt auch der Fall ein, dass ein Unternehmen sowohl bei der Handwerkskammer als auch der IHK Mitglied ist.²² Der Gesetzgeber hat für die meisten Fälle dieser Art „eine pauschale Lösung gewählt, welche auf den Schwerpunkt der Tätigkeit abstellt“²³ und den Beitrag entsprechend anpasst. Streng genommen handelt es sich bei dieser allgemein anerkannten Regelung der Beitragsäquivalenz um die Forderung, dass sich die Beiträge nach den Vorteilen aus der bestehenden Pflichtmitgliedschaft richten sollten.

3. Pflichtversicherungen im Vergleich zur Pflichtmitgliedschaft in Kammern

3.1. Argumente für eine Pflichtversicherung

Durch den Abschluss einer privatrechtlichen Pflichtversicherung zur Absicherung von Risiken ergeben sich Vorteile für alle Beteiligten: die Versicherungsnehmer sind durch den gesetzlich verordneten Schutz zu einer ausreichenden Vorsorge für sich selbst gezwungen (in der Regel preisgünstig auf Grund von Massenverfahren²⁴), die geschädigten Dritten profitieren von der materiellen Sicherung ihrer Ansprüche, den Versicherern wird eine gesicherte

²⁰ Gleiches gilt natürlich auch für diejenigen Parteien, die die Regierungsgewalt anstreben.

²¹ Vgl. Schmidt-Trenz, H.-J. (1996), S. 217-219.

²² Vgl. Frentzel, G. et al. (1999), S. 137.

²³ Frentzel, G. et al. (1999), S. 138.

²⁴ Vgl. Deiters, M. (1976), S. 379.

Geschäftssparte mit Massengeschäft²⁵ generiert und der Staat erspart sich die Einrichtung eigener Schutzmaßnahmen.

Als grundsätzliche Ziele der Regulierung werden aber auch immer wieder der Konsumentenschutz und die Verhinderung der Insolvenz eines Versicherungsunternehmens genannt. Die Internalisierung von Kosten lässt sich besonders gut am Beispiel einer Haftpflichtversicherung zeigen: Da in vielen Fällen die Kompensationszahlung für einen Schaden die wirtschaftliche Existenz des Schädigers vernichten würde, ermöglicht diesem eine Haftpflichtversicherung, die Haftungsansprüche gegen die Zahlung einer Prämie abzuwälzen.²⁶ Weiterhin lässt sich grundsätzlich festhalten, dass die Wirkungsweise staatlicher Versicherungspolitik in Form von Gesetzgebung, Rechtsprechung, Kontrolle und Verwaltung überwiegend mittelbar ist. „Unmittelbare Eingriffe sind in marktwirtschaftlichen Versicherungssystemen eher die Ausnahme.“²⁷

3.2. Argumente für eine Pflichtmitgliedschaft in Kammern

Als Hauptgrund wird immer wieder die Wahrnehmung und Vertretung des Gesamtinteresses der Mitglieder genannt, wobei versucht wird, die Einzelinteressen gegeneinander abzuwägen und auszugleichen. Für eine Pflichtmitgliedschaft mit einem daran gekoppelten Beitragszwang spricht, dass bei einer staatlichen Bereitstellung der Kollektivgüter²⁸ aufgrund der dafür notwendigen Finanzierung für viele Bürger eine erhebliche zusätzliche Steuerbelastung eintreten würde.²⁹ Folge wäre u. a. „eine verstärkte staatliche Reglementierung, Bürokratisierung, Zentralisierung und damit auch Bürgerferne.“³⁰ Außerdem kann es in diesem Fall durchaus zu einer lediglich suboptimalen Bereitstellung des Kollektivguts im Vergleich zur Bereitstellung durch eine eigene Selbstverwaltungsorganisation kommen, da „die Kosten der Kollektivgutproduktion sozialisiert würden“³¹.

²⁵ Auch wenn die Pflichtversicherungen nicht notwendigerweise immer erhebliche Gewinne garantieren, so bilden sie doch eine wesentliche Existenzgrundlage für den Außendienst und führen die Bevölkerung an die Versicherung heran. Vgl. Deiters, M. (1976), S. 380.

²⁶ Vgl. Zweifel, P. / Eisen, R. (2003), S. 347 f.

²⁷ Farny, D. (2000), S. 102.

²⁸ Eine genauere Ausführung zu den kollektiven Aufgaben der Kammern befindet sich in Teil 2.2. der vorliegenden Arbeit.

²⁹ Vgl. Schmidt-Trenz, H.-J. (1996), S. 222.

³⁰ Mesch, M. (1995), S. 7.

³¹ Schmidt-Trenz, H.-J. (1996), S. 228.

Bei einer Interessenvertretung durch private Verbände besteht dagegen die Gefahr, dass finanzstarke Mitglieder mittels Austrittsdrohung die Berücksichtigung ihrer Sonderinteressen gegen den allgemeinen Willen erzwingen.

Eine mögliche Lösung des Delegations- und Kontributionsproblems³², das den Kern des Gefangenendilemmas ausmacht, welches durch so genanntes Trittbrettfahrerverhalten bei der Kollektivgutbereitstellung ausgelöst wird, ist zweifelsohne durch die Pflichtmitgliedschaft gegeben. Denn auf diese Weise kann ein Marktversagen verhindert und die ausreichende Bereitstellung gewährleistet werden, bei der „niemand Leistungen genießt, die er nicht bezahlt hat.“³³ Eine weitere Möglichkeit dem Trittbrettfahren entgegenzuwirken besteht darin, durch das Angebot von Zusatzleistungen seitens der Kammer, wie z. B. Beratung und Bildungsangebote, positive selektive Anreize zu setzen, die ausschließlich Mitgliedern zugute kommen. Eine Aufhebung der Pflichtmitgliedschaft hätte eine Zersplitterung in viele privat organisierte Sonderinteressengruppen zur Folge, die sich weder für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung noch für das langfristige Gemeinwohl verantwortlich fühlen, sondern sich vielmehr an kurzfristigen Zielen orientieren würden. In diesem Fall würde auch die mögliche Nutzung von Größenvorteilen (economies of scale) sowie von Verbundvorteilen (economies of scope) bei der Erstellung der Leistung ‚Interessenvertretung‘ ungenutzt bleiben. Auch die Problematik von adverse selection, dass bei freiwilliger Mitgliedschaft nur die vertretungsintensivsten Arbeitnehmer in der Kammer verbleiben, lässt sich mit Hilfe einer Pflichtmitgliedschaft lösen.

3.3. Argumente gegen eine Pflichtversicherung

Eine nicht unbedeutende Schwäche des Systems liegt natürlich darin, dass evt. „einzelne Versicherungspflichtige der Versicherungspflicht nicht nachkommen, so dass ein gesetzeswidriger, deckungsloser Zustand entsteht.“³⁴ Bei einer pflichtmäßigen Haftpflichtversicherung ergibt sich des Weiteren das Problem, dass sie keineswegs in jedem Schadensfall eine volle Entschädigung gewährleistet; vielmehr ist der Geschädigte verpflichtet, „die Voraussetzungen für das Bestehen eines materiellrechtlichen Schadenersatzanspruchs gegen den Schädiger ... zu beweisen.“³⁵ Deutlich gegen eine Pflichtversicherung spricht außerdem, dass ohne Rücksicht auf den besonderen sozialen Schutzzweck der Versicherung unter gewissen Umständen

³² Eine ausführliche Diskussion dieser Problematik ist bei Schmidt-Trenz, H.-J. (1996), S. 1-6 zu finden.

³³ Mesch, M. (1995), S. 9.

³⁴ Deiters, M. (1976), S. 380.

³⁵ Deiters, M. (1976), S. 380.

der Versicherungsschutz entfällt. Dies liegt in der Natur des privatrechtlichen Versicherungsverhältnisses.

Des Weiteren ist festzuhalten, dass sich in den letzten Jahren gerade in der Entwicklung bei den öffentlich-rechtlichen Versicherungsunternehmen eine eindeutige Tendenz weg von den Pflichtversicherungen gezeigt hat. So wurden z. B. im Juli 1994 die öffentlich-rechtlichen Pflicht-/ Monopolversicherer im Bereich der Gebäudeversicherung beseitigt. Ein (für die Konsumenten) bedeutender Nachteil der Pflichtversicherungen liegt darin, dass die Monopolversicherer nicht der Bundesaufsicht nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) unterliegen und auch der Versicherungsschutz sowie die Prämiengestaltung nach dem Umlageverfahren teilweise deutlich von den marktüblichen Gestaltungen abweichen.³⁶

3.4. Argumente gegen eine Pflichtmitgliedschaft in Kammern

Ein Gesamtinteresse der Wirtschaft, als dessen Vertreter sich die Kammern sehen, existiert heute aufgrund der enormen Heterogenität der Interessen nicht mehr.³⁷ Auch die Ausstellung von Ursprungszeugnissen rechtfertigt keine Pflichtmitgliedschaft mehr, da heute die Prüfungen nicht mehr durch Mitarbeiter der Kammern vorgenommen werden, sondern dies durch die berufsbildenden Schule selbst erfolgt.

Die Existenz solcher Einrichtungen wie Sparkassen, der Sender ARD und ZDF sowie des Technischen Überwachungsvereins (TÜV GmbH), denen auch hoheitliche Aufgaben zugewiesen wurden, widerlegen das Argument, dass sich die Pflichtmitgliedschaft aus dem öffentlich-rechtlichen Status und den gesetzlich zugewiesenen Aufgaben heraus ergibt.

Des weiteren wird eine Wirtschaftlichkeitskontrolle der Arbeitsweise von Kammern (nur) durch eine kammereigene Rechnungsprüfungsstelle durchgeführt, so dass die Kammern ihrem Finanzwesen nach autonom sind.³⁸ Auch wird oftmals ein Missverhältnis zwischen gezahltem Entgelt und empfangener Leistung bemängelt.

Da in kleineren Gruppen, wie z. B. Betriebsgewerkschaften oder privat organisierten Verbänden die Anonymität viel geringer ist, soziale Beziehungen entstehen sowie Anreize zur Kooperation geboten sind, fällt dort die Trittbrettfahrerneigung sehr viel geringer aus als in

³⁶ Vgl. Farny, D. (2000), S. 219.

³⁷ Vgl. die Aussagen von Hartmut Kowalinski, Vorsitzender des Bundes der Selbständigen aus Hirschberg-Leutershausen, in: <http://www.fdp-dossenheim.de>, Zwangsmitgliedschaft in IHK.

³⁸ Um dem entgegenzuwirken sind zumindest im Bereich der Handwerkskammern bereits Tendenzen zu erkennen, die Kammern zur Beachtung bestimmter Wirtschaftlichkeitsmaximen anzuhalten sowie im Rahmen der Haushaltsaufsicht die Zweckmäßigkeit der Mittelverwendung zu überprüfen. Vgl. Fröhler, L. / Kormann, J. (1983) und Stober, R. / Kluth, W. (1989).

den Kammern.³⁹ Außerdem verhindert die Pflichtmitgliedschaft Preiswettbewerb und schafft dadurch örtliche Monopole.

Zur rechtlichen Überprüfung der Pflichtmitgliedschaft in Kammern sei hier nur folgendes aufgeführt:⁴⁰ Nach herrschender Lehre und ständiger Rechtsprechung gibt es zwei Hauptansatzpunkte: die Art. 9 Abs. 1 GG (die sog. Vereinigungsfreiheit) sowie Art. 2 Abs. 1 GG (die Freiheit der Persönlichkeitsentfaltung). Laut Bundesverfassungsgericht (BVerfG) wird Art. 9 Abs. 1 GG für die vorliegende Beurteilung als nicht einschlägig und unanwendbar erachtet.⁴¹ Letztendlich wird eine Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetz dann für verfassungsgemäß erklärt, „wenn zur Erledigung anstehende legitime öffentliche Aufgaben den öffentlich-rechtlichen Zwangszusammenschluss erfordern“⁴²; in diesem Zusammenhang wird schließlich die Bildung einer betreffenden Körperschaft öffentlichen Rechts als Angelegenheit freien gesetzgeberischen Ermessens betrachtet. Auf diese Weise bestätigte das BVerfG bereits im Jahr 1962 bspw. die Pflichtmitgliedschaft zur IHK, die auch durch das IHKG-Änderungsgesetz 1998 nicht abgelehnt wurde.

4. Fazit

Um genügend Wettbewerb zu schaffen, sollte sich der Staat darauf beschränken, lediglich „in einem sehr allgemein gehaltenen juristischen Ordnungsrahmen das Eigentum zu garantieren und Vertragserfüllung durchzusetzen.“⁴³ Sowohl die gesetzliche Vorgabe in Form von Pflichtversicherungen als auch die Pflichtmitgliedschaft in Kammern, die vom Staat delegierte Aufgaben wahrnehmen, stellen staatliche Eingriffe in den freien Markt dar, deren Notwendigkeit es von Zeit zu Zeit zu überprüfen gilt.

So bedeutet das bestätigende Urteil des Bundesverfassungsgerichts „nicht, dass Zwangsmitgliedschaften eben verfassungsrechtlich nicht ‚greifbar‘ seien und deshalb unbesehen hingenommen werden müssten.“⁴⁴ Vielmehr kann z. B. an die ständige Kontrolle der

³⁹ Vgl. Mesch, M. (1995), S. 17.

⁴⁰ Bei Mronz, D. (1971), besonders S. 65-101, wird die Verfassungsmäßigkeit der Pflichtmitgliedschaft ausführlich diskutiert.

⁴¹ Allerdings wird auch von mehreren Autoren die Ansicht vertreten, dass aus Art. 9 GG durchaus ein Grundrecht auf negative Vereinigungsfreiheit abgeleitet werden kann, das die Mitgliedschaftspflicht in öffentlich-rechtlichen Körperschaften begründet. Vgl. hierzu Kluth, W. (1997), S. 16 sowie Höfling, W. (1999), Art. 9, Rdnr. 21 ff.

⁴² Mronz, D. (1971), S. 65.

⁴³ <http://www.mehr-freiheit.de/faq/wettbew.html>, 29.05.2004.

⁴⁴ Mronz, D. (1971), S. 101.

Voraussetzungen angeknüpft werden, um die Problematik der Pflichtmitgliedschaft von weiteren verfassungsrechtlichen Positionen zu beleuchten.

Es lässt sich festhalten, dass es den Kammern letztlich zugute kommt, „wenn die Grenzen ihres Aufgabenspektrums klar definiert sind.“⁴⁵ Denn eine einschränkende Auslegung der Interessenvertretungsaufgabe sowie die Befreiung von der (delegierten) Aufgabe der mittelbaren Staatsaufsicht führen zu einer nicht unerheblichen Kostenreduktion auf Seiten der Kammern.

Pflichtversicherungen haben sich in Deutschland schon lange als erfolgreiches Mittel der Regulierung etabliert. Allerdings heißt es in Bezug auf die hohe Anzahl an Vorschlägen für weitere Pflichtversicherungen bei Deiters: „Die Pflichtversicherungen haben sich zur wirtschaftlichen Absicherung ausgewählter Gefahrenbereiche als sehr wertvoll erwiesen; wir dürfen aber nicht zu einem ‚Volk von Pflichtversicherten‘ werden.“⁴⁶

⁴⁵ Kelber, M. F. (1998), S. 200.

⁴⁶ Deiters, M. (1976), S. 394.

Literaturverzeichnis

Deiters, M. (1976):

Die Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch privatrechtliche Pflichtversicherungen, in: Reichert-Facilides, F. / Rittner, F. / Sasse, J. (Hrsg.), Festschrift für Reimer Schmidt, Karlsruhe, S. 379-394.

Farny, D. (2000):

Versicherungsbetriebslehre, Karlsruhe.

Frentzel, G. et al. (1999):

Industrie- und Handelskammergesetz: Kommentar zum Kammerrecht des Bundes und der Länder, 6. Auflage, Köln.

Fröhler, L. / Kormann, J. (1983):

Haushaltsaufsicht über die Handwerkskammern – einer erweiterte Rechtsaufsicht, 1. Auflage, München.

Höfling, W. (1999):

in: Sachs, M. (Hrsg.), Grundgesetz Kommentar, 2. Auflage, München.

Homann, K. (Hrsg.) (1996):

Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften, Bd. 94, Tübingen.

Jaschinski, C. / Reddemann, A. (1997):

Qualitätsmanagement für Nonprofit-Dienstleister, Berlin et al.

Kelber, M. F. (1998):

Grenzen des Aufgabenbereichs einer Körperschaft öffentlichen Rechts unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten – am Beispiel der Handwerkskammer (Dissertation an der Uni Regensburg), 1. Auflage, Berlin.

Kluth, W. (1997):

Verfassungsfragen der Privatisierung von Industrie- und Handelskammern, in: Stern, K., Studien zum Öffentlichen Recht und zur Verwaltungslehre, Bd. 61, München.

Mesch, M. (1995):

Argumente zur Pflichtmitgliedschaft in den Kammern, in: Wirtschaftswissenschaftliche Abteilung der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien (Hrsg.), Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft, Nr. 60, Wien.

Mronz, D. (1973):

Körperschaften und Zwangsmitgliedschaft am Beispiel von Arbeitnehmerkammern, in: Schriften zum Öffentlichen Recht, Bd. 209, Berlin.

o. V. (2004):

Wettbewerb und Fortschritt, URL: <http://www.mehr-freiheit.de/faq/wettbew.html> (Stand 29.05.2004).

o. V. (2004):

Zwangsmitgliedschaft in der IHK, URL: <http://www.fdp-dossenheim.de/ihkzwang.html> (Stand 23.04.2004).

Reichert-Facilides, F. / Rittner, F. / Sasse, J. (Hrsg.) (1976):

Festschrift für Reimer Schmidt, Karlsruhe.

Schmidt-Trenz, H.-J. (1996):

Die Logik kollektiven Handelns bei Delegation, in: Homann, K. (Hrsg.), Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften, Bd. 94, Tübingen.

Schönfelder, H. (2004):

Deutsche Gesetze, Textsammlung, 119. Ergänzungslieferung, München.

Stern, K. (1997):

Studien zum Öffentlichen Recht und zur Verwaltungslehre, Bd. 61, München.

Stober, R. / Kluth, W. (1989):

Zur Rechnungsprüfung von Kammern, Köln.

Thissen, T. (2003):

Zwangsmitgliedschaft könnte bald abgeschafft sein, Die Welt, Leserbriefe, URL:
<http://www.welt.de/data/2003/04/07/67090.html> (Stand 29.05.2004).

Zweifel, P. / Eisen, R. (2003):

Versicherungsökonomie, 2. verbesserte Auflage, Berlin et al.

Teil 2

Wege aus der Krise – Alternativen zu Pflichtversicherung / Versicherungspflicht in der GKV.....	45
Ist die gesetzliche Rentenversicherung als Pflichtversicherung noch zeitgemäß?	59
Pro und Contra Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Unfallversicherung.....	72
Segen und Fluch der Versicherungspflicht und der Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung.....	88
Segen und Fluch der Pflichtversicherung in der Pflegeversicherung	100

Wege aus der Krise – Alternativen zu Pflichtversicherung / Versicherungspflicht in der GKV

Torben Krey

1. Einleitung.....	45
2. Situation des deutschen Gesundheitssystems.....	46
3. Die Alternativen Bürgerversicherung und freiwillige Krankenversicherung.....	48
4. Zusammenfassung.....	54
Literaturverzeichnis.....	56

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem steht seit einiger Zeit wieder im Mittelpunkt politischer Diskussionen. Im Hinblick auf hohe Gesundheitsausgaben und steigende Beitragssätze herrscht größtenteils Einigkeit über die Notwendigkeit einer Reform des Gesundheitswesens. In diesem Zusammenhang werden auch alternative Finanzierungsverfahren diskutiert. So wurde von der Rürup-Kommission¹ eine Bürgerversicherung vorgeschlagen, in der die gesamte Bevölkerung versichert sein soll. Andererseits könnte man überlegen, die staatliche Regulierung im Gesundheitswesen zu verringern und unser System nach dem Vorbild der USA zu gestalten. Dadurch entstünde mehr Wettbewerb, wodurch sich gegebenenfalls die Kosten im Gesundheitswesen senken ließen. Diese beiden Möglichkeiten unterscheiden sich durch die Art des Staatseingriffes in den Krankenversicherungsmarkt. Bei der Bürgerversicherung zwingt der Staat die gesamte Bevölkerung sich gegen Krankheit zu versichern, bei der freiwilligen Versicherung überlässt er jedem einzelnen diese Wahl.

In dieser Arbeit soll untersucht werden, inwieweit die beiden Alternativen Bürgerversicherung und freiwillige Versicherung die Krise im deutschen Gesundheitswesen lösen können. Dazu werden zuerst die Probleme in der GKV und ihre Ursachen dargestellt. Anschließend werden die zwei Modelle mit ihren Vor- und Nachteilen vorgestellt.

¹ Im November 2002 wurde von Bundesministerin Ulla Schmidt die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme unter Vorsitz von Professor Rürup einberufen, um Vorschläge für die Zukunft der GKV zu erarbeiten.

2. Situation des deutschen Gesundheitssystems

Immer wieder wird Kritik an unserem Gesundheitssystem geübt. Im Mittelpunkt stehen dabei oft die hohen Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Tatsächlich ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt seit 1970 stetig gestiegen und hat 2001 einen Wert von 10,7% erreicht (siehe Tabelle 1). Damit liegt Deutschland hinter der Schweiz an der Spitze der europäischen Staaten und über dem Durchschnitt aller hier betrachteten Länder.

Tabelle 1: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Prozent von ausgewählten Ländern

	1970	1980	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2001
Frankreich	k.A.	k.A.	8,6	9	9,4	9,5	9,3	9,3	9,5
Deutschland	6,2	8,7	8,5	9,9	10,2	10,9	10,6	10,6	10,7
Japan	4,5	6,4	5,9	6,2	6,7	6,9	7,1	7,7	8
Niederlande	k.A.	7,5	8	8,4	8,4	8,3	8,6	8,6	8,9
Schweiz	5,6	7,6	8,5	9,6	9,8	10,4	10,6	10,7	11,1
Großbritannien	4,5	5,6	6	6,9	7	7	6,9	7,3	7,6
USA	6,9	8,7	11,9	13	13,2	13,2	13	13,1	13,9

Quelle: OECD Health Data 2003.

Die Ursachen für die steigenden Ausgaben sind vielfältig. Als wichtigste Faktoren werden jedoch immer wieder die folgenden Punkte genannt. Die demographische Entwicklung in Deutschland ist durch eine zunehmende Alterung der Bevölkerung geprägt. Ursache dafür ist die sinkende Mortalität sowie niedrige Geburtenraten. Dies hat für die Krankenversicherungen zur Folge, dass die Anzahl der Leistungsempfänger steigt, es aber immer weniger Beitragszahler gibt.² Das Problem der demographischen Entwicklung muss akzeptiert werden, da man die Bevölkerungsentwicklung nicht beeinflussen kann. Helfen könnten allerdings neue Finanzierungsverfahren, die gegen diese Entwicklung resistenter sind als das Umlageverfahren.³ Ebenfalls wichtiger Kostentreiber ist der Fortschritt in der Medizintechnik. Dieser führt zu immer besseren und teureren Behandlungsmethoden und zu einer Erhöhung der Lebenserwartung von Kranken, wodurch weitere Kosten entstehen.⁴ Ein weiteres Problem ist die angebotsinduzierte Nachfrage. Diese ist ein Resultat der ungleichen Informationsverteilung zwi-

² Vgl. Vieregge, D.(2003), S.14 zitiert nach Seehofer, H. (1998), S. 30.

³ Vgl. Greisler, P. (2001), S. 993.

⁴ Kopetsch, T. (2001), S. 589-594.

schen Arzt und Patient, da letzterer nicht über genügend medizinisches Fachwissen verfügt. Der Arzt kann daher am Patienten Untersuchungen durchführen, die aufgrund der Erkrankung eigentlich nicht notwendig wären. Dadurch entstehen Kosten, die dem Patienten aber keinen zusätzlichen Nutzen bringen.

Viele Autoren gehen zudem davon aus, dass ein wesentlicher Grund für die hohen Gesundheitsausgaben Ineffizienzen in unserem Gesundheitssystem sind.⁵ Begründung dafür ist, dass die Lebenserwartung, als beispielhaftes Maß für die Qualität der Gesundheitsversorgung, in Deutschland trotz hoher Ausgaben nicht höher ist als in anderen Staaten mit weniger Gesundheitsausgaben.⁶ Diese Ineffizienzen ergeben sich zum Teil aufgrund der Struktur und Organisation des deutschen Gesundheitssystems. Einen beispielhaften Überblick über solche Mängel gibt Tabelle 2.

Tabelle 2: Ausgewählte Problemfelder im deutschen Gesundheitswesen

<i>Problemfelder</i>	<i>Ursachen</i>
Unnötig hohe Kosten durch mangelnden Wettbewerb	Zwangsmitgliedschaft der Kassenärzte in der Kassenärztlichen Vereinigung; Kontrahierungszwang der GKV mit jedem Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung und jedem Krankenhaus
Unnötig hohe Kosten durch Fehl-anreize für Leistungserbringer und Versicherer	Einzelleistungshonorierung; Risikostrukturausgleich zu einfach gestaltet, da Morbidität nicht berücksichtigt wird
Unnötig hohe Kosten durch Fehl-anreize für Nachfrager	geringe Selbstbeteiligung; sehr umfassender Leistungskatalog; Kostenintransparenz; Sachleistungsprinzip; freie (Fach-)Arztwahl;
geringe Wahlmöglichkeiten beim Versicherungsschutz	System der Pflichtversicherung, nicht Versicherungspflicht (keine Wahl von Zuzahlungen oder Abwahl von Leistungen)

Quelle: in Anlehnung an Osterkamp, R. (2002), S. 22-23.

Aber auch die Situation auf der Einnahmenseite ist problematisch. Die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV blieben zwischen 1980 und 2000 um 31% unter dem Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigem. Das bedeutet, dass das Einkommen, auf das der Beitrags-

⁵ Kopetsch, T. (2001), S. 589-594.

⁶ Vgl. Boetius, J. (1999), S. 2-4.

satz erhoben wird, insgesamt immer geringer wurde.⁷ Als Begründung für diese Entwicklung werden unter anderem die steigende Arbeitslosigkeit, geringes Wirtschaftswachstum und der Trend zu geringfügig Beschäftigten gesehen. Zudem tragen politische Entscheidungen, so genannte „Verschiebebahnhöfe“, zu einer Verringerung der GKV Einnahmen bei.⁸ Beispielfähig seien die Reduzierung der Beiträge, die für Arbeitslose von der Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen sind und Nullrunden bei den Renten genannt. Das Ausbleiben der Rentenerhöhung führt 2004 zu Einnahmeausfällen von ungefähr 500 Millionen Euro.⁹

Wäre die Beitragsbasis der GKV vergleichbar mit der im Jahr 1980, das heißt, die beitragspflichtigen Einkommen hätten sich ähnlich wie das Bruttoinlandsprodukt entwickelt, hätte sie nach Schätzungen im Jahre 2000 Mehreinnahmen von circa 22 Milliarden Euro erzielt. Der Beitragssatz könnte dann heute bei circa 12% liegen.¹⁰

3. Die Alternativen Bürgerversicherung und freiwillige Krankenversicherung

Neben der Reform der Ausgaben- und Leistungsseite der GKV durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, entstand 2003 auch die Diskussion um alternative Finanzierungsmodelle. Professor Lauterbach hat in diesem Zusammenhang die so genannte Bürgerversicherung vorgestellt. Dieser ursprüngliche Vorschlag der Bürgerversicherung soll im Folgenden untersucht werden, da mit ihr eine allgemeine Versicherungspflicht eingeführt werden soll und die staatlichen Eingriffe sich damit ausweiten. Die Bürgerversicherung umfasst drei wesentliche Elemente:

- Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und die Einbeziehung von Beamten, Selbständigen und Landwirten in die GKV. Damit müssen sich alle Bürger in der GKV versichern.¹¹ In unserem heutigen System gibt es für Besserverdiener eine „Exit-Option“, das heißt diese Personengruppe kann „sich nach individuellen Nutzenkalkül für oder gegen die weitere Beteiligung am GKV-spezifischen Solidarausgleich entscheiden“. ¹² So gehen der GKV gegebenenfalls gute Risiken verloren.¹³ Diese Möglichkeit widerspricht dem Solidaritätsprinzip und wird von vielen als ungerecht empfunden. Mit der Bürgerversicherung würde diese Option entfallen. Dadurch stehen der

⁷ Vgl. Opielka (2004), S. 5.

⁸ Jacobs, K. (2003b), S. 2.

⁹ IKK Bundesverband (2004), S. 2.

¹⁰ Vgl. Opielka, M. (2004), S. 5.

¹¹ Vgl. Bork, C. / Gasche, M. (2003), S. 770.

¹² Jacobs, K. (2003a), S. 92.

¹³ Vgl. Lauterbach, K. (2004), S. 48.

GKV zusätzlich zahlende Mitglieder zur Verfügung. Die bisher privat versicherten Personen haben ein höheres Durchschnittseinkommen als GKV-Mitglieder und ein geringeres Krankheitsrisiko.¹⁴ Daher würden sie mehr einzahlen als sie Leistungen in Anspruch nehmen. Der Beitragssatz könnte somit um schätzungsweise 0,5% sinken.¹⁵

- Außerdem soll die Beitragsbemessungsgrundlage auf weitere Einkommensarten verbreitert werden. Als Einkommen für die Beitragsbemessungsgrundlage gelten dann auch Gewinne aus Land- und Forstwirtschaft, selbständiger Arbeit bzw. Gewerbebetrieb sowie Einkünfte aus Vermietung und Kapitalvermögen.¹⁶

Die Berücksichtigung dieser zusätzlichen Einkommensarten entspräche eher dem Leistungsfähigkeitsprinzip, da sich die finanzielle Leistungsfähigkeit eines Einzelnen durch das gesamte Vermögen widerspiegelt und nicht nur durch das Arbeitseinkommen. Insbesondere Rentner verfügen meist über mehr Kapitaleinkünfte als die jüngere Generation. Sie würden mit der Bürgerversicherung stärker am Solidarausgleich beteiligt. Im heutigen System unterstützen die Jüngeren die Älteren mit ihren Beiträgen, indem sie ungefähr 56 % der Gesundheitsausgaben der Rentner tragen.¹⁷ Die Bürgerversicherung fördert somit auch die intergenerative Gerechtigkeit.¹⁸ Letztendlich werden die Beiträge zur GKV durch die Einbeziehung von Miet-, Zins- und Kapitaleinkünfte unabhängiger von dem Arbeitseinkommen und damit auch von der wirtschaftlichen Situation.¹⁹ Die Verbreiterung der Einnahmebasis führt, nach Ansicht der Befürworter dieses Modells, bei gleich bleibender Ausgabenseite zu einer Senkung des Beitragssatzes um 0,7 %.²⁰

- Schließlich soll die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben werden. Mit der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze würde die Finanzbasis weiter gestärkt, da der Beitragssatz auch auf höhere Einkommen erhoben wird. Dadurch erhofft man sich eine Senkung des Beitragssatzes um weitere 0,8 %.²¹ Personen mit höherem Einkommen müssten dann entsprechend ihrer Finanzkraft mehr für die Gesundheitsleistungen zahlen. Allerdings würde mit zu hohen Abgaben der Zusammenhang zwischen Beitrag und Leistung auseinander fallen, da Besserverdiener

¹⁴ Vgl. Kühn, H. (1995), S. 174-175.

¹⁵ Vgl. IKK Bundesverband (2004), S. 10.

¹⁶ Vgl. Bork, C. / Gasche, M. (2003), S. 770.

¹⁷ Vgl. Borg, C. / Gasche, M. (2003), S. 773.

¹⁸ Vgl. Jacobs, K. (2003b), S. 14.

¹⁹ Vgl. Wenzel, D. (1999), S. 107.

²⁰ Vgl. Jacobs (2003a), S. 91 sowie IKK Bundesverband (2004), S. 10.

²¹ Vgl. IKK Bundesverband (2004), S. 10.

für die gleiche Leistung erheblich mehr zahlen müssen. Allerdings hat Professor Lauterbach im Nachhinein Abstand von diesem Punkt genommen, da durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz bereits Einsparungen erzielt wurden. Deshalb könne man auf den beitragsenkenden Effekt der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze verzichten.²²

Mit diesen drei Elementen liegt der Schwerpunkt der Bürgerversicherung darauf, der Einnahmenerosion der GKV entgegen zuwirken. Sie soll eine nachhaltige Finanzierung der GKV sichern, indem Lohnzusatzkosten gesenkt werden, die Konjunktur gefördert wird, die Beitragsgerechtigkeit erhöht und die GKV für den demographischen Wandel gestärkt wird.²³ Die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und der einbezogenen Personengruppen soll die Einnahmeseite der GKV vergrößern und dadurch die Beiträge zur Krankenversicherung senken.²⁴

Viele Probleme werden mit der Bürgerversicherung hingegen nicht zu lösen sein. Mit der Bürgerversicherung fällt die Entscheidung allein für das Umlageverfahren. Dieses gilt aber im Allgemeinen als nicht sehr demographiesicher. Auch wenn in der Bürgerversicherung die Rentner mehr Beiträge zahlen als vorher, so wird die jüngere Generation aufgrund des Umlageverfahrens trotzdem noch die Ältere subventionieren. Das Problem des demographischen Wandels wird also nicht gelöst. Das in dieser Hinsicht als vorteilhafter angesehene Kapitaldeckungsverfahren wird hingegen mit der PKV abgeschafft.²⁵

Das Ausgabenproblem der GKV bleibt zudem bei der Bürgerversicherung weitgehend unberücksichtigt. Der Fokus der Bürgerversicherung liegt auf der Einnahmeseite.²⁶ Mit den zusätzlichen Einnahmen können die Ausgaben zwar leichter finanziert werden, ein Anreiz zur Senkung der Kosten wird aber nicht geschaffen. Fraglich ist auch, welche Rolle die privaten Krankenversicherer in dem Modell spielen sollen. Sie müssten ihr Geschäft entweder auf Zusatzversicherungen beschränken oder sie würden in die Bürgerversicherung integriert.²⁷ Im letzten Fall solle ein Finanzausgleich zwischen GKV und PKV stattfinden. Dann müsste die PKV aufgrund ihrer guten Risiken Abgaben an die GKV leisten.²⁸ Mit beiden Alternativen ist die PKV aber nicht zufrieden, da sie in jedem Fall stark in ihrem Geschäft eingeschränkt wer-

²² Vgl. IKK Bundesverband (2004), S. 8.

²³ Vgl. IKK Bundesverband (2004), S. 7.

²⁴ Vgl. Massenber, H.-J. / Hofmann, V. (2003), S. 704.

²⁵ Vgl. Massenber, H.-J. / Hofmann, V. (2003), S. 704.

²⁶ Vgl. Massenber, H.-J. / Hofmann, V. (2003), S. 704.

²⁷ Vgl. Handelsblatt (2004), S. 4.

²⁸ Vgl. o. V. (2004b).

den würde.²⁹ Sucht man nach Ländern, in denen es bereits eine Bürgerversicherung gibt, fällt der Blick auf unseren Nachbarn Österreich. Dort sind 99% der Bevölkerung in der staatlichen Krankenversicherung versichert. Der Beitragssatz liegt zwischen 6,9 % für Angestellte und 7,6 % für Arbeiter. Trotz dieses geringen Beitrags gibt es keine Hinweise auf eine geringere Qualität der Gesundheitsleistungen, die Lebenserwartung liegt mit 81,7 Jahren bei Frauen und 75,9 Jahren bei Männern ähnlich hoch wie in Deutschland. Auch der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt liegt bei nur 7,7% (2001). Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass der Staat mehr als in Deutschland Steuergelder in das Gesundheitswesen fließen lässt.³⁰ Eine Begründung für die geringeren Krankenkassenbeiträge ist nach Opielka „...eine solidarischere Verteilung der Kosten...“³¹ durch die erweiterte Einnahmehasis der Bürgerversicherung. Durch die Bürgerversicherung lässt sich auch eine bessere Prävention in der Bevölkerung sicherstellen als in einem unkoordinierten marktwirtschaftlichen Gesundheitssystem.³² Auch andere Länder, in denen die gesamte Bevölkerung versicherungspflichtig ist, zeigen geringe Gesundheitsausgaben. So liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Japan bei 7,6 % (1998) und in Großbritannien ebenfalls bei 7,6 % (2001).

Um die Kosten im Gesundheitswesen zu senken, hat man auch versucht, mehr Wettbewerbselemente einzubringen. So wurde 1994 der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zugelassen. In verschiedenen anderen Bereichen, wie dem Energiemarkt, hat sich gezeigt, dass eine Deregulierung der staatlichen Eingriffe zu geringeren Kosten und Preisen geführt hat. Warum sollte man nicht auch im Krankenversicherungsbereich die Regulierung des Staates so weit wie möglich zurückfahren und die Aufgabe des Staates allein auf die Sicherstellung des Wettbewerbs reduzieren?³³ Im Gegenzug zu einer allgemeinen Versicherungspflicht, die mit der Bürgerversicherung eingeführt werden würde, soll als eine zweite Alternative zum heutigen Zustand daher ein Krankenversicherungssystem diskutiert werden, in dem es keine Versicherungspflicht gibt. Ein nach marktwirtschaftlichen Kriterien ausgerichtetes Gesundheitssystem garantiert jedem Individuum die größtmögliche Freiheit. Jeder

²⁹ Vgl. o. V. (2004a), S. 4.

³⁰ Vgl. Opielka, M. (2004), S. 5.

³¹ Opielka, M. (2004), S. 5.

³² Vgl. Opielka, M. (2004), S. 6.

³³ Vgl. Volk, M. (1989), S. 23.

kann entscheiden wie er sich gegen das Krankheitsrisiko absichern möchte und in welchem Umfang.³⁴

Vorbild für ein solches System könnte der Krankenversicherungsmarkt in den USA sein. Dort gibt es generell keine Versicherungspflicht; wer sich gegen das Krankheitsrisiko versichern will, muss dies privat tun. Allerdings gibt es auch hier seit 1966 staatliche Eingriffe in Form der zwei staatlichen Krankenversicherungsprogramme Medicare und Medicaid, in denen Personen über 65 Jahren beziehungsweise Bürger, deren Gehalt unter einer bestimmten Einkommensgrenze liegt versichert sind.³⁵ Durch beide Programme sind ungefähr 20% der Bevölkerung abgesichert. Das Krankenversicherungssystem der USA wirft aber einige Probleme auf. Beispielsweise sind ungefähr 14% der Bevölkerung ohne Krankenversicherungsschutz.³⁶ Nicht nur dass dies ein soziales Dilemma ist, es entstehen dadurch auch Kosten für den Staat, der für diese Personen aufkommen muss. Grund für diesen hohen Prozentsatz ist zum einen, dass viele US-Bürger durch ihren Arbeitgeber in Gruppenversicherungen versichert sind. Endet das Arbeitsverhältnis, verliert der Arbeitnehmer auch seinen Versicherungsschutz. Zudem sind die Kosten des amerikanischen Gesundheitswesens mit einem Anteil von 14 % des Bruttoinlandsproduktes höher als in anderen Ländern. Allerdings lässt sich auf Grund der Lebenserwartung nicht auf eine dementsprechend bessere Qualität schließen. Trotzdem weist das Gesundheitssystem der USA eine leistungsfähige Infrastruktur mit einer guten medizinischen Versorgung in den Praxen auf.³⁷ Festzustellen bleibt, dass eine größtenteils marktwirtschaftliche Organisation des Krankenversicherungsmarktes in den USA sogar zu höheren Gesundheitsausgaben führt als in Deutschland. Auch wenn in den USA eine hohe Qualität der Versorgung gegeben ist, sind die hohen Kosten auch durch die Probleme bedingt, die ein solches Gesundheitssystem aufweist.

Neben diesen empirischen Argumenten aus den USA, gibt es auch eine Reihe von theoretischen Begründungen, die zeigen, dass private Krankenversicherungsmärkte versagen. Eine Marktlösung könnte zu Ergebnissen führen, die nicht erwünscht sind oder mit ethischen Normen nicht übereinstimmen.³⁸

Als erstes lässt sich zeigen, dass private Krankenversicherungsmärkte potentiell versagen: Bei der privaten Absicherung werden risikoadäquate Prämien erhoben. Sind vor Ver-

³⁴ Vgl. Oberender, A. (1996), S. 36.

³⁵ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. / Greiner, W. (2000), S. 208-214.

³⁶ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. / Greiner, W. (2000), S. 223.

³⁷ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. / Greiner, W. (2000), S. 222.

³⁸ Vgl. Volk, M. (1989), S. 23.

tragsabschluss dem Versicherungsunternehmen nicht alle Vorerkrankungen und Krankheitsrisiken bekannt, müssen im Laufe der Zeit die Prämien angepasst werden. Dies führt dazu, dass der Versicherungsnehmer über sein gesamtes Leben gesehen nicht den Versicherungsschutz erhält, den er auf Grund seiner Risikoaversion gerne hätte. Um dem entgegen zu wirken, müsste man sich zu dem Zeitpunkt versichern, an dem noch keine Krankheitsrisiken oder Vorerkrankungen feststellbar sind. Die Konsequenz wäre, dass Mütter für ihre Ungeborenen schon Krankenversicherungen abschließen müssten. Voraussetzung dafür wäre aber, dass der Versicherungsvertrag für beide Seiten dauerhaft bindend sein muss. Wie das deutsche Beispiel bei den privaten Anbietern zeigt, führt eine zwangsweise dauerhafte Bindung kaum zu Wettbewerb unter den Versicherern und zu Ineffizienzen, die sich in hohen Prämien niederschlagen. Der private Krankenversicherungsmarkt stellt daher keinen dauerhaften Schutz zu bezahlbaren Prämien sicher.³⁹

Mit der Theorie der Güterexternalitäten kann man begründen, dass eine wohlhabende Gesellschaft für unverschuldet in Not geratene Personen eine medizinische Grundversorgung kostenlos anbieten sollte. Setzt man die Höhe des Einkommens als Kriterium für die kostenlose Hilfe fest, ergibt sich das Problem des Trittbrettfahrens. Eine wohlhabende Gesellschaft kann die Behandlung von Notfallpatienten nicht davon abhängig machen, ob dieser versichert ist oder nicht. Ergibt sich im Nachhinein, dass ein Patient nicht versichert ist, müssen die Kosten von der Allgemeinheit getragen werden. Für Individuen, die mit ihrem Einkommen in der Nähe der Einkommensgrenze liegen, besteht kein Anreiz mehr sich privat zu versichern, da ihre Kosten von der Gesellschaft getragen werden. Je nachdem für wie viel Personen sich die Möglichkeit des Trittbrettfahrens ergibt, können die Kosten die Gesellschaft überfordern. Mit der Einführung einer Versicherungspflicht könnte die Allgemeinheit vor solchen Schäden geschützt werden.⁴⁰

Schließlich können asymmetrische Informationen dazu führen, dass es auf privaten Krankenversicherungsmärkten zu Marktversagen kommt, da diese zu adverser Selektion führen. Wenn es nur einen angebotenen Versicherungsvertragstyp gibt und die Versicherung annimmt, dass sie einen repräsentativen Durchschnitt der Gesamtbevölkerung bei sich versichert hat, dann wird sie eine Prämie anbieten, die dem Gesamterwartungswert der Leistungsausgaben entspricht. Dieser Vertrag wird von den schlechten Risiken gewählt. Die guten Risiken, deren Erwartungswert der Ausgaben für Krankheit sehr weit unter dem Gesamterwartungs-

³⁹ Vgl. Buchholz, W. (2001), S. 91.

⁴⁰ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. (2003), S. 160-161.

wert liegt, werden diesen Vertrag nicht wählen wollen. Dadurch muss die Krankenversicherung aber ihre Prämie erhöhen, da der Erwartungswert der Schadenausgaben gestiegen ist, weil durch die Abwanderung der guten Risiken die Durchschnittskosten steigen. Dies führt wiederum zu einer Abwanderung von guten Risiken. Schließlich bleiben nur noch die schlechten Risiken bei der Krankenversicherung. Die Individuen mit geringem Krankheitsrisiko, die nicht mehr bei der Krankenversicherung versichert sind, hätten die Möglichkeit einen Vertrag mit geringerem Versicherungsschutz abzuschließen. Bei Einführung einer Versicherungspflicht würde sich die Prämie für die schlechten Risiken verringern, da wieder die gesamte Bevölkerung versichert ist. Die guten Risiken haben nun die Möglichkeit einen umfassenderen Versicherungsschutz zu erlangen als vorher, indem sie zusätzlich zur Pflichtversicherung eine freiwillige Versicherung abschließen.⁴¹

Eine völlige Versicherungsfreiheit wird für Deutschland aus oben genannten Gründen nicht ernsthaft diskutiert. Die in dieser Richtung radikalsten Vorschläge sind die Einführung einer Mindestversicherung mit allgemeiner Versicherungspflicht.⁴² Alle Bürger müssten eine Krankenversicherung für bestimmte Grundrisiken abschließen. Jeglichen Versicherungsschutz über die Mindestversicherung hinaus kann man sich selbst auf dem Markt kaufen. Die Prämien der privaten Absicherung sind daher auch risiko-äquivalent. Neben der Überwachung der allgemeinen Versicherungspflicht für die Mindestversicherung ist die einzige Aufgabe des Staates bei zu hohen Prämien Unterstützungszahlungen zu leisten.⁴³

4. Zusammenfassung

Durch die Bürgerversicherung werden mehr Einnahmen für die GKV generiert und sie kann auf eine stabilere Finanzbasis zurückgreifen. Bedingt durch die Mehreinnahmen, kann bei gleich bleibenden Ausgaben der Beitragssatz gesenkt werden. Dieser Effekt wäre durchaus wünschenswert, auch um die Lohnnebenkosten zu senken.

Eine Krankenversicherung auf freiwilliger Basis scheint schon deshalb keine Alternative für Deutschland zu sein, da die Gefahr besteht, dass sich einkommensschwächere Personen nicht versichern können und demnach ohne Krankenversicherung sind. Das ist nicht unbedingt vereinbar mit unseren ethischen Normen und dem Sozialstaatsgebot im Grundgesetz. Wie das Beispiel USA zeigt, sind die Kosten eines marktwirtschaftlich ausgerichteten Ge-

⁴¹ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. (2003), S. 161-163.

⁴² Vgl. Osterkamp, R. (2002), S. 26.

⁴³ Vgl. Osterkamp, R. (2002), S. 27.

sundheitssysteme auch nicht geringer als in Deutschland. Außerdem wurde gezeigt, dass der Staat in jedem Fall mit einer Versicherungspflicht – zumindest für ein Teil der Bevölkerung – in das Gesundheitssystem eingreifen muss, um eine gerechte und bezahlbare Krankenversicherung sicherzustellen.

Ein wesentliches Problem stellen die hohen Kosten im deutschen Gesundheitssystem dar. Mit beiden vorgestellten Varianten zum heutigen System lässt sich dem nicht entgegen wirken. Um die Gesundheitsausgaben zu reduzieren, muss man andere Wege gehen. Ziel muss es sein, die Ursachen für die hohen Ausgaben zu identifizieren und diese Ineffizienzen zu beseitigen und so Fehlanreize für Leistungserbringer sowie Patienten zu vermeiden. Als Instrumente dafür kämen der Ausbau von Selbstbeteiligungen und die Neuordnung von Leistungsbeziehungen in Frage. Eine bloße Reform des Finanzierungsverfahrens löst die Krise in der GKV nicht.

Literaturverzeichnis

Boetius, J. (1999):

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV), in: Kollrosser, H. (Hrsg.), Münsteraner Reihe, Bd. 59, Karlsruhe.

Bork, C. / Gasche, M. (2003):

Ökonomische Wirkungen einer Finanzierungsreform im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftsdienst 83, Nr. 12, S. 768-776.

Breyer, F. / Zweifel, P. (2003):

Gesundheitsökonomie, 4., neubearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, u. a.

Buchholz, W. (2001):

Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen: Die Pflichtversicherungslösung als Alternative, in: Schmollers Jahrbuch 121, Nr. 1, S. 83-104.

Greisler, P. (2001):

Die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, in: Versicherungswirtschaft 56, Nr. 13, S. 992-996.

IKK Bundesverband (2004):

Bürgerversicherung und Kopfprämie – Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlage der GKV. Darstellung aktueller Vorschläge und Bewertung, Diskussionspapier des Vorstandes.

Jacobs, K. (2003a):

Die GKV als solidarische Bürgerversicherung, in: Wirtschaftsdienst 83, Nr. 2, S. 88-92.

Jacobs, K. (2003b):

Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung, Bonn.

Kopetsch, T. (2001):

Gesundheitswesen am Scheideweg, in: Wirtschaftsdienst 81, Nr. 10, S. 589-594.

Kühn, H. (1995):

Wieviel Krankheit können sie sich noch leisten?, in: Isenberg, T. / Malzahn, J. (Hrsg.), Wieviel Krankheit können sie sich noch leisten?, Frankfurt a. M., S. 170-180.

Lauterbach, K. (2004):

Das Prinzip der Bürgerversicherung, in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg.), Reformoption Bürgerversicherung – Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann, Hamburg, S. 48-63.

Massenberg, H.-J. / Hofmann, V. (2003):

Die Bürgerversicherung – ein Weg in die falsche Richtung, in: Die Bank 43, Nr. 10, S. 703-705.

Oberender, A. (1996):

Zur Reform der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine ordnungspolitische Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskatalogs, in: Blümle, G. / Brandt, K. / Hauser, S. u. a. (Hrsg.), Schriftenreihe des Instituts für Allgemeine Wirtschaftsforschung der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Bd. 54, Freiburg i. Br.

OECD, (2003):

OECD Health Data 2003.

Opielka, M. (2004):

Sozialpolitische Entscheidungen in der Gesundheitspolitik – Reflexionen zu Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie, in: WSI Mitteilungen 57, Nr. 1, S. 3-10.

Osterkamp, R. (2002):

Das deutsche Gesundheitswesen: Reformvorstellungen der politischen Parteien und der Gesundheitsökonomien, in: ifo Schnelldienst 55, Nr. 18, S. 21-29.

o. V. (2004a):

Unklarer Zeitplan für Bürgerversicherung, in: Handelsblatt, 24.05.2004, S. 4.

o. V. (2004b):

Krach um Bürgerversicherung, in: Focus online, URL: <http://www.focus.msn.de/hps/fof/newsausgabe.htm?id=2731> [Stand 22.05.2004].

Schulenburg, J.-M. Graf v. d. / Greiner, W. (2000):

Gesundheitsökonomik, Tübingen.

Vieregge, D. (2003):

Rückversicherung als Instrument zur Verbesserung der Risikoallokation in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.), Versicherungswissenschaft in Hannover – Hannoveraner Reihe, Bd. 18, Karlsruhe.

Volk, M. (1989):

Individualprinzip versus Sozialprinzip, in: Knappe, E. / Neubauer, G. / Oberender, P. (Hrsg.), Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd. 7, Bayreuth.

Wenzel, D. (1999):

Finanzierung des Gesundheitswesens und interpersonelle Umverteilung, in: Rürup, B. (Hrsg.), Sozialökonomische Schriften, Bd. 17, Frankfurt / Main, Berlin, Bern, u. a.

Ist die gesetzliche Rentenversicherung als Pflichtversicherung noch zeitgemäß?

Claudia Janas

1. Einleitung	59
2. Die Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung.....	60
2.1. Die Versicherungspflicht	60
2.2. Die Pflichtversicherung.....	60
3. Probleme der gesetzlichen Rentenversicherung.....	61
3.1. Frühverrentung.....	61
3.2. Demographische Entwicklung	62
3.3. Arbeitslosigkeit	62
4. Aktualität der Gestaltung der gesetzlichen Rentenversicherung als Pflichtversicherung....	63
4.1. Abschaffung der gesetzlichen Rentenversicherung	63
4.2. Die Notwendigkeit der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung....	64
4.3. Die Notwendigkeit der Gestaltung der gesetzlichen Rentenversicherung als Pflichtversicherung.....	66
5. Schluss.....	68
Literaturverzeichnis.....	70

1. Einleitung

Die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) ist der größte Zweig der Sozialversicherung. Sie hat daher einen maßgeblichen Einfluss auf die soziale Sicherheit in Deutschland. Gerade die GRV sieht sich jedoch großen finanziellen Schwierigkeiten gegenüber. Diese resultieren aus exogenen Einflussfaktoren wie der demographischen Entwicklung, hoher Arbeitslosigkeit und der Frühverrentungsproblematik, die durch eine fehlerhafte Rentenpolitik in der Vergangenheit hervorgerufen wurde. Damit die GRV weiter finanzierbar bleibt und ihren sozialen Zweck nicht verliert, sind Reformen notwendig. Mit dem 2. und 3. SGB VI-Änderungsgesetz wurden bereits 2004 Reformmaßnahmen umgesetzt und mit dem RV-Nachhaltigkeitgesetz werden 2005 weitere Änderungen folgen.

Im Blickfeld der vorhandenen Probleme und Reformmaßnahmen stellt sich die Frage, ob die gesetzliche Rentenversicherung als Pflichtversicherung noch zeitgemäß ist. In der folgenden Arbeit soll daher vor dem Hintergrund der Probleme und Reformmaßnahmen diskutiert werden, inwieweit zum einen überhaupt die Versicherungspflicht als Voraussetzung der Pflichtversicherung notwendig ist, und zum anderen soll geprüft werden, ob die Pflichtversicherung in der aktuellen Situation noch Bestand hat oder ein anderes System zu wählen ist, das flexibler auf die geänderten Umweltbedingungen reagieren kann. Die vorhandenen Probleme verlangen aber auch, die Möglichkeit einer Radikalreform nicht zu vernachlässigen. So wird im Rahmen dieser Arbeit ebenfalls die Abschaffung der GRV bewertet, die implizit die Abschaffung der Versicherungspflicht und Pflichtversicherung beinhaltet.

2. Die Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung

2.1. Die Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht ist eine notwendige Bedingung für die Pflichtversicherung. Die GRV gehört zu einem der Zweige der Sozialversicherung¹ und ist daher eine Körperschaft des öffentlichen Rechts². Bei ihr ist die Versicherungspflicht somit öffentlich-rechtlicher Art und unmittelbar im Gesetz verankert.³ Das heißt also, dass sich ein explizit im Gesetz genannter Personenkreis in der GRV bis zu einem bestimmten Mittelbedarf versichern muss. Als Versicherungspflichtiger ist man dabei frei in der Wahl seines Versicherers. Der Versicherer selber unterliegt einem Kontrahierungszwang.

2.2. Die Pflichtversicherung

Die Pflichtversicherung stellt eine verschärfte Form der Versicherungspflicht dar. Anders als bei der reinen Form der Versicherungspflicht ist bei der Pflichtversicherung der Anbieter gesetzlich vorgeschrieben.⁴ Der Staat schließt damit den Wettbewerb auf der Angebotsseite aus. Die Versicherungspflicht in Verbindung mit der Pflichtversicherung stellt die stärkste Form der Regulierung durch den Staat dar, da sich ein Angebotsmonopol ergibt.

Wie sich aus dem SGB VI⁵ erkennen lässt, handelt es sich bei der GRV um eine Pflichtversicherung. Die Versicherten können den Rentenversicherungsträger nicht frei wäh-

¹ Vgl. § 1 Abs. 1 S. 1 SGB IV.

² Vgl. § 29 Abs. 1 SGB IV.

³ Vgl. §§ 1 bis 6 SGB VI.

⁴ Vgl. Mahr, W. (1951), S. 337.

⁵ Vgl. § 23 Abs. 2 SGB I und §§ 125 bis 142 SGB VI.

len. Die Zugehörigkeit zu einem Träger ist alleine von der beruflichen Tätigkeit abhängig. Die Bundesversicherungsanstalt (BfA) ist für die Angestellten zuständig und die Landesversicherungsanstalten (LVA) für die Arbeiter.⁶ Daneben gibt es Sonderanstalten wie die Bahnversicherungsanstalt, Seekasse und die Bundesknappschaft.⁷ Insgesamt gibt es 27 Versicherungsträger.⁸

3. Probleme der gesetzlichen Rentenversicherung

3.1. Frühverrentung

Durch die Verbesserung der sozialen Sicherung in der GRV wird der Rentenbezug immer früher angestrebt. Darin liegt ein moralisches Risiko. Bei hohen Rentenzahlungen und einem niedrigen Rentenzugangsalter bestehen keine Anreize, weiter eine Arbeitsleistung zu erbringen.⁹

Bis zum 31.12.1991 konnte eine Rente wegen Alters ab dem 60., 63. oder 65. Lebensjahr in Anspruch genommen werden. Das frühzeitige Ausscheiden vieler Menschen aus dem Erwerbsleben führt aufgrund des Umlageverfahrens dazu, dass weniger Erwerbstätige die Mittel für immer mehr Rentner mit einer längeren Rentenlaufzeit aufbringen müssen. Die dadurch resultierenden Finanzierungsprobleme sollten mit dem Rentenreformgesetz von 1992 behoben werden. Es wurde eine stufenweise Anhebung der Altersgrenzen bis zum Jahr 2001 auf das 65. Lebensjahr beschlossen. Eine vorzeitige Inanspruchnahme ist ab dem 60. Lebensjahr möglich. Pro Monat, den die Rente früher in Anspruch genommen wird, mindert sich dann der Rentenbetrag um 0,3 %.¹⁰

Dennoch lag im Jahr 2002 in Deutschland das durchschnittlich Zugangsalter der Männer bei 60,1 und der Frauen bei 60,7 Jahren.¹¹ Das Finanzierungsproblem besteht in der GRV aufgrund der demographischen Entwicklung ebenfalls weiter. 2005 wird daher mit dem RV-Nachhaltigkeitsgesetz das Renteneintrittsalter für Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit auf das 63. Lebensjahr angehoben.¹²

⁶ Die BfA ist für das gesamte Bundesgebiet zuständig. Die Landesversicherungsanstalten (23) sind regional gegliedert.

⁷ Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und Landesversicherungsanstalten im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003), S. 52-53.

⁸ Michaelis, K. (1998), S. 115.

⁹ Vgl. Stiglitz, J. / Schönfelder, B. (1989), S. 340.

¹⁰ Vgl. Ruland, F. (1998), S. 939.

¹¹ Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003), S. 112.

¹² Vgl. Werling, R. v. (2003), S. 221.

3.2. Demographische Entwicklung

Geringere Geburtenraten und eine steigende Lebenserwartung führen dazu, dass die Anzahl der älteren Menschen sowie ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung langfristig immer mehr zunimmt. Diese Entwicklung lässt sich am besten durch einen Abhängigkeitsquotienten, den Altenquotienten¹³ zeigen. Er verdeutlicht, dass die sich abzeichnende Tendenz bereits in den nächsten beiden Jahrzehnten zu einer großen Herausforderung für die GRV wird. Der Altenquotient steigt im Zeitraum von 2001 bis 2010 von 44 auf 46. Das heißt, dass 2001 100 Menschen im Erwerbsalter 44 Personen im Rentenalter gegenüberstanden. Von 2010 bis 2030 wird eine kritische Entwicklung prognostiziert. So steigt der Altenquotient bis 2020 auf 55 an und nimmt dann bis 2030 sprunghaft bis auf 71 zu.¹⁴ Bei unverändertem Renteneintrittsalter führt die längere Lebenserwartung zu längeren Rentenlaufzeiten und damit zu höheren Rentenausgaben.

Die Finanzierungsprobleme der GRV werden in ihrem vollen Umfang aber erst deutlich, wenn man den Altenquotient in Verbindung mit dem Rentnerquotienten¹⁵ untersucht. Dieser nimmt neben dem Altenquotienten zu. Die Betrachtung des Rentnerquotienten ist für die Finanzierung der GRV wichtig, weil die Zahl der Älteren ungleich der Zahl der Rentner ist und die Zahl der Personen in der Erwerbstätigenphase nicht der Zahl der Beitragszahler entspricht. Da der Staat nicht in der Lage ist, die demographische Entwicklung unmittelbar zu beeinflussen, müssen Reformen eingeführt werden, die einen Beitragsanstieg oder Leistungskürzungen vermeiden.

3.3. Arbeitslosigkeit

Wie bereits bei den Ausführungen zur demographischen Entwicklung gesehen wurde, spielt die Zahl der Erwerbstätigen eine große Rolle. Je mehr Personen erwerbstätig sind, umso mehr Beitragszahler gibt es, die die Mittel für Rentenzahlungen aufbringen. Arbeitslosigkeit wird durch eine negative konjunkturelle Entwicklung verstärkt. Genau wie auf die demographische Entwicklung, kann der Staat auf diese nur unmittelbar Einfluss nehmen. Es sind somit Refo-

¹³ Der Altenquotient wird ermittelt, indem man die Zahl Älterer zur Zahl der Menschen im Erwerbsalter in Relation setzt. Alte Menschen sind hierbei Personen, die älter als 60 sind (durchschnittliches Renteneintrittsalter). Die Erwerbsfähigkeitsphase wird im Alter von 20 bis 59 angenommen.

¹⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003).

¹⁵ Der Rentnerquotient ergibt sich aus der Zahl der Leistungsempfänger in Relation zur Zahl der Beitragszahler.

men in der GRV notwendig, die einen Beitragsanstieg vermeiden, damit die Lohnnebenkosten der Arbeitgeber nicht steigen und diese weiter Arbeitsplätze abbauen.¹⁶

4. Aktualität der Gestaltung der gesetzlichen Rentenversicherung als Pflichtversicherung

4.1. Abschaffung der gesetzlichen Rentenversicherung

Reformen sind, wie bereits festgestellt, dringend erforderlich. Man sollte sich aber neben den Detailreformen auch mit Radikalreformen auseinandersetzen. Die Abschaffung der GRV stellt eine solche dar. Aufgrund der oben erläuterten Probleme stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, die GRV weiter bestehen zu lassen.

Es gibt keinen verfassungsrechtlichen Grundsatz, der eine Systemaufgabe untersagt. Folge einer ersatzlosen Abschaffung der GRV wäre aber der Übergang in eine versicherungslose Situation. Sämtliche Ziele und Zwecke, die der Staat mit der Gestaltung der GRV als Pflichtversicherung verfolgt, würden aufgegeben werden. Dies impliziert auch die Aufgabe des Generationenvertrags und damit der Einkommensumverteilung. Der Großteil der Rentner würde so vor existenzielle Probleme gestellt werden, da ihre Haupteinnahmequelle, die Rente, entfiel. Durch die Finanzierung im Umlageverfahren hat die GRV auch kein Vermögen aufgebaut, das jetzt an die betroffene Rentnergeneration ausgeschüttet werden könnte. In ähnlicher Weise sind die rentennahen Generationen betroffen. Ihnen fehlt die Zeit, sich auf eine andere Art und Weise gegen das Risiko Alter abzusichern.

Um eine solche Situation zu vermeiden, wurde vom Bundesverfassungsgericht mit dem Art. 14 GG eine verfassungsrechtliche Eigentumsgarantie auf die Renten sowie die Anwartschaften auf Renten implementiert. Die Eigentumsgarantie gewährleistet, dass die bereits entstandenen Ansprüche der Leistungsempfänger und die aufgebauten Anwartschaften der aktiven Generation nicht ignoriert werden. Das bedeutet, dass die bestehenden Forderungen erfüllt werden müssen. Das bisherige System könnte daher nur gegen ein anderes ersetzt werden, dass diesem in seiner Grundstruktur weiter entsprechen müsste. Ein grundlegender Systemwechsel ist daher nur für Generationen möglich, die noch keine Beiträge gezahlt und somit auch keine Anwartschaften erworben haben. Hier ist aber eine Übergangsphase zu überbrücken. Das auslaufende Rentenmodell müsste durch allgemeine Steuerabgaben finanziert werden.¹⁷

¹⁶ Vgl. Ruland, F. (1998), S. 937.

¹⁷ Papier, H.-J. (1998), S. 860 und S. 869-870.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Abschaffung der GRV faktisch durch die Regelung des Grundgesetzes unmöglich ist. Ein grundlegender Systemwechsel ist zwar möglich, aber mit einer sehr schwierigen Übergangsphase verbunden. Des Weiteren wurde bei der Betrachtung der Probleme der GRV ersichtlich, dass diese nicht durch das System verursacht werden. Exogene Faktoren, die nicht unmittelbar beeinflussbar sind, wirken auf das bestehende System ein. Das heißt, dass sie auch Auswirkungen auf ein Rentensystem hätten, das z. B. nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren¹⁸ finanziert wird. Fazit ist, dass das bestehende System der GRV beibehalten werden sollte. Trotz dieser Feststellung sind durch die Probleme Systemanpassungen und –korrekturen unumgänglich.

4.2. Die Notwendigkeit der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

Ist die Versicherungspflicht in der GRV wirklich notwendig? Unterliegen Individuen nicht der Versicherungspflicht in der GRV und sind sie auch nicht durch ein anderes Pflichtversicherungssystem abgesichert, so müssen sie selber gegen die Risiken Alter, Invalidität und Tod Vorsorge betreiben. Dies ist bei den Personen der Fall, denen die GRV die Möglichkeit gibt, unter bestimmten Voraussetzungen auf Antrag versicherungspflichtig zu werden oder sich freiwillig zu versichern. Warum wird nicht allen Versicherten die Möglichkeit gegeben, frei darüber zu entscheiden, ob sie in der GRV versichert sein wollen? Die Frage stellt sich besonders zum jetzigen Zeitpunkt. Mit dem 2. und 3. SGB VI-Änderungsgesetz wurden Ende 2003 zahlreiche Reformmaßnahmen getroffen, damit der Beitragssatz im Jahr 2004 nicht angehoben werden muss. Dies hat bereits in diesem Jahr zu zahlreichen Leistungseinschränkungen geführt. Mit dem RV-Nachhaltigkeitsgesetz werden ab 2005 weitere Änderungen folgen.¹⁹

Setzt man vollständige Informationen sowie rationales Verhalten voraus, werden die Wirtschaftssubjekte auch ohne Versicherungspflicht für eine Absicherung im Alter sorgen. Diese Entscheidung kann von der Grundsicherung²⁰ beeinflusst werden. Erwerbstätige, die absehen können, dass ihre künftigen Rentenzahlungen trotz jahrelanger Beitragszahlungen

¹⁸ Beim Anwartschaftsdeckungsverfahren werden die Beiträge so festgelegt, dass jeder Versicherte auf einem Konto ein individuelles Deckungskapital anspart. Nach versicherungsmathematischen Grundsätzen genügt der Kapitalstock, um die späteren Rentenansprüche zu befriedigen. Vgl. Männer, L. (1974), Nr. 32, S. 246.

¹⁹ Michaelis, K. (2003), S. 3 und S. 9.

²⁰ Mit der am 01.01.2003 eingeführten Grundsicherung soll die verschämte Altersarmut beseitigt werden. Jeder hat ab dem 65. Lebensjahr den Anspruch beim zuständigen Grundsicherungsamt einen Antrag zu stellen, wenn Hilfebedürftigkeit vorliegt. Die Höhe entspricht etwa der Sozialhilfe. Das BSHG gilt hinsichtlich der Anrechnung von Einkommen und Vermögen entsprechend. Die Grundsicherung ist steuerfinanziert. Vgl. BfA und LVAn im VDRer (2003), S. 32.

nur geringfügig über der Grundsicherung liegen oder dieser sogar nur entsprechen, haben keinen Anreiz, Versicherungsschutz nachzufragen. Sie präferieren es, ihren Gegenwartsnutzen zu erhöhen und bei Eintritt des Risikos die Gesellschaft durch Inanspruchnahme der Grundsicherung zu belasten. Für die Gesellschaft ergibt sich dadurch ein negativer externer Effekt. Weil der Staat diese Verhaltensänderung nicht bei jedem Einzelnen beobachten kann und ein solches Trittbrettfahrerverhalten vermeiden möchte, ist ein Versicherungszwang notwendig. Durch ihn ist der versicherungspflichtige Personenkreis zur Beitragszahlung verpflichtet.

Die GRV hat als öffentlich-rechtliche Organisation einen im Gesetz vorgeschriebenen Leistungskatalog. Zwischen den Leistungen und den Beiträgen besteht eine relative Beitragsäquivalenz. Durch den Risikoausgleich im Kollektiv werden die schlechten Risiken finanziell begünstigt und die guten Risiken benachteiligt. Jeder ist durch den gleichen Beitragssatz belastet, aber die schlechten Risiken beziehen länger und öfter Leistungen.²¹ Existiert kein Versicherungszwang, werden sich die Personen, deren Präferenzen dem Versicherungsumfang nicht entsprechen, privat versichern.²² Die Finanzierung der Privatversicherung erfolgt nach dem Individualäquivalenzprinzip. Das heißt, dass die Höhe des Beitrags sich nach dem individuell nachgefragten Versicherungsschutz richtet.²³ Ohne Solidargemeinschaft könnten sich diese Personen besser stellen.

Diese, sowie die oben dargestellte Problematik führen dazu, dass Beitragszahler ausfallen. Durch das Umlageverfahren ergibt sich folglich ein Finanzierungsproblem. Damit ist eine weitere Begründung für die Implementierung der Versicherungspflicht in der GRV gegeben.²⁴

Fazit ist, dass die Versicherungspflicht in der GRV notwendig ist. Eingeschlossen ist der Personenkreis, der sozialpolitisch als besonders schutzbedürftig angesehen wird. Für Personen, die nicht darunter fallen, wird angenommen, dass sie in der Lage sind, sich eigenverantwortlich gegen die Risiken abzusichern. Sie bedürfen keines besondern Schutzes durch den Staat. Eine Gefahr, der Gesellschaft zu Last zu fallen, geht von ihnen ebenfalls nicht aus.

²¹ Es werden neben den Rentenleistungen auch Rehabilitationsleistungen gewährt.

²² Dabei handelt es sich um die Personen, deren Lebensstandart so hoch ist, dass dieser durch die Grundsicherung nicht kompensiert werden kann. Sie versichern sich daher in jedem Fall.

²³ Vgl. Gleitze, W. v. (1990), S. 456 und vgl. Lampert, H. / Althammer, J. (2001), S. 229.

²⁴ Vgl. Brümmerhoff, D. (2001), S. 324-325 u. S. 344-345 und vgl. Zahn, C. (2004), S. 12-14.

4.3. Die Notwendigkeit der Gestaltung der gesetzlichen Rentenversicherung als Pflichtversicherung

Die Versicherungspflicht bildet die Grundlage der Pflichtversicherung. Da ihre Notwendigkeit festgestellt wurde, ist weiter zu prüfen, ob die Gestaltung der GRV als Pflichtversicherung gerechtfertigt ist. Für alle Rentenversicherungsträger gilt trotz der organisatorischen Trennung das gleiche Rentenrecht. Sie sind im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger²⁵ (VDR) zusammengeschlossen. Zwischen den Rentenversicherungsträgern kommt es nicht zu einer Wettbewerbssituation, da die Zuordnung der Versicherungspflichtigen zu den Trägern nach der beruflichen Tätigkeit erfolgt.²⁶ Jeder Rentenversicherungsträger hat somit eine Monopolstellung. Das heißt, dass die GRV nicht „ein“ Monopol, sondern der Oberbegriff für die Summe der einzelnen Monopole ist.²⁷

Die Ergebnisse der modelltheoretischen Ansätze eines Monopols sind bei der GRV abgeschwächt oder aufgehoben. Trotzdem kann man negative Auswirkungen der Monopolstellung feststellen. Da der Wettbewerb auf der Angebotsseite ausgeschlossen ist, ergeben sich allokativen Ineffizienzen. Sie resultieren wie bereits beschrieben aus der notwendigen Versicherungspflicht. Die Pflichtversicherung verstärkt die Problematik weiter, da sie jeglichen Wettbewerb ausschließt. Es wäre auch ein Wettbewerb zwischen den Rentenversicherungsträgern denkbar, der die Ineffizienzen beheben oder zumindest reduzieren könnte.²⁸

Warum werden dann nicht Konkurrenzbeziehungen in der GRV zugelassen und gefördert? Voraussetzung dafür wäre die Aufgabe der Zwangszuordnung der Versicherten zu einem bestimmten Rentenversicherungsträger. Außerdem ist den Trägern im Hinblick auf die Festlegung des Beitragssatzes und des Leistungsangebots eine Gestaltungsfreiheit einzuräumen. Die Umsetzung ist jedoch mit Schwierigkeiten verbunden, die mit der institutionellen Gestaltung der GRV verbunden sind. Der VDR könnte durch seine übergeordnete Rolle die Gestaltungsfreiheit beeinflussen, indem er eine Koordinationfunktion übernimmt. Diese wird durch die geringe Anzahl der Rentenversicherungsträger erleichtert und könnte selbst bei Ab-

²⁵ Der VDR übernimmt Aufgaben, die mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand verbunden sind und verwaltet die gemeinsame Datenstelle, die als Vermittlungsstelle eingeschaltet werden kann. Vgl. § 146 SGB VI.

²⁶ Der bei der Aufnahme der 1. Beschäftigung zuständige Rentenversicherungsträger verliert die Zuständigkeit, auch bei einem Beschäftigungswechsel vom Arbeiter- ins Angestelltenverhältnis, nicht.

²⁷ Michaelis, K. (1998), S. 115-116.

²⁸ Durch die GRV ergeben sich noch weitere allokativen Ineffizienzen. Eine Problematik ist, dass durch das Umlageverfahren sowie den Wettbewerbsausschluss von Privatanbietern die Ersparnisbildung und damit die Kapitalbildung verringert wird. Dadurch wird die Produktivität der Volkswirtschaft geschwächt. Man geht aber von minimalen Auswirkungen aus, weshalb auf diesen Punkt nicht weiter eingegangen wird. Vgl. Stiglitz, J. / Schönfelder, B. (1989), S. 344.

schaffung des VDR weiter erfolgen. Absprachen der Träger untereinander würden aufgrund der geringen Anzahl der Träger keine Schwierigkeit darstellen. Um einen Wettbewerb zu garantieren, müsste ein Kooperationsverbot ausgesprochen werden, das über eine Missbrauchsaufsicht kontrolliert wird. Dies ist wiederum mit Schwierigkeiten verbunden, da Absprachen häufig nur schwer nachweisbar sind. Durch die mit dem Wettbewerb in der GRV verbundenen Schwierigkeiten tendiert man eher dazu, sich gegen eine Wettbewerbssituation und damit für die Pflichtversicherung auszusprechen. Damit bleibt aber auch ein weiteres Problem der Pflichtversicherung bestehen.

Monopole sind von der Struktur her sehr groß, was Nachteile in sich birgt. Die Bearbeitungs- und Informationswege sind lang und schwerfällig. Eine schnelle und flexible Bearbeitung von eilfälligen Vorgängen wird erheblich erschwert. Die Transparenz des gesamten Systems ist stark eingeschränkt. Zudem wird durch den fehlenden Wettbewerbsdruck eine ineffiziente Arbeitsweise gefördert. Bei Vorliegen einer Konkurrenzsituation müsste eine Optimierung der Arbeitsprozesse vorgenommen werden, um konkurrenzfähig zu bleiben. Die dadurch eingesparten Kosten könnten in Form eines niedrigeren Beitragssatzes auf die Versicherten übertragen werden. Aber auch hier stieße der Versuch einer Wettbewerbsförderung auf Schwierigkeiten. Die Angestellten der Rentenversicherungsträger würden eine Beitragssatzsenkung befürworten, müssten aber gleichzeitig ihre ineffiziente Arbeitsweise aufgeben. Dazu wären sie nur bereit, wenn die durch die Beitragssenkung zusätzlich zur Verfügung stehenden Mittel den Nutzenentgang aus einer effizienten Arbeitsweise gerade aufwiegen oder übersteigen.

Fazit ist, dass die Notwendigkeit der Gestaltung der GRV als Pflichtversicherung nicht festgestellt werden kann. Eine Systemänderung hin zu einer Wettbewerbsbranche wäre mit einigen Hindernissen verbunden. Die GRV als Pflichtversicherer stellt daher die bessere Alternative dar, die sich während des gesamten Bestehens der Rentenversicherung bewährt hat. Zudem bietet die GRV als Monopolanbieter auch Vorteile. Durch die Vorgabe eines bestimmten Rentenversicherungsträgers sparen die Versicherten Suchkosten ein. Des Weiteren können administrative Vorteile²⁹ generiert werden.³⁰

Die Bundesregierung spricht sich eindeutig für die GRV als Pflichtversicherer aus. Mit der für 2005 vorgesehenen Organisationsreform der GRV verschärft sie die Monopolstellung

²⁹ Es werden z. B. einheitliche Verfahrensabläufe festgelegt, die den Versicherten und Mitarbeitern eine bessere Transparenz der Vorgänge ermöglichen. Die Verwaltungskosten sind geringer.

³⁰ Vgl. Burger, A. (1996), S. 234-235.

der einzelnen Rentenversicherungsträger sogar noch weiter. Es ist vorgesehen, dass der VDR in die BfA integriert wird und die Sonderträger zu einem Träger zusammengefasst werden. Auf der Bundesebene gibt es somit nur noch zwei Träger. Auch einige Landesversicherungsanstalten werden fusionieren, so dass die Anzahl der Träger auf Landesebene ebenfalls reduziert wird. Ziel dieser Organisationsreform ist es, die Wirtschaftlichkeit der GRV zu verbessern. Damit wird auf die angespannte Finanzsituation in der GRV reagiert. Die Straffung der Struktur bildet zudem die Voraussetzung für die Einführung eines einheitlichen Versichertenbegriffs und einer effizienteren Finanzverwaltung, was den Wegfall der Ausgleichs- und Abrechnungsverfahren möglich macht und wodurch erhebliche Kosteneinsparungen generiert werden können.

Man kann die Reformvorschläge im Hinblick auf die Finanzsituation in der GRV befürworten. Die Reduzierung und damit Vergrößerung der Rentenversicherungsträger ist jedoch im Bezug auf die noch komplexer werdende Struktur kritisch zu sehen. Kostenvorteile können durch die daraus entstehenden Nachteile teilweise kompensiert werden.³¹ Insgesamt kommt man zu dem Fazit, dass die GRV als Pflichtversicherung zeitgemäß ist, weil sie durch Reformen noch weiter optimierbar ist und so adäquat auf veränderte Umweltsituationen angepasst werden kann.

5. Schluss

Eine Systemaufgabe ist faktisch nicht möglich und wird auch als nicht sinnvoll erachtet. Man stellt fest, dass gerade die auf die GRV einwirkenden exogenen Faktoren sowie die Reformmaßnahmen eine Versicherungspflicht in der GRV mehr denn je notwendig machen. Die Gestaltung der GRV als Pflichtversicherung ist nicht erforderlich, hat sich aber in der Historie bewährt. Durch ihre Anpassungsfähigkeit auf die veränderten Umweltbedingungen ist die GRV als Pflichtversicherung zeitgemäß.

Die GRV wird aber weiter den nicht unmittelbar beeinflussbaren exogenen Faktoren ausgesetzt sein. Die demographische Entwicklung beruht nur auf Prognosen. Eine genaue Entwicklung ist deshalb nicht vorhersehbar. Dies ist ebenfalls auf die konjunkturelle Entwicklung übertragbar. Es wird immer wieder Depressionen geben, die die Arbeitslosigkeit erhöhen. Auch in Zukunft werden daher Systemanpassungen und Korrekturen unumgänglich sein. Es ist zu vermuten, dass die in dieser Arbeit festgestellten Ergebnisse weiter Bestand haben.

³¹ Vgl. Zahn, C. (2004), S. 15-24.

Dennoch ist bei jeder Veränderung der Umweltbedingungen eine erneute Überprüfung angebracht.

Literaturverzeichnis

Brümmerhoff, D. (2001):

Finanzwissenschaft, 8. völlig überarbeitete und stark erweiterte Auflage, München.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und Landesversicherungsanstalten im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2003):

Fremdwort Rente; 250 Begriffe verständlich gemacht, neu bearbeitet und aktualisiert, Bad Liebenwerda.

Burger, A. (1996):

Deregulierungspotentiale in der Gesetzlichen Rentenversicherung, Reformnotwendigkeit versus Reformmöglichkeit, Frankfurt, Berlin, Bern, u. a..

Gleitze, W. v. (1990):

Die Rentenversicherung als Teil der Sozialversicherung, in: Ruland, F. (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, Festschrift aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung, Bd. 1, Frankfurt, S. 451-479.

Lampert, H. / Althammer, J. (2001):

Lehrbuch der Sozialpolitik, 6. überarbeitete Auflage, Berlin, Heidelberg, New York.

Männer, L. (1974):

Überlegungen zum optimalen Finanzierungsverfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Finanzarchiv, 32, S. 244-257.

Mahr, W. (1951):

Einführung in die Versicherungswirtschaft, Berlin.

Michaelis, K. (1998):

Rentenversicherung, in: Cramer, J.-E. / Förster, W. / Ruland, F. (Hrsg.), Handbuch zur Altersversorgung, Gesetzliche, betriebliche und private Vorsorge in Deutschland, Frankfurt, S. 85-116.

Michaelis, K. (2003):

Reformgesetze 2004 und ihre Auswirkungen auf Versicherte und Rentner, URL: http://www.bfa.de/ger/ger_aktuelles.9/ger_news.91/ger_91_redemichaelis.pdf [Stand 05/2004].

Papier, H.-J. (1998):

Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Alterssicherung, in: Cramer, J.-E. / Förster, W. / Ruland, F. (Hrsg.), Handbuch zur Altersversorgung, Gesetzliche, betriebliche und private Vorsorge in Deutschland, Frankfurt, S. 855-890.

Ruland, F. (1998):

Die Zukunft der Rentenversicherung, in: Cramer, J.-E. / Förster, W. / Ruland, F. (Hrsg.), Handbuch zur Altersversorgung, Gesetzliche, betriebliche und private Vorsorge in Deutschland, Frankfurt, S. 935-972.

Statistisches Bundesamt (2003):

Im Jahr 2050 wird jeder Dritte in Deutschland 60 Jahre oder älter sein, URL: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2300022.htm> [Stand 16.05.04].

Stiglitz, J. / Schönfelder, B. (1989):

Finanzwissenschaft, 2. Auflage, München.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2003):

Rentenversicherung in Zeitreihen Juli 2003, Frankfurt.

Werling, R. (2003):

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz), in: Die Rentenversicherung, 12/2003, S. 221-226.

Zahn, C. (2004):

Aktuelle Finanzsituation der Rentenversicherung, Zukunftsperspektiven der Alterssicherung, Stand der Organisationsreform, URL: http://www.bfa.de/ger/ger_aktuelles.9/ger_news.91/ger_91_redezahn.pdf [Stand 05/2004].

Pro und Contra Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Unfallversicherung

Helge Schumacher

1. Einleitung.....	72
2. Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung.....	73
2.1. Pflichtversicherung und Versicherungspflicht.....	73
2.2. Aufbau und Organisation der gesetzlichen Unfallversicherung.....	74
3. Diskussion von Systemveränderungsoptionen.....	77
3.1. Evaluation der Vor- & Nachteile der gegenwärtigen Regelung.....	77
3.2. Ausgestaltung der Unfallversicherung in anderen Ländern.....	78
3.3. Systemimmanente Problembereiche.....	79
3.4. Einführung eines Risikostrukturausgleiches.....	80
4. Zusammenfassung und Ausblick.....	81
Anhang.....	84
Literaturverzeichnis.....	85

1. Einleitung

Weshalb die Vor- und Nachteile der bestehenden Regelung zur gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) in Deutschland und deren möglichen Alternativen überhaupt diskutieren? Zum einen muss das aktuelle System überdacht werden, da immer wieder Reformforderungen von innen heraus gestellt werden, zum anderen ist eine Systemüberprüfung von außen im Zuge der aktuellen Angleichungsbestrebungen innerhalb der Europäischen Union zu erwarten. Dieser Punkt gewinnt durch die Tatsache, dass gerade in Europa zum momentanen Zeitpunkt verschiedene Systeme nebeneinander existieren, an Bedeutung. Letztlich sehen sich öffentliche oder halböffentliche Systeme im Allgemeinen einem verstärkten Rechtfertigungsdruck ausgesetzt, da seit Jahren eine Tendenz zur Privatisierung vorherrscht, welche von der Öffentlichkeit als positiv wahrgenommen wird. Obwohl die stabile Finanzierungssituation die öffentliche Diskussion bislang kaum auf die GUV fokussiert hat, erscheint auch aufgrund zu

antizipierender demographischer Probleme eine Analyse ihrer Struktur und des Leistungskataloges unabdingbar.

Das gegenwärtige System der Pflichtversicherung stellt einen starken regulativen Eingriff des Staates in die persönliche Entscheidungsfreiheit des Bürgers dar. Ein solcher Eingriff muss begründet sein, da ansonsten einer Regelung Vorrang zu geben wäre, die eine freiere Vertragsgestaltung ermöglicht. Die aktuelle Diskussion liefert verschiedene Vorschläge, ob und was bezüglich der Deckung des Unfallrisikos verändert werden sollte. Je nach institutioneller Zugehörigkeit reichen diese von Beibehaltung der gegenwärtigen institutionellen Regelung bis hin zu einer völligen Privatisierung dieses Lebensrisikos. Diese Arbeit stellt ausgewählte Fragestellungen in diesem Spannungsfeld vor und beleuchtet deren implizite Problematiken. Ihr Ziel ist es außerdem, Reformvorschläge miteinander zu vergleichen und diese hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile zu untersuchen.

2. Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung

2.1. Pflichtversicherung und Versicherungspflicht

Die Pflichtversicherung kennzeichnet einen vom Gesetz vorgeschriebenen Umfang der abzuschließenden Versicherung sowie den Kontrahierungszwang mit einem Monopolanbieter. Der Rechtsanspruch auf die vorgesehenen Leistungen entsteht mit Eintritt in das Versicherungsverhältnis.¹ Die Absicherung individueller Lebensrisiken des Einzelnen erfolgt bei der Pflichtversicherung durch Bildung größerer Risikogemeinschaften, mit Hilfe derer der Staat seiner Fürsorgepflicht gegenüber seinen Bürgern nachkommt.² Die Gefährdung der Allgemeinheit oder eines größeren Personenkreises über das allgemeine Lebensrisiko hinaus und die nicht vorhandene wirtschaftliche Möglichkeit der Geschädigten zu einer ausreichenden freiwilligen Vorsorge gelten als Rechtfertigungen für einen solchen Staatseingriff. Zielsetzung der Pflichtversicherung im Fall der GUV ist es, eine Beschäftigung ohne den vorgeschriebenen Schutz zu unterbinden.³ Einen weniger starken regulativen Eingriff stellt die Versicherungspflicht dar, unter der mittelbare Pflichtversicherungen mit Pflicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrages verstanden werden. Der Versicherungsanbieter kann frei gewählt werden, die Abschlusspflicht ist jedoch im Gesetz verankert, ebenso der Mindestumfang der Versicherungsleistungen. Über diesen Leistungskatalog hinausgehende Leistungen

¹ Vgl. Reiter, G. (2002), S. 82.

² Vgl. Puskás, G. (1988), S. 513 f.

³ Vgl. Puskás, G. (1988), S. 515 f.

sind jedoch von Anbieter zu Anbieter unterschiedlich. Ein Beispiel hierfür ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), deren zusätzliche Leistungen von Krankenkasse zu Krankenkasse variieren. Vorbedingungen für die Versicherungspflicht sind entsprechend eine grundsätzliche versicherungstechnische Durchführbarkeit, sowie die Kontrollierbarkeit ihrer Einhaltung, des Weiteren die Bereitschaft der Versicherungswirtschaft zum Angebot solcher Versicherungen.

Tabelle 1: Staatlich vorgeschriebener Versicherungsschutz

Stärken	Schwächen
Das Gesetz der großen Zahl wird schneller erreicht, welches besagt, dass eine größere Grundgesamtheit eine effektive und verhältnismäßig preisgünstige Versicherung von gleichartigen Risiken Betroffener ermöglicht.	Schematisierter Versicherungsschutz macht maßgeschneiderte Deckungen unmöglich. Der standardisierte Schutz kann über den individuell benötigten Leistungsumfang hinausgehen und zu Verteuerung der Prämie führen.
Die Gefahr einer negativen Risikoauslese wird minimiert, eine Verbesserung der Allokation kann erreicht werden.	Das implizite Anbietermonopol der Pflichtversicherung hemmt oft die Weiterentwicklung der betroffenen Versicherungsart, Produktinnovationen unterbleiben häufig aufgrund fehlender Konkurrenz.

Wie diese allgemeinen Vor- und Nachteile der Pflichtversicherung sich im einzelnen auf das Beispiel der GUV auswirken und welche Regelungen andere Länder für diesen Bereich getroffen haben, soll im folgenden ausführlich dargestellt werden.

2.2. Aufbau und Organisation der gesetzlichen Unfallversicherung

Das 1884 im Zuge der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung verabschiedete Unfallversicherungsgesetz bildet die Grundlage der GUV. 1911 durch Regelungen der Reichsversicherungsordnung ergänzt, fand 1996/97 mit Verabschiedung des Sozialgesetzbuches VII (SGB) eine Zusammenführung der Rechtsgrundlagen statt.⁴ Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind vor allem die 35 nach Gewerbebezügen gegliederten Berufsgenossenschaften (BG) inklusive der Seeberufsgenossenschaft, sowie 13 Gemeindeunfallversicherungsverbände und

⁴ Vgl. <http://www.hvbg.de/d/pages/versich/grund/gesetz.html>, Stand: 12.05.2004.

sechs Feuerwehrunfallkassen.⁵ Bei den Trägern handelt es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechts mit paritätisch besetzter Selbstverwaltung. Sie führen die ihnen per Gesetz übertragenen Aufgaben in eigener Verantwortung unter staatlicher Aufsicht durch. Jeder Unternehmer, nicht der einzelne Arbeitnehmer, muss kraft Gesetzes Mitglied des für ihn zuständigen Unfallversicherungs-Trägers sein. Die Mitgliedschaft beginnt mit der Eröffnung der Unternehmung. Als Organe der Selbstverwaltung beschließt die Vertreterversammlung als legislatives Element das Satzungsrecht, der aus ihr heraus gebildete Vorstand bildet das Exekutivorgan. Zuständig für die laufenden Verwaltungsgeschäfte ist der Hauptgeschäftsführer. Alle Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sind ehrenamtlich tätig.⁶

Versicherte sind kraft Gesetzes alle aufgrund eines Arbeits-, Dienst- oder Ausbildungsverhältnisses Beschäftigte ohne Rücksicht auf Alter, Geschlecht, Höhe ihres Einkommens oder Dauer ihrer Tätigkeit (§ 2 Abs. 1 SGB VII). Durch die GUV sind Unfallverletzte, Hinterbliebene, aber auch insbesondere Unternehmer gegen Schadenersatzansprüche ihrer Angestellten geschützt. Letzterer Fall stellt eine Anwendung des Prinzips der Haftungersetzung durch Versicherungsschutz dar. Die so bewirkte Ablösung der Unternehmerhaftpflicht stellt eine Besonderheit der deutschen GUV dar. Gerechtfertigt wird dies zum einen durch die Fürsorgepflicht des Unternehmers gegenüber seinen Arbeitnehmern und zum anderen durch das alleinige Aufkommen der Unternehmer für die Beitragszahlungen. Die Beiträge werden so bemessen, dass sie den Bedarf des Unfallversicherungsträgers im abgelaufenen Geschäftsjahr einschließlich der Ansammlung der Rücklage und der Betriebsmittel decken, wobei die Möglichkeit besteht Vorschüsse zu erheben. Diese Form der Finanzierung wird als Kapitaldeckungsverfahren bezeichnet. Die GUV ist dabei die einzige Säule der deutschen Sozialversicherung, die unter Anwendung dieses Verfahrens ihre Beiträge erhebt. Die Beitragsberechnung der einzelnen Mitglieder einer BG erfolgt anhand der jeweiligen von ihnen gezahlten Lohnsummen innerhalb des abgelaufenen Jahres, sowie ihrer branchenspezifischen Gefahrenklasse. Die Einteilung in diese Gefahrenklassen erfolgt auf einer kollektivrechtlichen Grundlage: Sie wird nicht für das einzelne Unternehmen individuell berechnet, sondern richtet sich nach dem Grad der Unfallgefahr des jeweils betrachteten Erwerbszweigs, also des Kollektivs

⁵ Auf die zahlenmäßig kleinen Träger wie die Bundesagentur für Arbeit und die landwirtschaftlichen BG's sei hier kurz verwiesen, siehe vertiefend Riebesell, H. (1993), S. 10.

⁶ Vgl. Leichsenring, C. et al. (1998), S. 15 f.

von Einzelunternehmen, welcher sich aus der Anzahl der gemeldeten Unfälle eines definierten Zeitraumes ergibt.⁷

Im Mittelpunkt des Aufgabenspektrums der gesetzlichen Unfallversicherung stehen die Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit nach einem Arbeitsunfall sowie die Entschädigung bei möglichen Krankheitsfolgen.⁸ Weitere Aufgaben stellen primär präventive Maßnahmen⁹ zur Verhütung von Arbeitsunfällen sowie die Sicherstellung von erster Hilfe in diesen Fällen dar.¹⁰ Zudem sorgen die Träger der GUV für die berufliche Rehabilitation. Unfälle in deren Folge ein Arbeitnehmer in ursächlichem Zusammenhang mit der Tätigkeit eine Verletzung erleidet, sind gegenüber dem Unfallversicherungsträger anzeigepflichtig.¹¹

Ein Unfall ist als ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis definiert, das zu einem Gesundheitsschaden oder dem Tod führt.¹² Als Arbeitsunfälle gelten auch Wegeunfälle, also Unfallereignisse, die sich auf dem direkten Weg zur oder von der Arbeitsstelle ereignen, und deshalb als mit der Tätigkeit im Unternehmen zusammenhängend angesehen werden.¹³ Zudem kennt die deutsche GUV eine Berufskrankheitenverordnung, in welcher die als Berufskrankheiten anerkannten Diagnosen mit nachgewiesenem Kausalzusammenhang von schädigender Einwirkung am Arbeitsplatz und Auftreten der bezeichneten Krankheiten manifestiert sind.¹⁴ Entsprechende Ansatzpunkte für Streitigkeiten liefern Diagnosen, deren Ursachen sowohl im privaten, als auch im betrieblichen Bereich liegen können.¹⁵

Der streng formulierten Verpflichtung zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten mit allen Mitteln sollen diverse Leistungen der GUV Rechnung tragen. Zu diesen zählen Beratung zu erster Hilfe, technischer Unfallverhütung durch Vermeidung entsprechender Gefahrenquellen, sowie der Ausbau aller technischen Schutzeinrichtungen.¹⁶ Die Leistungen der GUV lassen sich in nicht- monetäre und monetäre gliedern. Zu ersteren zählen neben den erwähnten kurativen und rehabilitativen Maßnahmen auch spezielle Maßnahmen zur

⁷ Vgl. Benz, M. (1995), S. 1902.

⁸ Vgl. Lampert, H. et al. (2001), S. 255.

⁹ Vgl. Anhang 2: Präventionsarten, S. 24.

¹⁰ Vgl. Pschyrembel W. (2002), S. 1351.

¹¹ Vgl. Rische, H. et al. (2002), S. 55.

¹² Vgl. § 8 Abs. 1 SGB VII, Erstkommentierung S. 64.

¹³ Vgl. § 8 Abs. 2 SGB VII, Erstkommentierung S. 64.

¹⁴ Vgl. Jäger, H. (1998), S. 137.

¹⁵ Vgl. Krasney, O. E. (2001), S. 427.

¹⁶ Vgl. § 1 Nr.1 SGB VII.

Wiedereingliederung in das Berufsleben (Berufshilfe). Monetäre Leistungen umfassen das Verletztengeld nach Fortfall des Arbeitsentgelts oder Übergangsgeld während der Berufsförderung, sofern eine Hinderung an der Aufnahme einer ganzjährigen Erwerbstätigkeit besteht. Weiterhin gibt es einen Anspruch auf eine Verletztenrente, welche nach Ablauf des Verletzten- oder Übergangsgeldes einsetzt.¹⁷

3. Diskussion von Systemveränderungsoptionen

3.1. Evaluation der Vor- & Nachteile der gegenwärtigen Regelung

Tabelle 2: Evaluation der Vor- & Nachteile der gegenwärtigen Regelung

Vorteile	Nachteile
Die Kosten der Selbstverwaltung liegen u. a. aufgrund der ehrenamtlichen Tätigkeit bei weniger als einem Prozent der Gesamtausgaben eines Trägers.	Der Versicherungsfall und die Leistungen sind gesetzlich verankert, es existiert für die Träger der GUV diesbezüglich kein gestalterischer Freiraum (§§ 45-48 SGB VII, §§56-94 SGB VII).
Die Mitgliedschaft des Unternehmers kraft Gesetzes führt zum Schutz der Arbeitnehmer zu einem Zeitpunkt, zu dem der Unternehmer seinen Beitrag noch gar nicht gezahlt hat.	Lange Verfahrenswege. Gründe liegen oft in der Leitung innerhalb der Verwaltung. Dieser Nachteil könnte also prinzipiell behoben werden.
Die Vereinigung der Aufgabenbereiche Prävention, Entschädigung und Rehabilitation in einer Hand erleichtert die Abstimmung und vermindert Schnittstellenprobleme.	Nachteil der Branchengliederung aus Sicht des jeweiligen Mitgliedsunternehmens, da es keine Möglichkeit von Beitragssenkungen durch einen Anbieterwechsel zulässt.
Interessenkongruenz von Arbeitgebern und Arbeitnehmern in Bezug auf verstärkte Prävention und Rehabilitation, zudem stehen die Teilaufgaben nicht isoliert, sondern bilden eine geschlossene Kausalkette.	Das gegenwärtige Umlagesystem stelle einen Verschiebepbahnhof dar. Hierzu zählen primär die Sonderumlagen in Form des Insolvenzgeldes und des Lastenausgleichs (Vgl. O. M. 2003, S. 9).

¹⁷ Vgl. Jäger, H. (1998), S. 145.

Mit einem Ausgabenanteil von 25 % steht die Prävention an erster Stelle im Aufgabekatalog, was mehr Sicherheit für die Arbeitnehmer und geringere Kompensationsleistungen der Arbeitgeber zur Folge hat.	
--	--

Die BG für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege kann exemplarisch für die Kritik am gegenwärtigen Beitragssystem der GUV herangezogen werden. Da die Sonderumlage 42 % des Beitrages dieser BG ausmacht, führt eine Zunahme von Lastenausgleich und Insolvenzgeld zu steigenden Beiträgen ohne eine Erhöhung der Unfallzahlen.¹⁸ Zu steigenden Verwaltungsausgaben kommen mit diesen versicherungsfremden Bestandteilen weitere Kostentreiber des Beitrages auf die Mitglieder dieser BG zu.¹⁹

3.2. Ausgestaltung der Unfallversicherung in anderen Ländern

Organisationen, welche auf die Deckung des Arbeitsunfallrisikos spezialisiert sind, können entweder rein staatlicher (z. B. China), oder aber rein privater Natur (z. B. Südafrika) sein. Daneben gibt es Mischformen, die in ihrer Ausführung unterschiedlich stark zu einem dieser beiden Pole tendieren (Deutschland vs. USA).

Branchenlösungen stellen für diese Mischformen zwar eine prinzipielle Möglichkeit dar, finden sich aber nur in wenigen Ländern. Bei diesen handelt es sich häufig um selbst verwaltete Organisationen, bei denen der Staat lediglich noch den Rahmen vorgibt und durch Aufsichtsbehörden Kontrollfunktionen wahrnimmt. Die verschiedenen Teilaufgaben Prävention, Rehabilitation und Kompensation werden, trotz der evidenten Vorteile der Kausalkette, dabei durchaus nicht immer wie in Deutschland in einer Hand belassen. Unterschiedliche Zielsetzungen zeigen sich am Beispiel des kurativen Ansatzes des deutschen Durchgangs-Arzt-Systems welcher, im Gegensatz zum Managed-Care-System der USA, als primäre Zielsetzung nicht die Kostenreduktion verfolgt, sondern eine schnelle und sachgerechte Behandlung.²⁰ Da private Systeme in der Regel keine Ablösung der Unternehmerhaftpflicht beinhalten, bietet die Prämienzahlung keinen Schutz vor Klagen auf Schadenersatz verunglückter Arbeitnehmer. Als Resultat belasten mehrere Prämien für geeignete Zusatzversicherungen,

¹⁸ Vgl. Anhang 1: Statistisches Material.

¹⁹ Vgl. O. M. (2003), S. 9.

²⁰ Vgl. Krasney, O. E. (2001), S. 427.

sowie zusätzliche Anwalts- und Gerichtskosten die Unternehmer. Ferner findet sich die Nichtversicherung einiger Berufe seitens der Privatwirtschaft mit Folge der Übernahmenotwendigkeit des Risikos durch staatliche Träger. Beispiele hierfür sind die Seeleute in Belgien und landwirtschaftliche Arbeiter in Finnland.²¹ Bei völliger Privatisierung hingegen, wie teils im Ausland praktiziert, sei zu befürchten, dass die erheblich teureren Berufskrankheiten aus Gründen der Profitabilität nicht in den Leistungskatalog privater Versicherer aufgenommen würden.²² Dieses Risiko müsste dann wieder durch öffentliche Träger versichert werden, was den Unternehmer dann zur Zahlung zweier Prämien verpflichten würde. In Arizona treten deshalb sogar Arbeitgeberverbände für den Erhalt des öffentlichen Unfallversicherungsträgers ein.²³

3.3. Systemimmanente Problembereiche

In der Diskussion um eine Neuregelung der GUV gibt es sowohl Vorschläge für eine Veränderung deren Ausgestaltung, als auch für eine Überführung in eine andere Trägerstruktur. Hauptkritikpunkt an der institutionellen Beschaffenheit des bestehenden Systems ist die alleinige Finanzierung durch den Arbeitgeber, zumal in anderen Zweigen der Sozialversicherung eine hälftige Beitragslast von Arbeitgeber und Arbeitnehmer anzutreffen ist. Ein weiteres Kernproblem wird in strukturellen Veränderungen der Wirtschaft gesehen, die sich auf die Unfallversicherung auswirken. So resultiert ein Rückgang von Versichertenzahl und Lohnsumme bei gleich bleibenden Altlasten in Form abzuwickelnder Rentenzahlungen in einer Erhöhung der Beiträge, wie bei der Bergbau- und der Binnenschiffahrts-BG beobachtbar.²⁴ Gründe für diese Entwicklung sind Abwanderungsbewegungen von Industriezweigen ins Ausland oder eine durch Subunternehmertätigkeit und illegale Beschäftigung hervorgerufene Lohnsummenreduktion. Schrumpfende Solidargemeinschaften verstärken den Effekt der Altlasten, da die Solidarhaftung nur in ausreichend großen Versichertengemeinschaften funktioniert.²⁵ Die Sicherung der dauerhaften Finanzierbarkeit neben einer Modernisierung von Aufgaben und Kompetenzen erscheint geboten. Durch eine strikte Konzentration der Leistungen auf den Kernbereich ließen sich Doppelleistungen im Zusammenspiel mit der Kranken- und Rentenversicherung vermeiden. Unter anderem werde das Kausalitätsprinzip, welches nur

²¹ Vgl. Pabst, B. (2004), S. 4.

²² Vgl. Hundt, D. (2004), S. 14.

²³ Vgl. Pabst, B. (2004), S. 4.

²⁴ Vgl. Molsen, C. (2001), S. 20.

²⁵ Vgl. Breuer, J. (2001), S. 605.

eindeutig berufsbedingte Erkrankungen der GUV zuordnet, nicht strikt eingehalten. Die Wegeunfälle werden von vielen als ein allgemeines Risiko angesehen, zumal der Arbeitgeber keinen Einfluss auf die Sicherheit des Arbeitsweges habe.²⁶ Dies erhält durch die ständig steigenden Belastungen aus diesem Leistungsgrund eine zunehmende Bedeutung.²⁷ Eine Reduzierung der Kumulation von Rentenleistungen von Gesetzlicher Rentenversicherung (GRV) und GUV, sowie vermehrte Abfindung von Kleinstrenten wären weitere Ansatzpunkte. Die Rücklagen einzelner Berufsgenossenschaften werden in ihrer jetzigen Höhe als abbaubar angesehen.²⁸ Fusionen und die Zusammenführung von back-office-Bereichen würden weitere Synergiepotenziale erschließen. Ein kapitalgedecktes System könnte durch eine perioden- und verursachergerechtere Zuordnung der Aufwendungen der sich verschärfenden Altlastenproblematik entgegenwirken.²⁹ Die einzelbetriebliche Prämienberechnung in einem privaten System hätte für mittelständische Betriebe erhebliche Mehrbelastungen zur Folge, da sie höhere Unfallzahlen aufweisen, wohingegen Großunternehmen vermutlich durch sinkende Tarife profitieren würden. Da die Beiträge des Arbeitgebers als Lohnbestandteil anzusehen sind, der in der Regelung der alleinigen Arbeitgeberfinanzierung eben nicht an sie, sondern an die Träger der GUV ausgezahlt wird, würden die Arbeitnehmer bei einer Privatisierung einen höheren Lohn erhalten und somit mehr Einfluss auf die Systemgestaltung nehmen.³⁰ Vorbild für ein modifiziertes System der Sozialversicherung könnte die GKV sein, auf deren Strukturbesonderheiten im folgenden Abschnitt eingegangen wird.

3.4. Einführung eines Risikostrukturausgleiches

Begleitend zum 1992 initiierten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wurde die Einführung eines Risikostrukturausgleiches (RSA) beschlossen, welcher steuernd in diesen Markt eingreifen sollte.³¹ Zielsetzung war ein Abbau der historisch bedingten Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen und die Weiterentwicklung der GKV als Solidargemeinschaft in Form einer verbesserten Versorgung.³² Anhand der Kriterien Einkommen, Alter, Geschlecht, Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen und Invalidität sollten Unterschiede der Versichertenstruktur und somit der Risikostruktur der unterschiedlichen Kranken-

²⁶ Vgl. Hundt, D. (2004), S. 14.

²⁷ Vgl. Osing, S. (2001), S. 26.

²⁸ Vgl. Molsen, C. (2001), S. 22.

²⁹ Vgl. Müller, E. (2003), S. 23.

³⁰ Vgl. Barth, P.S. (2001), S. 612.

³¹ Ausschließliche Betrachtung der gesetzlichen Krankenversicherung, da besseres Äquivalent zur GUV als die private Krankenversicherung, welche lediglich 10 Prozent der Bevölkerung versichert.

³² Vgl. Vieregge, D. (2003), S. 22.

kassen ausgeglichen werden. Je nach Finanzkraft und Beitragsbedarf müssen sie in den RSA einzahlen oder erhalten Zuweisungen. Da ihnen eine hinreichende Leistungsdifferenzierung nicht ermöglicht wurde, bleibt jedoch die Frage bestehen, inwiefern der RSA zu einer verbesserten Allokation beitragen könnte. Eine Senkung der Spanne der Beitragssätze wurde erreicht, die angestrebte Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken aber verfehlt.³³ Beitragssteigerungen in den Nettozahlerkassen führten zu einer Abwanderung der freiwillig Versicherten zu privaten Krankenversicherungsanbietern. Damit gingen der GKV diese prinzipiell guten Risiken auf Kosten der Solidargemeinschaft verloren. Da die Ausgestaltung des RSA keinen direkten Ausgleich der Morbidität erwirkte, verlagerte sich der Fokus der Krankenkassen auf die Risikoselektion. Ein Unfall kann prinzipiell jeden Versicherten treffen, wohingegen die Risikostruktur innerhalb einer Krankenversicherung anhand von Versichertenalter und bekannter Gesundheitsrisiken³⁴ zumindest bis zu einem gewissen Grad eingeschätzt werden kann. Im Fall der GKV erscheint die Tatsache, ein gutes Risiko darzustellen, für das Individuum noch bedingt modulierbar, wohingegen im Falle der GUV diese Bewertung bereits durch den von dem zu Versichernden ausgeübten Beruf vorweggenommen wäre. Erwerbszweige mit kleinteiligerer Struktur und höherer Gefahrenziffer wären automatisch benachteiligt. Die Zielsetzung des RSA erscheint mit der Absicht des in der GUV bestehenden Lastenausgleichs scheinbar konform. In Anwendung auf die GUV würde der RSA sein ursprüngliches Ziel durch die oben diskutierten Implikationen und daraus resultierenden Konsequenzen ad absurdum führen. Davon ausgehend, dass eine etwaige Umstrukturierung der aktuellen GUV keine veränderte Zielsetzung nach sich ziehen sollte, erscheint der RSA als unterstützende Maßnahme für ein solches Unterfangen demnach nicht geeignet.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Schon bei Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1884 gab es eine Kontroverse um die institutionelle Ausgestaltung. Bismarck forderte staatliche Anstalten, um den Fürsorgecharakter des Staates in den Vordergrund zu bringen, wohingegen diverse Parlamentarier für eine privatrechtliche Lösung votierten. Schließlich einigte man sich auf den Kompromiss der Pflichtversicherung mit Trägern in Selbstverwaltung.³⁵ Der reibungslose Fortbestand über

³³ Vgl. Vieregge, D. (2003), S. 43.

³⁴ (Adipositas, Hypertonos, Diabetis, andere chronische Erkrankungen, Alkohol- und Tabakkonsum etc.).

³⁵ Vgl. Leichsenring, C. et al. (1998), S. 16.

120 Jahre sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine Prüfung, ob die Organisationsform den heutigen Anforderungen gerecht wird, zu befürworten bleibt.

Zu den in der GUV reformbedürftigen Problembereichen zählt vor allem die Erhebung der Sonderumlagen. Insbesondere das Insolvenzgeld, so scheint es, sollte von einer anderweitigen Stelle, ggf. von staatlicher Seite, eingezogen werden. Die Erhebung des Lastenausgleichs scheint hingegen zunächst unumgänglich, zumal dieser offensichtlich im besonderen Falle der GUV nicht durch den RSA ersetzt werden kann. Der Lastenausgleich kann, wie erwähnt, eine Verschlimmerung der Altlastenproblematik, wie sie BGs, die sich aus Gründen der wirtschaftlichen Entwicklung verkleinert sehen, gegenwärtig kaum ausreichend auffangen. Vor allem hinsichtlich der wachsenden Rentenzahlungsverpflichtungen könnte hier über eine andere Form der solidarischen Hilfe möglicherweise ein Ausgleich geschaffen werden. Ob die Wegeunfälle tatsächlich des besonderen Schutzes durch die GUV bedürfen, bezweifeln selbst Verfechter der Pflichtversicherungslösung.³⁶ In diesem Punkt wäre eine „Verschlankung“ des Aufgabenkataloges folglich denkbar. Allgemeine Gesundheitsrisiken des Arbeitnehmers sollten nicht über die GUV abgedeckt werden, um deren Überlastung und damit einhergehende Forderungen nach Privatisierung zu vermeiden.³⁷

Einen weiteren Problemkreis eröffnet der gegenwärtige Invaliditätsbegriff, dessen Definition eventuell zu überprüfen, in jedem Fall aber zu vereinheitlichen wäre. In der bestehenden Form sorgt er für eine ungerechte Verteilung der Finanzierungslasten zwischen der GRV und der GUV in Form von Über- und Unterversorgung.

Diverse Problemfelder liefern schlecht abgegrenzte Finanzierungslasten, welche sich in mehreren Ausprägungen in der Systematik des Leistungsrechts finden. Zum einen können Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten eine Leistungspflicht der Rentenversicherung in Form von Erwerbsminderungsrenten auslösen ohne eine Erstattung durch die Träger der GUV. Zum anderen finden Rentenkürzungen der gesetzlichen Renten bei gleichzeitigem Bezug von Unfallrenten statt. Diese Finanzierung von Leistungen der Rentenversicherung durch die Unfallversicherung erscheint den Versicherten schwer schlüssig vermittelbar.³⁸ Vorangehende Ausführungen skizzieren einen Handlungsbedarf für Reformen der GUV, der nicht ausschließlich organisatorisch orientiert sein muss. Klar für die gegenwärtige institutionelle Regelung spricht der Rückgang der meldepflichtigen Unfallzahlen, welcher zu einem erheblichen Teil

³⁶ Vgl. Leichsenring, C. et al. (1998), S. 14.

³⁷ Vgl. Leichsenring, C. et al. (1998), S. 21.

³⁸ Vgl. Ebert, T. (2001), S. 104 f.

auf die Initiierung und Koordinierung von Unfallverhütungsmaßnahmen durch die BGs zurückgeführt werden kann.³⁹ Ihre starke Machtposition sichert vermutlich umfangreichere Möglichkeiten der Einflussnahme auf betriebliche Abläufe als eine privatwirtschaftliche Lösung.

Als herausragendes Erfolgscharakteristikum der GUV wird die Vereinigung von Prävention, Rehabilitation und Kompensation in einem Aufgabenkatalog angesehen. Da sich dieses Konzept mangels Profitmöglichkeiten jedoch nicht privatisieren lässt, würde es zwangsweise zu einem schlechteren Schutz des Arbeitnehmers führen. Aus Sicht des letzteren bleibt zu hoffen, dass das gegenwärtige System der GUV weiterhin Bestand haben wird.

³⁹ Vgl. Glombik, M. (1998), S. 2646.

Anhang

Anhang 1: Statistisches Material

Tabelle 1: Wichtige Kennzahlen der GUV

Gesetzliche Unfallversicherung						
Jahr	1970	1980	1990	1999	2000	2001
Versicherte in 1000	26050	27857	41134	58072	57960	58105
Einnahmen in Mio. EUR	2515	5877	8278	13420	13544	14102
Ausgaben in Mio. EUR*	2496	5806	8129	12011	12079	13465
darunter:						
Renten	1312	3071	3809	5660	5667	5723
Heilbehandlung	292	783	1184	2186	2217	2215
Rentenbestand in 1000	1018	1005	921	1151	1143	1133
Angezeigte Unfälle und Erkrankungen in 1000	2673	2158	1918	1892	1831	1707
*abzgl. Verwaltungs- und Verfahrenskosten						

Quelle: BMGS.

Anhang 2: Erläuterung der Medizinischen Präventionsarten

Formen der Prävention:

- primäre Prävention: Ausschaltung von als gesundheitsschädigend geltenden Faktoren (Risikofaktoren)
- sekundäre Prävention: Sicherstellung frühestmöglicher Diagnosen und Therapie von Erkrankungen durch Vorsorgeuntersuchungen
- tertiäre Prävention: Begrenzung bzw. Ausgleich von Krankheitsfolgen

Quelle: Pschyrembel, W. (2002).

Literaturverzeichnis

Barth, P. S. (2001):

Ungelöste Probleme der Arbeitsunfallversicherung, in: Die BG, Nr. 11, S. 610-616.

Benz, M. (1995):

Zuschläge, Nachlässe und Prämien beim Beitrag für die gesetzliche Unfallversicherung, in: Betriebs-Berater, Heft 37, S. 1901-1905.

Breuter, J. (2001):

Weltweite Fragen – nationale Antworten?, Unfallversicherung mit globaler Perspektive, in: Die BG, Nr. 11, S. 602-609.

Ebert, T. (2001):

Reformbedarf in der gesetzlichen Unfallversicherung, Systematik der Rentenleistungen und Abgrenzung zu anderen Solidargemeinschaften, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5, S. 104-108.

Farny, D. / Helten, E. / Koch, P. / Schmidt, R. (1988):

Handwörterbuch der Versicherung (HdV), Karlsruhe.

Glombik, M. (1998):

Gesetzliche Unfallversicherung – ein Versicherungszweig ohne Reformbedarf?, in Betriebs-Berater, Band 53, Heft 51/52, S. 2646-2647.

Hundt, D. (2004):

Unfallversicherung: Reform ja, Privatisierung nein, Unfälle auf dem Weg zur Arbeit müssen aus dem Leistungskatalog gestrichen werden, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 26. Feb. 2004, S. 14.

Jäger, H. (1998):

Einführung in die Sozialversicherung und in die sonstigen Bereiche des Sozialrechts, Erich Schmidt Verlag, Berlin.

Krasney, O. E. (2001):

Die gesetzliche Unfallversicherung und ihr Einfluss auf den Betriebsfrieden, in: Arbeit und Recht, Bd. 49, S. 423-428.

Lambert, H. / Althammer, J. (2001):

Lehrbuch der Sozialpolitik, 6. überarbeitete Auflage, Springer Verlag, Berlin.

Leichsenring, C. / Petermann, O. (1998):

Gesetzliche Unfallversicherung – öffentlich-rechtlich oder privat?, in: Die Sozialversicherung, Bd. 53, S. 14-21.

Molsen, C. (2001):

Gesetzliche Unfallversicherung, Bedarf und Potenzial für Reformen, in: Der Arbeitgeber, Bd. 53, Heft 5, S. 20-24.

Müller, E. (2003):

Gesetzliche Unfallversicherung, An einer Reform führt kein Weg vorbei, in: Der Arbeitgeber, Heft 10, S. 22-23.

O. M. (2003):

Gesetzliche Unfallversicherung, Risiko sinkt, Kosten steigen, in: Zahnärztliche Mitteilungen, Bd. 93, Heft 1, S. 9-12.

Osing, S. (2001):

Unfallbilanz, Zahl der Unfälle sinkt weiter, in: Der Arbeitgeber, Bd. 53, Heft 5, S. 26-27.

O. V. (2004):

HVBG, Gesetzliche Grundlagen, URL: <http://www.hvbg.de/pages/versich/grund/gesetz.html> [Stand 12.05.2004].

Papst, B. (2004):

Gesetzliche Unfallversicherung – Privatisierung als Allheilmittel?, in: Die Brücke, Heft 2, S. 4-5.

Pschyrembel, W. (2002):

Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin.

Puskás, G. (1988):

Die Gesetzliche Unfallversicherung, in: Farny, D./ Helten, E./ Koch, P./ Schmidt, R., Handwörterbuch der Versicherung (HdV), Karlsruhe, S. 513-518.

Reiter, G. (2002):

Pflichtversicherung versus Versicherungspflicht – Mehr als ein Wortspiel, in: WISO, 25. Jg., Nr.3, S. 79-90.

Riebesell, H. (1993):

Unfallversicherung, Versicherungswirtschaftliches Studienwerk, Gabler, Wiesbaden.

Rische, H./ Meurer, A./ Michaelis, K. (2002):

Unsere Sozialversicherung, BfA, Berlin.

Sozialgesetzbuch VII (1996):

Erstkommentierung des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes (UVEG), HVBG, Sankt Augustin.

Vieregge, D. (2003):

Rückversicherung als Instrument zur Verbesserung der Risikoallokation in der gesetzlichen Krankenversicherung, Eine Untersuchung im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleichs, Karlsruhe.

Segen und Fluch der Versicherungspflicht und der Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung

Björn Hube

1. Einleitung	88
2. Erläuterungen und Grundlagen	88
2.1. Begriffe Versicherungspflicht und Pflichtversicherung.....	88
2.2. Die Arbeitslosenversicherung als Teil der Sozialversicherung.....	90
3. Vorteile und Nachteile der Versicherungspflicht und der Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung.....	92
4. Zusammenfassung.....	95
5. Fazit.....	96
Literaturverzeichnis.....	98

1. Einleitung

Aufgrund der aktuellen Reformen und Reformbemühungen der deutschen Sozialversicherung sind gerade die Versicherungspflicht und die Pflichtversicherung in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung in den Mittelpunkt einer öffentlichen Diskussion gerückt. Dieser Beitrag befasst sich mit den Vor- und Nachteilen der Versicherungspflicht und der Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung. Dabei werden die Begriffe der Versicherungspflicht und der Pflichtversicherung kurz erläutert. Im Folgenden werden die Grundlagen der Arbeitslosenversicherung beschrieben. Schließlich wird auf die Vorteile und die Nachteile einer Versicherungspflicht und einer Pflichtversicherung im Rahmen der deutschen Arbeitslosenversicherung eingegangen. Zum Ende werden die Ergebnisse der Arbeit kurz zusammengefasst und ein Fazit gezogen.

2. Erläuterungen und Grundlagen

2.1. Begriffe Versicherungspflicht und Pflichtversicherung

Laut Farny liegt eine Versicherungspflicht vor, „wenn eine Wirtschaftseinheit nicht autonom darüber entscheiden kann, ob sie ein bestimmtes Risiko versichert oder nicht, sondern Versi-

cherungsschutz in bestimmter Form und mit bestimmten Inhalt nehmen muss“.¹ Es steht einem Versicherungsnehmer also nicht frei, ob er eine Versicherung abschließt. Allerdings kann er entscheiden, bei welchem Versicherungsunternehmen er seinen Versicherungsvertrag abschließen möchte.² Drei Tatbestände führen zu einer Versicherungspflicht: erstens eine gesetzlich vorgeschriebene Versicherungspflicht (wie z. B. in der deutschen Sozialversicherung), zweitens eine mittelbare Pflicht zum Versicherungsabschluss (folgt nicht aus Gesetzen, sondern aus der Rechtsprechung) und drittens eine gewillkürte Versicherungspflicht (z. B. der Abschluss einer Lebensversicherung bei Aufnahme eines Kredites).³ Sie erfüllt eine Fürsorgepflicht. Es werden durch die Bildung von größeren Gefahrengemeinschaften die individuellen Lebensrisiken abgemildert. Die Fürsorgepflicht wird als öffentliche Aufgabe vom Staat übernommen.⁴

Die Pflichtversicherung wird in der Literatur meist mit dem Begriff des Monopolanbieters bzw. des Anbietermonopols verwendet.⁵ Im Weiteren wird hier nur der Begriff der Pflichtversicherung benutzt. Bei dieser ist der Versicherte zwar nicht verpflichtet, eine Versicherung gegen ein bestimmtes Risiko abzuschließen, aber falls er sich zu einer Versicherung entschließt, muss er diese bei einem bestimmten Versicherungsunternehmen abschließen. Die Versicherungspflicht und die Pflichtversicherung lässt sich in folgender Grafik gut darstellen:

Abbildung 1: Versicherungspflicht und Pflichtversicherung

Angebot		
Nachfrage	Pflichtversicherung	Konkurrenzanbieter
Versicherungspflicht	Gesetzliche Rentenversicherung Arbeitslosenversicherung Unfallversicherung	Kfz-Haftpflichtversicherung
Freiwillige Versicherung	Freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung	Lebensversicherung Sachversicherung

Quelle: in Anlehnung an Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003), S. 70.

¹ Farny, D. (2000), S. 140.

² Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003), S. 2.

³ Vgl. o. V. (2004).

⁴ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003), S. 71.

⁵ Vgl. Farny, D. (2000), S. 141.

2.2. Die Arbeitslosenversicherung als Teil der Sozialversicherung

Die Sozialversicherung in Deutschland beruht gesetzlich auf den Sozialgesetzbüchern (SGB). Der Zugang zur Sozialversicherung erfolgt durch Versicherungspflicht (bzw. Versicherungsberechtigung, welche im Weiteren aber vernachlässigt wird). Die Sozialversicherung teilt sich in zwei Grundprinzipien auf. Erstens in das Prinzip der Versicherung, d. h. es gibt Versicherte, die einen Beitrag zahlen. Dadurch erwerben sie einen Anspruch auf Leistungen aus der Sozialversicherung. Das zweite Grundprinzip ist die Verknüpfung von staatlicher Rahmengesetzgebung und sozialer Selbstverwaltung. Hier setzt der Gesetzgeber die gesetzlichen Rahmenbedingungen fest, in denen sich die Versicherten und die Arbeitgeber ihre Sozialversicherung selbst verwalten. Die Sozialversicherung teilt sich in fünf Zweige auf: Diese sind die gesetzliche Krankenversicherung, die Pflegeversicherung, die Unfallversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung und die Arbeitslosenversicherung.

In der Arbeitslosenversicherung besteht Versicherungspflicht ausschließlich von Gesetz wegen. Die Grundlage hierfür ist das Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III). Eine freiwillige Versicherung in der Arbeitslosenversicherung ist im Gegensatz zu den anderen Sozialversicherungszweigen momentan nicht möglich. Mit dem Gesetz zu Reformen am Arbeitsmarkt ist allerdings zum 01. Januar 2004 die Einführung einer freiwilligen Arbeitslosenversicherung beschlossen worden. Diese freiwillige Weiterversicherung in der Arbeitslosenversicherung kann bei Existenzgründung in Anspruch genommen werden. Allerdings tritt sie erst nach einer Übergangszeit zum 01. Februar 2006 in Kraft.⁶ Gleichzeitig ist die Arbeitslosenversicherung eine Pflichtversicherung, da alle Versicherten zwangsläufig bei der Bundesagentur für Arbeit mit Sitz in Nürnberg versichert sind.⁷ Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung betragen momentan 6,5 % des erzielten Arbeitsentgeltes und werden von Beschäftigten und Arbeitgebern jeweils zur Hälfte getragen.⁸ Zu einem Ausgleich von vorhandenen Defiziten steuert der Staat zur Finanzierung der Arbeitslosenversicherung zusätzlich zu den Beiträgen noch einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss zu.⁹

Die Arbeitslosenversicherung ist das Sozialleistungssystem zum Schutz der Arbeitnehmer vor den wirtschaftlichen Folgen von Arbeitslosigkeit. Sie ist durch das SGB III in arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitische Ziele und Aufgabenstellungen eingebunden.¹⁰

⁶ Vgl. SGB III (2004), 2. Kapitel 2. Abschnitt.

⁷ Vgl. SGB III (2004), 11. Kapitel § 368 Absatz 1.

⁸ Vgl. SGB III (2004), 10. Kapitel § 341.

⁹ Vgl. Neubauer, J. / Bäcker, G. (2003), S. 234.

¹⁰ Vgl. SGB III (2004), 1. Kapitel § 1.

Deswegen umfasst die Arbeitslosenversicherung zusätzlich zu den Aufgaben einer Versicherung (Verbesserung der Risikoallokation, Schutz von bestehendem Vermögen, Kapitalakkumulation, Mobilisierung von finanziellen Ressourcen, Kontrolle des Unternehmensverhaltens und Entlastung des Staates) unter anderem eine sozialpolitische Funktion, eine arbeitsmarktpolitische Funktion, eine konjunkturpolitische Funktion, eine wachstums- und strukturpolitische Funktion, eine gesellschaftspolitische Funktion, eine regionalpolitische Ausgleichsfunktion und eine verteilungspolitische Funktion.¹¹

Die sozialpolitische Funktion ist die finanzielle und soziale Absicherung der Arbeitslosen nach dem Verlust ihres Arbeitsplatzes. Die entgeltbezogenen Versicherungsleistungen sollen abrupte und tiefe Einbrüche im Lebensstandard verhindern. Eine Stetigkeit des Einkommensflusses wird durch intertemporale Einkommensumverteilung sichergestellt.¹² Die arbeitsmarktpolitische Funktion dient zur materiellen Absicherung einer längeren Suchphase auf dem Arbeitsmarkt. Auf diese Weise soll sich der Arbeitslose, statt den erstbesten Arbeitsplatz zu akzeptieren, Zeit für die Suche nehmen können. So wird die Qualität der beruflichen Wiedereingliederung verbessert.¹³ Zur Stabilisierung der gesamtwirtschaftlichen Nachfrage dient die konjunkturpolitische Funktion. Dabei übernimmt die Arbeitslosenversicherung in einer Phase des ökonomischen Rückgangs die Rolle eines Stabilisators durch Zahlung von Unterstützungsleistungen.¹⁴ Die Förderung der Risikobereitschaft bei Ausbildungs- und Berufsentscheidungen soll die wachstums- und strukturpolitische Funktion übernehmen. Hierbei sollte niemand im Falle einer Fehleinschätzung der Arbeitsplatzwahl unmittelbar von Armut bedroht werden. Dadurch wächst die Bereitschaft, sich positiv auf unsichere wirtschaftliche Entwicklungen einzustellen und den Erfordernissen eines schnellen Strukturwandels gewachsen zu sein. Wäre dies nicht so, würde man wahrscheinlich solche Prozesse aus Unsicherheit blockieren.¹⁵ Die gesellschaftspolitische Funktion dient der Sicherung des sozialen Friedens. Gleichzeitig soll sie negative Rückkopplungseffekte der Arbeitslosigkeit auf das gesamte Entgelt- und Tarifgefüge verhindern.¹⁶ Zum Auffangen der kommunal finanzierten Sozialhilfeleistungen durch ein vorgelagertes Versicherungssystem dient die regionalpolitische Ausgleichsfunktion. Da Kommunen die Leistungen der Sozialhilfe tragen, werden solche Regionen und Kommunen durch die Arbeitslosenversicherung entlastet, die in besonderem Maße

¹¹ Vgl. Neubauer, J. / Bäcker, G. (2003), S. 233-234.

¹² Vgl. Neubauer, J. / Bäcker, G. (2003), S. 234.

¹³ Vgl. Neubauer, J. / Bäcker, G. (2003), S. 234.

¹⁴ Vgl. Neubauer, J. / Bäcker, G. (2003), S. 234.

¹⁵ Vgl. Neubauer, J. / Bäcker, G. (2003), S. 234.

¹⁶ Vgl. Neubauer, J. / Bäcker, G. (2003), S. 234.

von Strukturkrisen betroffen sind. Die ungleiche regionale Verteilung der Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen Leistungen des Staates werden so zugunsten der Kommunen abgemildert.¹⁷ Letztendlich dient die verteilungspolitische Funktion der Herstellung eines sozialen Ausgleichs zwischen den verschiedenen Beschäftigungsgruppen. Da der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung einheitlich entgelt- und nicht risikobezogen ist, kommen Beschäftigte mit günstigen Risiken (gute Risiken) im Solidarverbund für die Beschäftigten mit hoher Betroffenheit von Arbeitslosigkeit (schlechte Risiken) finanziell auf.¹⁸ Es ist also nicht fraglich, dass die Arbeitslosenversicherung einen wichtigen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Stabilitätsfaktor darstellt.¹⁹

3. Vorteile und Nachteile der Versicherungspflicht und der Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung

Wenn man die versicherungsspezifische Literatur der Vergangenheit durchsieht, stellt man fest, dass das Thema Arbeitslosenversicherung nur sehr selten zur Diskussion stand. Man stößt auf viele Artikel zum Thema der Rentenversicherung, zum Thema der Strukturen und Leistungen der gesetzlichen und der privaten Gesundheitsversicherung und zum Thema des Gesundheitswesens im Allgemeinen. Die kritische Beleuchtung der Thematik der Arbeitslosenversicherung spielt da im Gegensatz kaum eine Rolle. Schon 1986 wunderte sich Gerd Habermann, dass während die o. g. Themen immer wieder zur kritischen Diskussion stehen, „genießt die Arbeitslosenversicherung in Nürnberg – die Bundesanstalt für Arbeit, wie sie sich heute nennt [mittlerweile Bundesagentur für Arbeit, Anm. d. Verf.] – eine unverdiente relative Ruhe.“²⁰ Dies hatte damals seiner Meinung nach zwei Gründe. Erstens die Monopolstellung der Arbeitslosenversicherung und zweitens, dass das Risiko der Arbeitslosigkeit im Jahr 1986 nur einen relativ geringen Teil der Bevölkerung bedrohte.²¹ Mittlerweile hat sich der zweite Punkt allerdings akut verschärft, was auch aus der folgenden Abbildung deutlich wird:

¹⁷ Vgl. Neubauer, J. / Bäcker, G. (2003), S. 234.

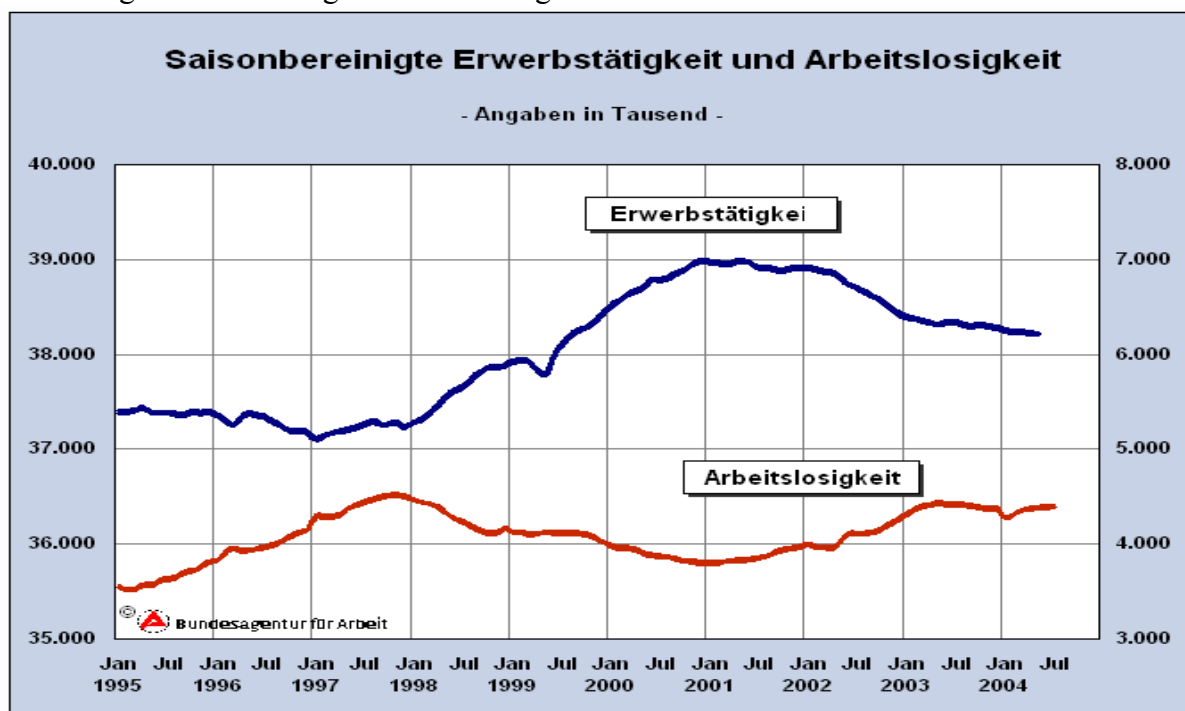
¹⁸ Vgl. Neubauer, J.; Bäcker, G. (2003), S. 234.

¹⁹ Vgl. Kohlmann, P. (1996), S. 381.

²⁰ Habermann, G. (1986), S. 82.

²¹ Vgl. Habermann, G. (1986), S. 82.

Abbildung 2: Entwicklung der Arbeitslosigkeit



Quelle: Bundesagentur für Arbeit²² [Stand: Juli 2004].

Wie man der Grafik entnehmen kann, gibt es seit Beginn des Jahres 1995 bis Ende des Jahres 1997 einen stetigen Anstieg der Arbeitslosigkeit in Deutschland. Nach einer Phase der abnehmenden Arbeitslosigkeit von Anfang des Jahres 1998 bis Ende des Jahres 1999 stieg die Arbeitslosigkeit wieder an und hat nun seit Anfang des Jahres 2003 einen stabilen Stand bei deutlich über 4.000.000 Arbeitslosen erreicht. Für den Monat Juli 2004 meldet die Bundesagentur für Arbeit eine Arbeitslosenquote von 10,5 % bei 4.359.934 Arbeitslosen.²³ Man sieht also, dass das Thema Arbeitslosigkeit nun sehr viel stärker in den Mittelpunkt rückt als noch im Jahr 1986, da mittlerweile große Teile der Bevölkerung unmittelbar oder mittelbar bedroht bzw. betroffen sind. Gleichzeitig entsteht auch für die Finanzierung ein Problem. Weil es immer mehr Arbeitslose gibt, muss die Bundesagentur für Arbeit auch mehr Entgeltersatzleistungen erbringen. Dabei hat sie gleichzeitig aber auch viel weniger Beitragseinnahmen. Der Defizitausgleich des Staates steigt demzufolge immer stärker an. Demnach wird die Arbeitslosenversicherung zukünftig wohl auch viel stärker in den Mittelpunkt der öffentlichen und auch der versicherungstechnischen Diskussion rücken. Ein großer Streitpunkt wird nun gera-

²² Bundesagentur für Arbeit (2004a).

²³ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2004b).

de die Versicherungspflicht und die Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung sein.²⁴

Durch das Vorliegen einer Versicherungspflicht und einer Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung wird das erste Problem der asymmetrischen Information, nämlich die Adverse Selection (sog. schlechte Auslese) verhindert. Die Versicherungspflicht sorgt dafür, dass gute und schlechte Risiken, also Personengruppen, die eine geringe Gefahr laufen arbeitslos zu werden und Personengruppen, die eine hohe Gefahr laufen arbeitslos zu werden, verpflichtet sind, sich zu versichern. Dadurch, dass sich auch die guten Risiken der Versicherung nicht entziehen können, wird das Problem der Adverse Selection zuerst einmal eingedämmt. Durch das Bestehen der Pflichtversicherung müssen sich alle Versicherten bei einem Versicherungsunternehmen versichern. Da kein Wettbewerb besteht, können die guten Risiken sich kein anderes Versicherungsunternehmen auswählen.²⁵ Es kann also keine Häufung von schlechten Risiken bei einem Versicherungsunternehmen vorkommen. Die gesamte Risikostruktur verteilt sich auf eine Versicherung. Somit ist das Problem der Adverse Selection hier nicht gegeben. Das zweite Problem der asymmetrischen Information, das Moral Hazard (sog. moralisches Risiko), wird durch das Vorliegen von Versicherungspflicht und Pflichtversicherung dagegen verschärft.²⁶ Allerdings spielt das Moral Hazard im Bereich der Arbeitslosenversicherung in der Regel keine allzu große Rolle. Empirisch konnte noch kein Moral Hazard nachgewiesen werden. Die Versicherungsnehmer haben in der Mehrzahl von sich aus wenig Anlass, ihre Aufwendungen zur Schadensvermeidung zu senken.²⁷

Ein weiterer Vorteil der Pflichtversicherung (neben der Verhinderung der Adverse Selection) in der Arbeitslosenversicherung ist die Verhinderung einer Risikoselektion durch den Anbieter der Versicherung. Alle betroffenen Risikogruppen müssen in der Versicherung aufgenommen werden. Die Bundesagentur für Arbeit kann nicht selbständig entscheiden, welche Risikogruppen aufgenommen werden und welche nicht. So ist man auch als Mitglied einer Branche, in der man mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit betroffen ist, in jedem Fall dagegen versichert. Ein weiterer Vorteil ist der Wegfall von Marketingaufwendungen für die Bundesagentur für Arbeit. Da sie der einzige Anbieter der Arbeitslosenversicherung ist, sind in der Regel die Aufwendungen für Werbung und Marketing sehr gering. Auch werden so die Suchkosten für die Versicherten verringert, denn sie können sich ja

²⁴ Vgl. Habermann, G. (1986), S. 82.

²⁵ Vgl. Glismann, H. H. / Schrader, K. (2003), S. 153.

²⁶ Vgl. Zweifel, P. / Eisen, R. (2003), S. 392.

²⁷ Vgl. Glismann, H. H. / Schrader, K. (2003), S. 153.

nur bei der Bundesagentur für Arbeit versichern und sparen sich so die Zeit und die Kosten für den Vergleich verschiedener Versicherungsunternehmen.²⁸

Zu den Nachteilen ist zu sagen, dass durch die Pflichtversicherung kein Wettbewerb auf dem Markt für Arbeitslosenversicherungen entsteht und es somit kaum Anreize für die Bundesagentur für Arbeit gibt, sich ökonomisch zu verhalten. Man ist sich seines Versicherungskreises sicher und hat dabei nur ein geringes Bemühen, z. B. seine Produktionskosten (hier Verwaltungskosten) effizient zu gestalten. Auch besteht so kein Anreiz, das Versicherungsprodukt Arbeitslosenversicherung in der Zukunft innovativ weiter zu entwickeln. Ein weiterer Nachteil ist, dass es für die Versicherten keinen auf ihr individuelles Risiko entsprechenden Versicherungsschutz gibt. Es gibt für alle Versicherten nur einen standardisierten Versicherungsschutz mit den entsprechenden Entgeltersatzleistungen im Schadensfall Arbeitslosigkeit. Dadurch, dass es nur die Bundesagentur für Arbeit gibt und der Versicherte keine Auswahl eines weiteren Versicherungsunternehmens hat, ist seine Souveränität stark eingeschränkt.²⁹

4. Zusammenfassung

Die durch die Versicherungspflicht und Pflichtversicherung entstandene Versichertenstruktur der Arbeitnehmer und die damit verbundene Finanzierungsproblematik in Zeiten großer Arbeitslosigkeit legen in jüngster Zeit eine Weiterentwicklung des Arbeitslosenversicherungsmarktes nahe. In der näheren Vergangenheit gab es deshalb schon verschiedene Reformvorschläge zur Modernisierung der Arbeitslosenversicherung. Im Jahr 1995 versuchte der damalige Arbeitsminister Norbert Blüm über Einsparungen beim Arbeitslosengeld, vorsichtigem Ausbau von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) und mehr Befugnisse für die Arbeitsämter vor Ort die Arbeitslosenversicherung zu reformieren.³⁰ Oskar Lafontaine machte 1998 die Vorschläge, die Arbeitslosenversicherung abzuschaffen und durch ein staatliches, steuerfinanziertes System zu ersetzen.³¹ In 1999 wollte der damalige Wirtschaftsminister Werner Müller eine Veränderung über den Beitrag zur Arbeitslosenversicherung, den Zeitraum der Zahlung der Entgeltersatzleistungen und die Änderung der Zuständigkeit der Arbeitslosenversicherung.³² Alle diese Vorschläge scheiterten aber immer wieder am öffentlichen Druck. Aktuell stehen zwei Änderungsmöglichkeiten zur Diskussion. Da ist zum einen die grundle-

²⁸ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003), S. 72.

²⁹ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003), S. 72.

³⁰ Vgl. Sauga, M. / Weidenfeld, U. (1995), S. 21.

³¹ Vgl. Delhaes, D. (1998), S. 24.

³² O. V. (1999), S. 18.

gende Änderung der gegenwärtigen Strukturkomponenten der Sozialversicherung durch Wettbewerb unterschiedlicher Versicherungsträger, Freiheit der Vertragsgestaltung und Finanzierung über risikoäquivalente Beiträge und zum Zweiten die Abschaffung der Arbeitslosenversicherung als Zweig der Sozialversicherung und folgend die Privatisierung der Arbeitslosenversicherung.³³ Die Versicherungsbranche sieht dabei ein hohes Erfolgspotential der privaten Arbeitslosenversicherung in Deutschland.³⁴ Allerdings nur unter der Einhaltung ganz bestimmter Voraussetzungen bei der Tarifierung und dem Produktdesign. Erstens sollte es sich nicht um eine reine Versicherung gegen Arbeitslosigkeit handeln, sondern eher um ein hierarchisches Produkt. Dabei sollte zunächst der Todesfall einer Person abgedeckt werden, dann ein Schutz gegen Invalidität und dann erst ergänzende Leistungen bei Arbeitslosigkeit angeboten werden. Auch müsste auf eine breite Streuung in den Versicherungsportefeuilles geachtet werden, um ein Kumulrisiko auszuschließen. Zur Vermeidung von Adverse Selektion sollte die Versicherung keine Lohnersatzleistungen anbieten, sondern vielmehr im Schadensfalle einige Zahlungsverpflichtungen des Arbeitslosen übernehmen. Diese Zahlungsverpflichtungen könnten Kreditraten, Versicherungsprämien, Mietverpflichtungen usw. sein. Um ein Moral Hazard der Versicherten zu vermeiden, sollte die Versicherung die Versicherten im Schadensfalle auf keinen Fall besser stellen als vorher. Eine Beitragsgarantie sollte nicht über 5 Jahre hinausgehen und die Dauer der Leistungen sollte auf 12 Monate beschränkt werden, da Langzeitarbeitslosigkeit ein kaum zu versicherndes Risiko darstellt. Es muss darauf geachtet werden, dass die Rechnungsgrundlagen ständig aktualisiert werden. Ebenso ist ein effizientes Schadensmanagement von hoher Bedeutung.³⁵ Unter diesen Voraussetzungen wird die private Arbeitslosenversicherung von der Versicherungswirtschaft als ein attraktives Produkt angesehen, da sie auch nicht nur eine Risikoabsicherung der Erwerbstätigen ist, sondern durch die Übernahme von Zahlungsverpflichtungen auch dem wirtschaftlichen Interesse der Finanzdienstleister allgemein dient.³⁶

5. Fazit

Nach vielen Jahren einer relativen Ruhe rückt eine Reform der Arbeitslosenversicherung immer mehr in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion. Dazu beigetragen hat der seit Jahren stabile Bestand der Arbeitslosigkeit auf dem hohen Niveau von deutlich über 4.000.000

³³ Vgl. Neubauer, J. / Bäcker, G. (2003), S. 233.

³⁴ Vgl. Trettenbach, K. / Kroll, D. (2000), S. 4.

³⁵ Vgl. Trettenbach, K. / Kroll, D. (2000), S. 18-20.

³⁶ Vgl. Trettenbach, K. / Kroll, D. (2000), S. 5 und S. 22.

Arbeitslosen. Die Reformvorschläge reichen dabei von einfachen Änderungen in der Leistungshöhe und Leistungsdauer bis hin zur völligen Abschaffung der sozialen Arbeitslosenversicherung zugunsten von privaten Arbeitslosenversicherungen, wie ihn z. B. ganz aktuell Professor Stefan Homburg von der Universität Hannover gemacht hat.³⁷

Unter rein versicherungstechnischen Aspekten scheint eine Reform also dringend geboten. Bei der Arbeitslosenversicherung wäre bei Abschaffung der Pflichtversicherung wieder das Problem der Adversen Selektion zu beachten, welche es im momentanen System nicht gibt. Zu bedenken ist dabei aber auch, dass es sich bei der Arbeitslosenversicherung gar nicht nur um eine Versicherung handelt. Vielmehr erfüllt sie ja auch noch andere Funktionen, wie z. B. die Einkommensumverteilung, die Stabilisierung in Phasen ökonomischen Rückgangs und die Sicherung des sozialen Friedens. Die im Moment durch die aktuelle Diskussion des vermeintlichen Sozialabbaus aufgeschreckte Bevölkerung, die Sozialverbände und die Gewerkschaften würden in einer Abschaffung der sozialen Arbeitslosenversicherung nur einen weiteren Solidaritätsabbau sehen und einen solchen Schritt sicherlich zu blockieren versuchen. Wenn man die Arbeitslosenversicherung allerdings von den versicherungsfremden Funktionen trennt und diese Funktionen auf den eigentlich zuständigen Staat überträgt, dann sind private Arbeitslosenversicherungen (als reine Versicherungen gegen Arbeitslosigkeit) sehr gut denkbar und eine Lösung für die aktuellen Probleme der staatlichen Arbeitslosenversicherung.

³⁷ Vgl. Donovitz, F. (2004), S. 126.

Literaturverzeichnis

Bundesagentur für Arbeit (2004a):

Saisonbereinigte Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit, URL:http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/gif/b_et_alo.shtml [Stand 06.08.2004].

Bundesagentur für Arbeit (2004b):

Schnellübersichten, URL:<http://statistik.arbeitsamt.de/statistik/index.php?id=D&dbtyp=0&typ=D> [Stand 06.08.2004].

Delhaes, D. (1998):

Sozialversicherung, Ins Gegenteil verkehrt, in: WiWo, Heft 45, S. 24.

Donovitz, F. (2004):

Schutzlos feuern?, in: Stern, Heft 22, S. 126.

Farny, D. (2000):

Versicherungsbetriebslehre, 3. Auflage, Karlsruhe.

Glismann, H. H. / Schrader, K. (2003):

Eine effiziente Arbeitslosenversicherung für Deutschland, in: ORDO, Heft 54, S. 143-173.

Habermann, G. (1986):

Die Strukturen der Arbeitslosenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 3, S. 82-83.

Kohlmann, P. (1996):

Individuelle Absicherung vor Arbeitslosigkeit, in: Sparkasse, Heft 8, S. 381.

Neubauer, J. / Bäcker, G. (2003):

Abbau der Arbeitslosigkeit durch Abbau der Arbeitslosenversicherung?, in: Sozialer Fortschritt, Heft 9, S. 233-239.

o. V. (1999):

Arbeitslosenversicherung, Zweischneidiges Schwert, in: WiWo, Heft 29, S. 18-19.

o. V. (2004):

Versicherungspflicht, URL:http://www.sozialversicherungs-office.de/inhalt/sgb_versicherungspflicht.html [Stand 15.04.2004].

Sauga, M. / Weidenfeld, U. (1995):

Arbeitsmarkt, Hacke und Spaten, in: WiWo, Heft 39, S. 21-24.

Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003):

Skript zur Vorlesung „Einführung in die Versicherungsbetriebslehre“, Hannover.

Sozialgesetzbuch Drittes Buch –Arbeitsförderung- (SGB III) (2004):

Vom 24. März 1997 (BGBl. Teil I 1997, S. 594) zuletzt geändert durch Gesetz zur Reformen am Arbeitsmarkt vom 24. Dezember 2003 (BGBl. Teil I, S. 3002).

Trettenbach, K. / Kroll, D. (2000):

Private Arbeitslosigkeitsversicherung in Deutschland, in: hannover rück, Heft 6, S. 1-30.

Zweifel, P. / Eisen, R. (2003):

Versicherungsökonomie, 2. Auflage, Berlin.

Segen und Fluch der Pflichtversicherung in der Pflegeversicherung

Hermann Kramer

1. Einleitung.....	100
2. Gründe für die Einführung einer Pflegeversicherung.....	100
3. Die Vor- und Nachteile der Pflichtversicherung in der Pflegeversicherung.....	104
3.1. Die Pflichtversicherung: Ein Fluch für die Pflegeversicherung!?!	104
3.2. Die Pflichtversicherung: Ein Segen für die Pflegeversicherung!?!	106
4. Fazit.....	110
Literaturverzeichnis.....	112

1. Einleitung

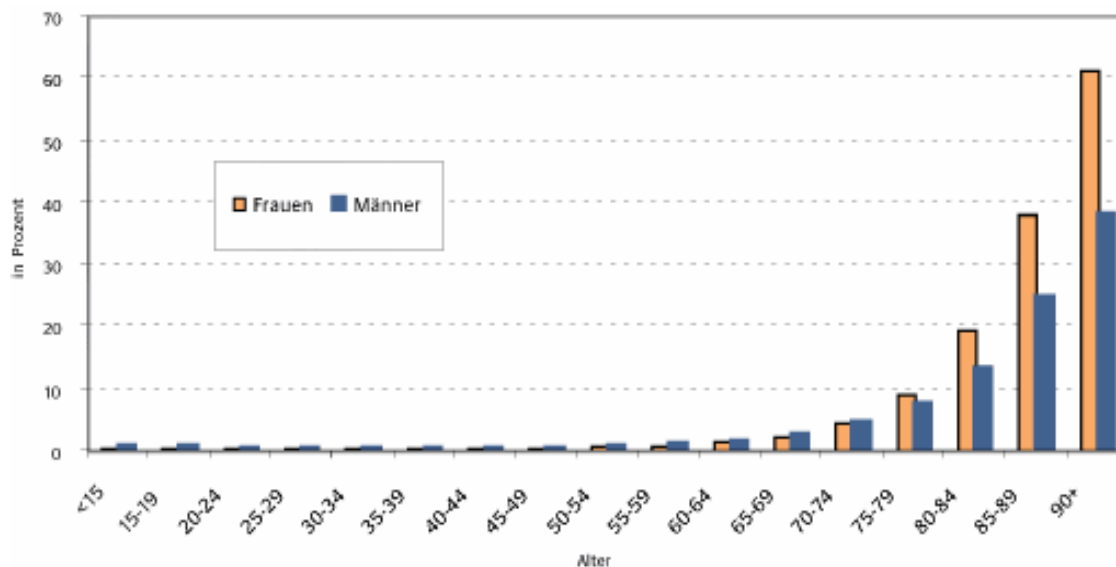
Bereits seit seiner Existenzgründung ist der Mensch darauf bedacht seine Wünsche, Ziele und Bedürfnisse zu verwirklichen und zu befriedigen. Eines der entscheidenden Bedürfnisse ist das der Sicherheit¹, welche die Absicherung gegen Krankheit und somit auch indirekt gegen das Eintreten von pflegerischer Abhängigkeit, mit einschließt. Dennoch hat die eigentliche Beachtung dieses Lebensaspektes erst in der Neuzeit stattgefunden und zwar in einer dermaßen starken Intensität, dass sich sogar der Staat gezwungen sah, mit radikalen Mitteln wie einer Pflichtversicherung, aktiv einzugreifen. Offenbar hat es in der jungen Vergangenheit massive Veränderungen gegeben, die das Thema Pflege immer mehr in den Mittelpunkt politischer Diskussion rücken ließ. Welche positiven und negativen Aspekte die heutige Pflegesituation zu verzeichnen hat soll im Folgenden näher untersucht werden.

2. Gründe für die Einführung einer Pflegeversicherung

Die demographische Entwicklung: Als die wohl wichtigste Ursache, die zu der Problematik, die wir heute bei der Finanzierung der Pflege kennen, geführt hat, ist die demographische Entwicklung zu nennen. Mittlerweile gehört das Thema „Alter“ zu den meist erwähnten sozialen Phänomenen überhaupt.

¹ Vgl. Maslow, A.-H. (1987), S. 66 ff.

Abbildung 1: Pflegefalleintrittswahrscheinlichkeit (Quelle: BMGS, eigene Berechnungen).



Prognosen gehen von einer Verschiebung des Altersquotienten² von derzeit ca. 30 auf rund 60 im Jahr 2050 aus. Die Brisanz dieser Entwicklung wird ersichtlich, wenn wir einen Vergleich mit der Situation zu Beginn unseres Jahrhunderts machen. Damals vollendeten gerade mal 12 Prozent das 80. Lebensjahr, während es heute fast 60 Prozent sind.³ Damit eng verbunden ist die Thematik der Mortalität und Fertilität, denen in diesem Kontext eine besonders entscheidende Rolle zukommt. In fast allen modernen Industrieländern weisen sie seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts eine sinkende Tendenz auf, mit den damit resultierenden Folgen für die Gesellschaft. Am besten lassen sich die Effekte am Beispiel der Bevölkerungspyramide illustrieren (Abbildung 2)⁴ Laut Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung besteht ab dem 80. Lebensjahr, dem so genannten „vierten Lebensalter“, statistisch gesehen ein erhöhtes Pflegebedürftigkeitsrisiko. Womit genau die Bevölkerungsgruppe in den Blick gerät, die sich in den letzten Jahrzehnten nahezu verfünffacht hat, mit einer weiter steigenden Tendenz. Eine sich daraus resultierende Folge wäre somit, dass immer mehr Menschen, die immer älter werden, pflegerisch versorgt werden müssen.⁵ Die Folge war, dass bereits Anfang der 90er die Zahl der Pflegebedürftigen auf ca. 1,5 Millionen anwuchs.⁶

² Die Berechnung des Alterquotienten erfolgt aus der Relation von 100 Menschen im Erwerbsalter zur Anzahl von Menschen im Rentenalter.

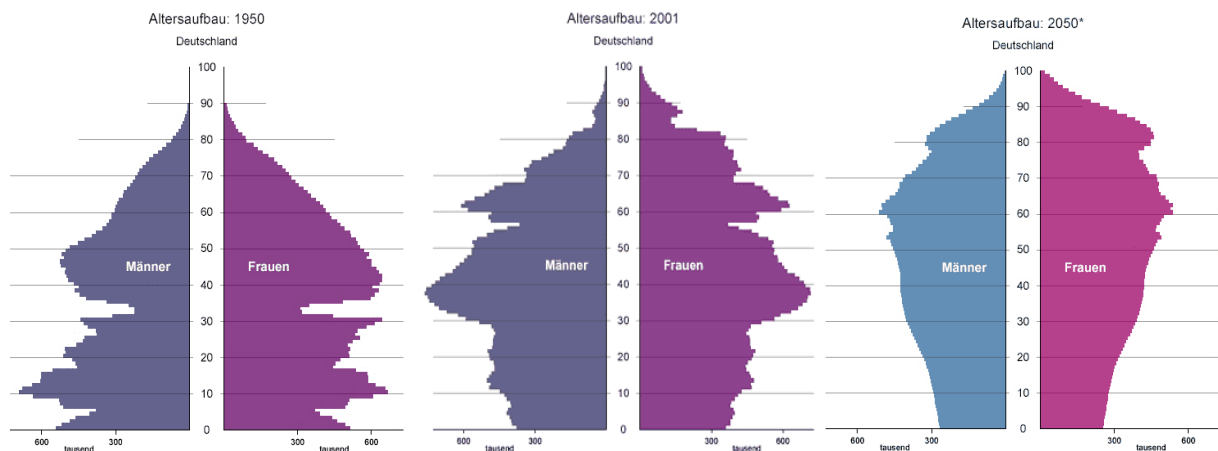
³ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998) S. 52.

⁴ Vgl. www.learn-line.nrw.de/angebote/agenda21/daten/.

⁵ Vgl. Skuban, R. (2000), S. 9.

⁶ Vgl. http://www.geroweb.de/altenbericht/3_1_4_2_pflegebedarf.html.

Abbildung 2: Entwicklung der Bevölkerungspyramide in der Bundesrepublik in den Jahren 1950-2050



Quelle: <http://www.destatis.de>.

Sich wandelnde Haushalts- und Familienstrukturen: Ein weiterer Faktor, der zu einer Verschlechterung der Pflegesituation geführt hat, sind die sich wandelnden Haushalts- und Familienstrukturen. In der Vergangenheit hat sich der Ein- bzw. der Zweipersonenhaushalt vor allem für Ältere zur wichtigsten Haushaltsform entwickelt.⁷ Eine Wende dieses Trends ist nicht zu erwarten.⁸ Im Gegenteil: Sinkende Heiratsneigung und eine stetig wachsende Zahl von Ehescheidungen verstärken diesen Prozess zusätzlich. Außerdem ist die Familienbande nicht mehr so wie früher. Verschiedene Generationen leben nicht mehr unter einem Dach, so dass die sozialen Beziehungen zwischen Alt und Jung immer mehr auseinanderdriften. Tritt dann ein Pflegebedarf ein, wird die Verpflegung von den Familienangehörigen oft an Dritte weiter gegeben.⁹

Technologische Entwicklungen und Kostenexplosion im Gesundheitssektor: Nicht zu vernachlässigen ist die technologische Entwicklung im Gesundheitswesen, die neben vielen positiven auch ein paar negative Aspekte zu verzeichnen hat. Negative in dem Sinne, dass die höhere Lebenserwartung, auch die der Pflegebedürftigen, Kosten in doppeltem Sinne verursacht. Zum einen durch die kostenverursachenden Behandlungen und zum anderen durch den, mit Hilfe der Technologien ermöglichten, längeren Lebensabschnitt.

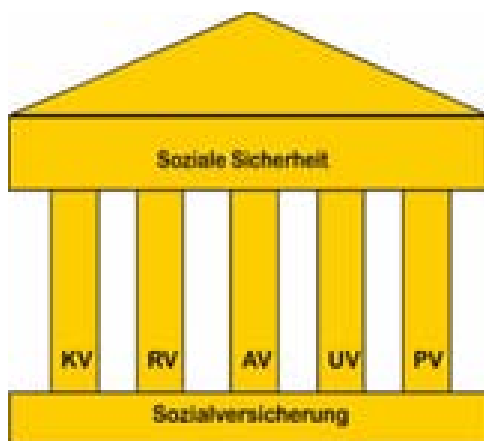
⁷ Vgl. Skuban, R. (2000), S. 10.

⁸ Roloff, J. (1996), S. 9.

⁹ Vgl. StBA (1998), S. 21.

Nach einer Betrachtung all dieser Faktoren wird deutlich, dass es über kurz oder lang zu einer Pflegeversicherung kommen musste. Zwar trat früher die so genannte „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen der Sozialhilfe erst in Kraft, wenn die finanziellen Möglichkeiten der Familienangehörigen erschöpft waren, so waren doch erhebliche Ausgaben zu verzeichnen. Damit wuchs der Druck der Sozialhilfeträger, der letztendlich dazu beitrug, dass am 26.05.1994 das Pflichtversicherungsgesetz verabschiedet wurde, welches dann am 01.01.1995 in Kraft trat. Die gesetzliche Pflegeversicherung gilt im Allgemeinen, neben der gesetzlichen Renten-, Unfall-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung, als die fünfte Säule der sozialen Sicherheit (Abbildung 3).

Abbildung 3: Die fünf Säulen der Sozialversicherung



Quelle: <http://www.erziehung.uni-giessen.de/studis/Robert/tempel9.html>.

Zurzeit gilt ein einkommensabhängiger Beitragssatz von 1,7 % des Bruttoverdienstes aus nichtselbstständiger Beschäftigung bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder sind automatisch familienversichert.¹⁰ Im Jahre 2001 haben ca. 2 Millionen Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen, wobei davon ca. 1,85 Millionen auf die soziale und ca. 0,15 Millionen auf die private Pflegeversicherung entfallen. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums waren Ende 2000 rund 71 Millionen Personen in der sozialen und 8,5 Millionen in der privaten Pflegeversicherung versichert.¹¹

¹⁰ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2004), S. 434.

¹¹ Vgl. KDA (2003), S. 75.

3. Die Vor- und Nachteile der Pflichtversicherung in der Pflegeversicherung

3.1. Die Pflichtversicherung: Ein Fluch für die Pflegeversicherung!?!

Wohlfahrtsverluste durch das Fehlen von Wettbewerb: Die Nachteile beginnen schon darin, dass durch die Pflichtversicherung jede Art von Wettbewerb bereits im Keim erstickt wird, denn es ist nicht gestattet sich bei einem anderen Anbieter als dem Vorgesehenen zu versichern. Eine mögliche Folge die daraus resultiert, ist eine Reduktion der gesellschaftlichen Wohlfahrt. Das liegt vor allem daran, dass eine Monopolanstalt in der Regel weniger produziert als der Wettbewerb und außerdem höhere Preise für die Güter verlangt. Zudem ist beim Fehlen von Konkurrenz die Anreizwirkung für ökonomisches Verhalten nicht zwingend gegeben wodurch Effizienzverluste in Form höherer Kosten und geringerer Gewinne auftreten können.¹²

Keine Maßgeschneiderte Versicherung möglich: Ein weiterer schwerwiegender Kritikpunkt ist, dass die Gestaltung maßgeschneiderter, am individuellen Risiko ausgerichteter Deckungen unmöglich gemacht wird, da die Pflichtversicherung normalerweise einen standardisierten Versicherungsschutz zur Folge hat. Das hat zur Konsequenz, dass alle zwar einen Versicherungsschutz haben, aber fast keiner den der auch wirklich zu ihm passt. Sollte dann der Pflegebedarf eintreten, wäre der Leistungskatalog möglicherweise unzureichend. Die Pflegeversicherung stellt in diesem Rahmen nur eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, welche die Eigenleistungen der Versicherten nicht entbehrlich macht.¹³ Kein Zwang zum Abschluss einer Pflegeversicherung würde die Problematik nur noch verschärfen. Allerdings könnte die Versicherungspflicht eine Alternative darstellen. Denn bei ihr ist der Versicherungszwang auch gegeben und gleichzeitig existiert auch ein Wettbewerb mit dem eventuellen Vorteil einer viel größeren Produktvielfalt bzw. -variation. Es ist nämlich erwiesen, dass der Wettbewerb die Kassen veranlassen kann, ihren Kunden attraktive Wahlmöglichkeiten anzubieten, um am Markt bestehen zu können.¹⁴

Möglichkeit von Misswirtschaft ist gegeben: Etwaige Fehlkalkulationen werden bei der Pflichtversicherung nicht bestraft z. B. durch bessere Preis-Leistungs-Verhältnisse von Konkurrenten. Geringeres innovatives Engagement sowie höheres Fehlerpotenzial, die in der Versicherungsart auftreten können, sind die Folgen. Zudem ist es gar nicht erwiesen, dass die Beiträge auf Grund möglicher Einsparungen sinken. Ganz im Gegenteil: „Der Versicherungs-

¹² Vgl. Varian, R. (2001), S. 407.

¹³ <http://www.bundesregierung.de/artikel,-597739/Hintergrund-Die-Pflegeversiche.htm>.

¹⁴ Vgl. Hoffmann, G. (1995).

schutz kann sich sogar verteuern, denn die Standardisierung kann dazu führen, dass ein Versicherungsumfang angeboten wird, der gar nicht benötigt wird.¹⁵ Das gilt auch für die Pflegeversicherung. Nicht alle Leistungen die angeboten werden sind für alle gleichwertig. Je nach Geschlechts- oder Berufsstand kann es da Unterschiede geben, die aber wegen der Pflichtversicherung keine Beachtung finden, weswegen auch von einer sozialen Gleichheit und Gerechtigkeit keine Rede sein kann, was in der Pflegeversicherung an zwei Aspekten gezeigt werden kann: 1. Es findet keine Berücksichtigung der verschiedenen Risikoklassen statt, denn obwohl die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit u. a. vom Geschlecht und dem Beruf abhängen kann, zahlen alle die gleichen Beiträge und 2. kann es vorkommen, dass privat Versicherte weniger zahlen. Denn der Beitragssatz von 1,7 % gilt für die Privaten nur als Obergrenze. „Außerdem kann ab einem Monatsverdienst von ca. 3250 € die gesetzliche Krankenversicherung beibehalten werden und trotzdem in die günstigere private Pflegeversicherung gewechselt werden.“¹⁶

Finanzierung auf Basis eines „Generationenvertrages“: Zuletzt soll das Augenmerk auf die Finanzierungsform der Pflegeversicherung gerichtet werden. Als Anfang der 90er Jahre eine flächendeckende Pflegeversicherung unter Marktbedingungen nicht zustande gekommen war, hieß es als Begründung, dass es zuviel ältere und bereits pflegebedürftige Personen gebe, deren Aufnahme bereits im Vorfeld sichere Ausgaben ohne Einnahmen bedeuten würde. Die Aufnahme dieser Personen zu erzwingen bedeutet, dass die Finanzierung nicht mehr auf Basis eines individuellen Äquivalenzprinzips erfolgen kann, was nichts anderes heißt, dass die eingezahlten Beiträge nicht für die Finanzierung der Pflege der einzahlenden Person gesammelt werden, sondern im gleichen Zeitraum der Einzahlung für die momentan pflegebedürftigen ausgegeben werden.¹⁷ Auf Grund der demographischen Entwicklung in der Bundesrepublik laufen die Beitragszahler, bei Beibehaltung dieser Finanzierungsform, Gefahr, mehr eingezahlt zu haben, als ihnen später zusteht.¹⁸ In diesem Zusammenhang wird der Pflichtversicherung in der Pflegeversicherung der Charakter einer Sondersteuer für die Arbeiterbevölkerung beigemessen.¹⁹

Höhere Beiträge beim Beibehalt des Status Quo: In Anbetracht der wahrscheinlichen Entwicklung der finanziellen Einnahmen und Ausgaben in Pflegeversicherung (siehe Abbil-

¹⁵ Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003/04), S. 72.

¹⁶ Knospe, J. (2001), S. 29.

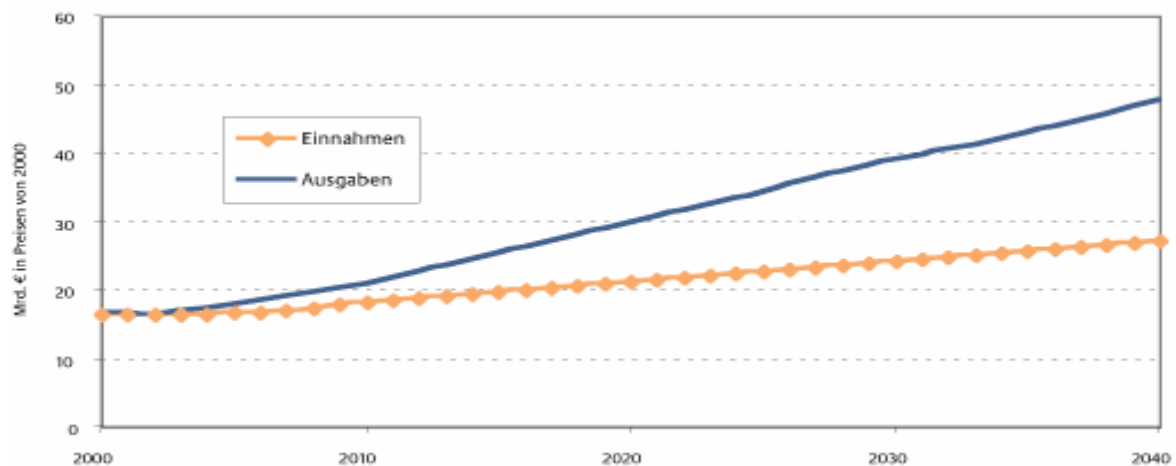
¹⁷ Vgl. BMFuS (1992), S. 27.

¹⁸ Dieses Problem ist heute vor allem in der gesetzlichen Rentenversicherung gegeben.

¹⁹ Vgl. Bornkamp-Baake, G. (1998), S. 178.

dung 4) wird ersichtlich, dass ohne weitere Reformen der momentane Zustand der Finanzierung nicht beibehalten werden kann ohne weitere Erhöhungen der Beiträge.

Abbildung 4: Finanzentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung ohne Reformen bei einem Beitragssatz von 1,7 %



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit.

Weiterhin sollte erwähnt werden, dass die Pflegeversicherung im großen Umfang von „Gratisressourcen“²⁰, wie Freiwilligenarbeit, Zivildienst sowie Sach- und Geldspenden profitiert,²¹ ohne die das Finanzdefizit sicherlich höher ausfallen würde. Da Beitragserhöhungen langfristig sicherlich keine Lösung darstellen, sind weitere Reformen unvermeidlich.

3.2. Die Pflichtversicherung: Ein Segen für die Pflegeversicherung!?!

Wie negativ die Argumente gegen eine Pflichtversicherung in der Pflege auf den ersten Blick zu sein scheinen bleibt doch festzuhalten, dass jede Bemühung vor ihrer Einführung, die Pflegeversicherung den liberalen Kräften der freien Marktwirtschaft zu überlassen, kläglich scheiterten und somit in diesem Rahmen zwingende Maßnahmen seitens des Gesetzgebers unvermeidlich wurden.²² Eine der Gründe, dass die Pflegeversicherung auf freiwilliger Basis nicht

²⁰ Der geschätzte Wert beträgt im sozialen Dienstleistungssektor ca. 14 Mrd. €. Vgl. Meyer, D. (1998), S. 598.

²¹ Vgl. Thiel, R. (1994), S. 293.

²² Vgl. Koblenz, J-R. (2000), S. 914.

funktioniert hat und es somit zum Marktversagen kam, ist unter anderem auf das Vorhandensein asymmetrischer Informationen²³ oder externer Effekte zurückzuführen.

Vermeidung von Adverse Selection: Im Rahmen der Pflegeversicherung hatte die Adverse Selection²⁴ zur Folge, dass Versicherungsunternehmen versuchten gute Risiken mit geringer Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit anzulocken und schlechte Risiken mit hoher Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit fernzuhalten,²⁵ mit dem Ergebnis, dass einige Versicherungsgesellschaften auf den schlechteren Risiken sitzen bleiben und die ursprünglich kalkulierten Prämien zu Verlusten führen. In extremen Fällen kann es dazu kommen, dass überhaupt keine Versicherungen angeboten werden.²⁶ Und genau hier setzen die Vorteile einer Pflichtversicherung an. Durch sie kann die durch Adverse Selektion verursachte Problematik vermieden werden, weil eine Selbstselektion auf Grund des Fehlens eines Wettbewerbes gar nicht erst entstehen kann, so dass es zu dem berüchtigten Rosinenpicken, sei es auf Seiten der Versicherer oder auf Seiten der Versicherungsnehmer, nicht kommen kann.

Reduktion von Moral Hazard: Zu weiteren Vorteilen der Pflichtversicherung zählt auch, dass Moral Hazard erfolgreich eingeschränkt werden kann. In Bezug auf Versicherungsmärkte wird von Moral Hazard²⁷ gesprochen, „... wenn das Individuum, weil es versichert ist, eigene Maßnahmen zur Reduzierung seines Risikos vernachlässigt.“²⁸ Das kann zur Folge haben „..., dass bei der Existenz von Moral Hazard es rational für den Versicherten sein kann, Vollversicherungsschutz trotz Zuschlagskalkulation nachzufragen, und es kann für den Versicherer optimal sein, gar kein Versicherungsschutz anzubieten.“²⁹ Bei der Pflegeversicherung könnte sich Moral Hazard z. B. darin äußern, dass einige allein stehende Versicherte versuchen, einen Platz im Pflegeheim oder einfach die Unterstützung für eine höhere Pflegestufe zu bekommen, sei es weil sie glauben, dass ihnen das zusteht oder vorsätzlich, obwohl es ihnen aus gesundheitlichen Gründen nicht zusteht. Selbstbeteiligung ist eine Möglichkeit, um Moral Hazard einzudämmen, was bei der heutigen Pflegeversicherung indirekt gegeben ist, weil die aus der Pflegeversicherung resultierende finanzielle Unterstützung nicht immer

²³ Im Grunde sind asymmetrische Informationen dann gegeben, wenn einem Individuum oder einer Vertragspartei mehr relevante Informationen vorliegen als dem anderen Individuum bzw. Vertragspartner. Vgl. Toepffer, J. (1997), S. 37.

²⁴ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2004), S. 266.

²⁵ Vgl. BMGS (2002), S. 188.

²⁶ Wie auch im Fall der Pflege vor Einführung der Pflichtversicherung geschehen. Vgl. Koblenz, J-R. (2000), S. 914.

²⁷ Es lässt sich u. a. risikoe erhöhendes oder mengenerhöhendes, sowie ex-post oder ex-ante Moral Hazard unterscheiden, worauf hier nicht näher eingegangen werden soll.

²⁸ Strassl, W. (1988), S. 4.

²⁹ Arrow, K. J. zitiert nach Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003/04), S. 238.

ausreicht, die mit der Pflege verbundenen Kosten zu decken, was zu einer Selbstbeteiligung von bis zu über 50 % führen kann.³⁰ Einen zusätzlichen, nicht zu vernachlässigen Beitrag leistet in diesem Falle die Pflichtversicherung. Denn da die Pflegeversicherung den Charakter einer Monopolanstalt hat und demzufolge eine viel größere Anzahl an Kunden aufweist, als ein möglicher Versicherer der sich im Wettbewerb befindet, lassen sich auch Informationen über den Kundenstamm in größerem Umfang sammeln und auswerten.³¹ Die daraus zusätzlich resultierenden Informationen verringern das Informationsdefizit des Versicherers gegenüber den Versicherten, denn je größer die Zahl der Versicherten wird, umso besser lässt sich auch die Verhaltensweise der Einzelnen verstehen und vorhersagen. Ein Vorteil liegt auch darin, dass die Versicherten in der gleichen Krankenkasse versichert sind, in der sich auch ihre Pflegeversicherung befindet. Dadurch lassen sich wertvolle Informationen schnell beschaffen, die zudem sehr aussagekräftig sind, da die Versicherten meistens Jahrzehnte in der selben Krankenkasse versichert sind und ihr gesundheitlicher Werdegang so besser einsehbar wird. Mögliches Eintreten von Pflegebedarf aus Gesundheitsgründen lässt sich so quasi im Vorfeld feststellen.

Eindämmung von negativen Externen Effekten: Nicht zu vernachlässigen ist die positive Wirkung der Pflichtversicherung bei der Eindämmung negativer externer Effekte, auf die u. a. mögliche Preisverzerrungen in einem Versicherungsmarkt zurückzuführen sind, mit der Folge einer suboptimalen Verteilung der Ressourcen. Externe Effekte liegen dann vor, wenn „... die Wirtschaftstätigkeit eines Individuums ... den Nutzen anderer Individuen vorteilhaft oder nachteilig beeinflusst.“³² Am Beispiel der Pflegeversicherung lässt sich das folgendermaßen gut veranschaulichen. Angenommen jemand sorgt nicht für das Alter, Armut und Pflege. Im Falle eines Pflege- und Armutseintrittes fällt diese Person der Allgemeinheit u. U. zur Last. Der Eintritt dieser Last stellt einen negativen externen Effekt dar. Da die Menschen nicht gerne in der Nähe von Armut und Not leben, wünschen sie sich, dass jeder eine ausreichende Basisabsicherung hat. Und genau diese Basisabsicherung lässt sich u. a. mit Hilfe der Pflichtversicherung erreichen.

Geringere Kosten auf Grund größerer Bestände: Obwohl dies auf den ersten Blick widersprüchlich erscheint, so kann eine sehr starke Konzentration der Anbieter auf dem Versi-

³⁰ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung (2004), S. 2.

³¹ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003/04), S. 72.

³² Neumann, M. (1995), S. 246.

cherungsmarkt³³ dazu führen, dass die Beitragssätze in einem bestimmten Segment geringer ausfallen als im Vergleich zu einem Wettbewerbmarkt. Der Grund ist, dass in den Beiträgen neben den erwarteten Schadenkosten auch Zuschläge für die Verwaltung und Abdeckung von positiven Abweichungen vom Erwartungsschaden enthalten sind.³⁴ Sollte sich jedoch der Bestand eines Versicherers erhöhen, verringern sich neben den Verwaltungskosten auch die notwendigen Risikozuschläge bei Einhaltung einer bestimmten Ruinwahrscheinlichkeit, denn das für den Risikoausgleich erforderliche Gesetz der Großen Zahl ist leichter erreichbar.³⁵ Allerdings darf das Versicherungsunternehmen nicht allzu am Profit orientiert sein, was bei der sozialen Pflegeversicherung der Fall ist, obwohl auch bei ihr bestimmte Wirtschaftlichkeitsgrundsätze gesetzlich kodiert sind.³⁶ „Das wird auch bei der Betrachtung der „Einnahmen-Ausgaben Salden“ der letzten Jahre ersichtlich, die seit dem Jahre 2000 stets negativ sind.“³⁷ Der Effekt der Einsparung von Verwaltungskosten ist besonders in der Pflegeversicherung deutlich, da die Administration der Pflegekassen den jeweiligen Krankenkassen übertragen wurde,³⁸ die meistens auf eine langjährige Erfahrung zurückgreifen können. Mit den Kosteneinsparungen durch größere Bestände an Versicherten und dem Gesetz der großen Zahl hängt eine weitere positive Eigenschaft. Es ist nämlich erwiesen, „... dass der Nutzen von Mitgliedern einer sich homogenen Gruppe steigt, wenn sie zu einer Risikogemeinschaft zusammengeschlossen werden und die auftretenden Schäden durch ein Umlageverfahren finanziert werden.“³⁹ Und genau das ist in der Pflegeversicherung gegeben. Umlagefinanzierte Risikogemeinschaften sind pareto superior. Sollten sie allerdings aus irgendwelchen Gründen nicht zustande kommen, wie in der Pflegeversicherung geschehen, lässt sich dies mit Hilfe

³³ Im extremen Fall nur ein Anbieter (Monopol).

³⁴ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2004), S. 291.

³⁵ Das Gesetz der großen Zahlen besagt, dass sich die relative Häufigkeit eines Zufallsergebnisses immer weiter an die theoretische Wahrscheinlichkeit für dieses Ergebnis Erwartungswert annähert, je häufiger das Zufallsexperiment durchgeführt wird. Das Gesetz der großen Zahl hat bei Versicherungen eine große praktische Bedeutung. Es erlaubt eine ungefähre Vorhersage über den künftigen Schadenverlauf. Je größer die Zahl der versicherten Personen, Güter und Sachwerte, die von der gleichen Gefahr bedroht sind, desto geringer ist der Einfluss des Zufalls. Das Gesetz der großen Zahl kann aber nichts darüber aussagen, wer im Einzelnen von einem Schaden getroffen wird. Unvorhersehbare Großereignisse und Trends wie der Klimawandel, die die Berechnungsbasis von Durchschnittswerten verändern, können das Gesetz zumindest teilweise unbrauchbar machen. Vgl. <http://www.madeasy.de/2/gdgz.htm>.

³⁶ § 29 SGB XI (Wirtschaftlichkeitsgebot).

³⁷ Simon, M. (2003) S. 221.

³⁸ Wobei hierbei die Meinung geteilt sein kann, denn es ist durchaus möglich, dass die Verwaltungskosten aller Kassen langfristig gesehen höher sind, als wenn es nur eine Versicherungsanstalt gebe.

³⁹ Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2004), S. 279.

der Pflichtversicherung erzwingen, was letztendlich eine Verbesserung der Wohlfahrt bedeutet.⁴⁰

Pflichtversicherung als paternalistisches Instrument: Da der Mensch von Natur aus risikoaverse Verhaltenseigenschaften aufweist, steht er der Zukunft meist kritisch gegenüber. Daraus resultiert das Bedürfnis hier und heute so gut wie möglich zu leben, als irgendwie in der ungewissen Zukunft, über die nur wage Vorstellungen gemacht werden. Es gilt dann das Prinzip der Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse mit der Folge, dass viel Menschen für das Alter und für Schicksalsschläge, wie Krankheit oder Pflege, nicht genügend vorsorgen, so dass später Ansprüche an die Gesellschaft formuliert werden, falls das Risiko eintreten sollte.⁴¹ In diesem Rahmen würde eine Pflichtversicherung als Schutz der Allgemeinheit vor unabweisbaren Forderungen Einzelner erachtet werden können. Die Pflegeversicherung kann in diesem Zusammenhang als ein meritorisches Gut⁴² angesehen werden und die Pflichtversicherung als ein paternalistisches Handeln des Staates.

Kein ruinöser Konkurrenzkampf: Der Marktwettbewerb kann sich in einen ruinösen Konkurrenzkampf entwickeln, woraus am Ende auch ein Monopolmarkt resultieren kann. Durch die Pflichtversicherung wird ruinöser Konkurrenzkampf verhindert bzw. es wird diesem im Vorfeld aus dem Weg gegangen.

4. Fazit

Wie ersichtlich wurde haben durch die Pflichtversicherung neben zahlreichen positiven auch ein paar negative Aspekte Einzug in die Pflegeversicherung gehalten. Sich daher auf nur eine Seite der Pflichtversicherung zu konzentrieren ohne sich auch mit der anderen Seite auseinandergesetzt zu haben, würde in jeglicher Sicht keine objektive Erkenntnis ermöglichen. Vielmehr sollte versucht werden sämtliche Aspekte in die Betrachtungsweise einfließen zu lassen. Um sich eine Meinung bilden zu können, sollten die jeweiligen Vor- und Nachteile gegeneinander aufgewogen werden, um anschließend eine der Seiten zu favorisieren. Dabei hängt es ganz sicher von den Eigenschaften und dem Erfahrungsschatz der Personen ab wie hoch die jeweiligen Punkte gewichtet werden, z. B. werden in Bezug auf die Pflegeversicherung die älteren Menschen der Finanzierung auf Umlagebasis mehr Bedeutung beimessen. Die jüngere Generation wird dagegen kapitalfundierte Verfahren bevorzugen, so dass es sicherlich keine

⁴⁰ Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2004), S. 281.

⁴¹ Vgl. Schulenburg (2004), S. 293.

⁴² Meritorische Güter sind Güter, deren Nützlichkeit die Bürger verkennen und der Staat sich daher gezwungen sieht die Nachfrage einer größeren als der pareto-optimalen Menge zu veranlassen.

einheitliche Lösung in dieser Fragestellung gibt. Es ist auch schwer zu erkennen in wieweit die jeweils erarbeiteten positiven und negativen Aspekte der Pflichtversicherung nur in Verbindung mit der Pflegeversicherung als solche zu sehen sind oder ob sie in jedem anderen Versicherungssegment zu demselben Ergebnis geführt hätte. Generell bleibt aber dennoch festzuhalten, dass der mit Hilfe der Pflichtversicherung letztendlich stattgefundenene Eingriff des Staates in das Gesundheitsgut Pflege als „Segen“ anzusehen ist.

Literaturverzeichnis

Bornkamp-Baake, G. (1998):

Die Pflegeversicherung - Soziale Wohltat oder Sondersteuer für kleine Leute? Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998):

Broschüre.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003):

Referat: Öffentlichkeitsarbeit. URL: <http://www.bmgs.bund.de>.

Die Bundesregierung:

Die Pflegeversicherung, URL: <http://www.bundesregierung.de/artikel,-597739/Hintergrund-Die-Pflegeversiche.htm>.

Erziehungswissenschaftliche Universität Giessen (2004):

Die fünf Säulen der Sozialordnung, URL: <http://www.erziehung.uni-giessen.de/studis/Robert/tempel9.html>.

Hoffmann, G. (1995):

Die Schwächen der Pflichtversicherung, in: Die Versicherungsrundschau, Heft 8, 1995, S. 1-2.

Knospe, J. (2001):

Zusatzpolice noch im Dornröschenschlaf, in: Versicherungsmagazin 07/2001, S. 28-30.

Koblenz, J.-R. (2000):

Produkte und Produktkalkulation in der privaten Pflegepflichtversicherung, in: Versicherungswirtschaft Heft 13/2000.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2003):

Kleine Datensammlung - Altenhilfe, Köln.

Maslow, A.-H. (1987):

Motivation und Persönlichkeit, Reinbeck bei Hamburg.

Meyer, D. (1998):

Die freie Wohlfahrtspflege zwischen Wettbewerb und Neokorporatismus - Ergebnisse einer Pilotstudie, Diskussionsbeiträge zur Wirtschaftspolitik, Hamburg.

Neumann, M. (1995):

Theoretische Volkswirtschaftslehre II. Produktion, Nachfrage und Allokation, 4. überarb. Auflage, München.

Roloff, J. (1996):

Alternde Gesellschaft in Deutschland. Eine bevölkerungsstatistische Analysen: Aus Politik und Zeitgeschichte.

Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003/04):

Vorlesungsskript VBL I.

Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2004):

Vorlesungsskript VBL II.

Senioren-Pflege-Informationsmaterial (2004)

Die Entwicklung der Pflegebedürftigenanzahl, URL: http://www.geroweb.de/altenbericht/3_1_4_2_pflegebedarf.html.

Skuban, R. (2000):

Die Pflegeversicherung - Eine kritische Betrachtung, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998):

Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2004):

Entwicklung der Bevölkerungspyramide in der Bundesrepublik in den Jahren 1950-2050.

URL: www.learn-line.nrw.de/angebote/agenda21/daten.

Statistisches Lexikon (2004):

Das Gesetz der großen Zahl, URL: <http://www.madeasy.de/2/gdgz.htm>.

Strassl, Wolfgang (1985):

Externe Effekte auf Versicherungsmärkten, Tübingen 1985.

Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren (BMFuS) (o. J.):

Zum Vergleich von Umlageverfahren und kapitalfundierte Verfahren zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland.

Thiel, R. E (1994):

Der Spendenmarkt in Deutschland, Entwicklung und Zusammenarbeit.

Toepffer, J. (1997):

Krankenversicherung im Spannungsfeld von Markt und Staat. Das Beispiel der USA und seine Implikationen für Funktion und Gestaltung eines marktwirtschaftlich orientierten, Krankenversicherungssystems, Bayreuth.

Varian, H. R. (2001):

Grundzüge der Mikroökonomik, 5. Auflage, München, Köln.

Verband der privaten Krankenversicherung (2004):

PKV-Info: Sicherheit im Pflegefall.

Teil 3

Alternativen zur Pflichtversicherung: Die Feuerversicherung vom Monopol zum freien Markt.....	116
„Zwangssparen: Sollte die Riester-Rente zur Pflicht werden?“.....	130
Versicherbarkeit von Umwelthaftpflichtschäden.....	144
Versicherbarkeit von Terrorrisiken: Ist die Versicherungspflicht eine Lösung?	157
Directors' and Officers' Versicherungen: Brauchen wir eine Versicherungspflicht?	170
Absicherung von Produkthaftpflichttrisiken.....	207
Versicherungsfragen bei klinischen Studien.....	220
Probleme der Malpractice Insurance in den USA.....	233

Alternativen zur Pflichtversicherung: Die Feuerversicherung vom Monopol zum freien Markt

Adalbert Kurpanik

1. Einleitung	116
2. Gebäudefeuerversicherung als Pflichtversicherung	117
3. Die Verwirklichung des europäischen Binnenmarktes	120
4. Schlussfolgerungen	124
Literaturverzeichnis	126

1. Einleitung

Der 01.07.1994 war für die deutsche Versicherungswirtschaft ein wichtiges Datum, welches für die Verwirklichung des europäischen Binnenmarktes steht. Als Hindernis wurde in diesem Zusammenhang die Monopolstellung in der Gebäudefeuerversicherung (GFV) der Pflicht- und Monopolversicherungsanstalten in einigen Regionen der BRD angesehen. Da seit dem 01.07.1994 im europäischen Versicherungsmarkt der freie Wettbewerb herrscht, war dieses Datum auch Stichtag für die Auflösung der seit Jahrhunderten bestehenden Monopole gewesen.

Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit soll die Fragestellung sein, ob der freie Markt in Bezug auf die GFV eine adäquate Alternative darstellt insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese nicht ohne Grund reglementiert wurde. Vorab werden das Wesen und der Anwendungsbereich der Pflichtversicherung (PV) skizziert. Weiterhin soll dem Leser ein Einblick in die jahrhundertealte GFV mit ihren historisch gewachsenen Erscheinungsformen und Strukturmerkmalen gegeben werden. Darüber hinaus werden die mit der Verwirklichung des Binnenmarktes einhergehenden Veränderungen aufgezeigt. Eine Dekade nach der Deregulierung sollen die Folgen sowohl für die Versicherer (VR) als auch für den Versicherungsnehmer (VN) kritisch untersucht werden.

2. Gebäudefeuerversicherung als Pflichtversicherung

Der Bedeutungsinhalt der PV wird für unterschiedliche Tatbestände verwendet wie z. B. die gesetzlich unmittelbar vorgeschriebene PV. Dazu zählten die bis zum 01.07.1994 in einzelnen Bundesländern bestehenden öffentlich-rechtlichen Gebäudefeuerversicherungen. Daneben gibt es eine Reihe gewillkürter Pflichtversicherungen, bei denen die Pflicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrages auf vertraglicher Grundlage beruht.¹

Gegenstand der PV ist die Absicherung individueller Risiken durch Bildung größerer Risikogemeinschaften, sodass die Pflicht zur Feuerversicherung mit der Existenzsicherung natürlicher Personen bzw. privater Haushalte begründet wurde.² Ihrem Charakter nach stellt die PV eine öffentliche Aufgabe dar. Der Staat greift in den freien Marktprozess ein, indem er seine Fürsorgepflicht wahrnimmt und die Bildung von Gefahrengemeinschaften gesetzlich vorschreibt, die an seiner Stelle eintreten, wenn der Geschädigte seiner Hilfe bedarf. Somit ist die PV eine besondere Form der Daseinsvorsorge. Aus versicherungsrelevanter Perspektive ist die PV ambivalent zu sehen. Für die PV spricht, dass für den Risikoausgleich erforderliche Gesetz der Großen Zahl leichter erreicht und die Gefahr der Adversen Selektion (AS) vermindert wird. Gegen die PV spricht, dass es sich um einen standardisierten und schematisierten Versicherungsschutz handelt, der eine Gestaltung maßgeschneiderter, am individuellen Risiko ausgerichteter Deckungen unmöglich macht, der Versicherungsschutz im Einzelfall über das gebotene Maß hinaus verteuert und eine innovative Fortentwicklung der betroffenen Versicherungsart erschwert wird.³

Die Gründe für die Entwicklung der öffentlich-rechtlichen GFV lagen, wie aus den Gründungsurkunden zu erkennen ist, vor allem in dem allgemeinen Gesichtspunkt des Schutzes im Brandschadenfall, aber auch in der Bekämpfung des zu jener Zeit überhand nehmenden Brandbettelns.⁴ Außerdem dienten sie dem Schutz des Realgläubigers vor dem Verlust der Haftungssubstanz, hatten die Aufgabe Wohnungen und Arbeitsplätze zu erhalten sowie dem Fiskus eine wichtige Besteuerungsgrundlage zu sichern.⁵ Die öffentlich-rechtlichen GFV gehören zu den ältesten Versicherungen in Deutschland. Die ersten im 17. Jahrhundert gegründeten Feuerversicherungsanstalten waren jedoch keine ureigenen Neuschöpfungen, sondern hatten hrrerseits wiederum historische Vorläufer. Es war von jeher das Bemühen der

¹ Vgl. Puskas, G. (1988), S. 513.

² Vgl. Farny, D. (1995), S. 140.

³ Vgl. Puskas, G. (1988), S. 514.

⁴ Doerry, A. (1965), S. 10.

⁵ Vgl. Puskas, G. (1988), S. 513.

Menschen, die Abwehr und die Milderung der wirtschaftlichen Folgen zufälliger und nicht vorhersehbarer Gefahren durch den Zusammenschluss gleichartig bedrohter Personen zu erreichen. Besonders die in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts in Schleswig-Holstein entstandenen Brandgilden müssen in diesem Zusammenhang erläutert werden, da sie den Anstoß zur Gründung von öffentlich-rechtlichen GFV gegeben haben. Unter Verwendung der heutigen Begriffe, was natürlich nur mit Einschränkungen möglich ist, könnten die alten Brandgilden als örtlich begrenzte Gegenseitigkeitsvereine mit einem öffentlich-rechtlichen Einschlag bezeichnet werden. Dieser kommt sowohl im Beitrittszwang als auch in feuerpolizeilichen Befugnissen auf dem Gebiet der Brandvorbeugung und –bekämpfung vor.⁶

Der Gedanke der wirtschaftlichen Absicherung durch Brandgilden wurde durch die Hansestadt Hamburg aufgegriffen und fortentwickelt. Im Jahre 1591 unterzeichneten 100 Brauereibesitzer in Hamburg den ersten Feuerkontrakt, der den Brandgilden nachgeahmt war. Feuergeschädigte Hauseigentümer hatten einen Anspruch auf eine bestimmte Geldsumme, sofern sie ihre Häuser innerhalb eines Jahres wieder aufbauen respektive reparieren ließen. Eine wichtige Besonderheit dieser Kontrakte war die fehlende Kündigungsmöglichkeit des Kontraktes, weil dieser nicht nur zu ihren Gunsten, sondern auch zu Gunsten der Erben und etwaiger Realgläubiger abgeschlossen war. Außerdem zeigte sich die besondere Bindung des Vertrages an das jeweilige Haus auch darin, dass die Mitgliedschaft auf die Erben oder einen Käufer dieses Hauses überging.⁷ So entstanden in Hamburg bis 1676 insgesamt 46 Feuerkontrakte, in denen jeweils ungefähr 100 Häuser gegen Feuer versichert waren.⁸ Infolge der Großbrände der Jahre 1606, 1626 und 1676 erkannten der Rat und die Bürgerschaft der Stadt Hamburg, dass eine ausreichende Absicherung der Hauseigentümer durch eine Vielzahl kleinerer Feuerkontrakte nicht gewährleistet werden konnte. So beschlossen sie 1676 die Auflösung der Feuerkontrakte und deren Zusammenschluss zur „General Feuer Cassa“, wobei diese alle Guthaben und Verbindlichkeiten der einzelnen Kontrakte übernahm.⁹

Beeinflusst durch merkantilistische Ideen haben verschiedene Landesfürsten versucht, ähnliche Einrichtungen für ihr Staatsgebiet zu etablieren. Dieses Vorhaben hatte nur einen kurzfristigen Erfolg, weil einerseits die Vorzüge des Versicherungsschutzes mindereingeschätzt wurden und andererseits hinter diesem Vorhaben eine verkappte Form der Besteuerung vermutet wurde. Erst nach einigen Fehlschlägen konnte im Jahre 1719 die erste Berliner

⁶ Vgl. Braeß, P. / Schmidt, G. (1982), S. 13.

⁷ Vgl. Helmer, G. (1936), S. 39-45.

⁸ Braeß, P. (1976), S. 10.

⁹ Vgl. Doerry, A. (1965), S. 11.

Sozietät gegründet werden. Es folgten weitere Sozietäten in Preußen und auch in außerpreußischen Ländern, so dass zu Beginn des 19. Jahrhunderts Deutschland fast lückenlos von öffentlich-rechtlichen Anstalten überzogen war, die auf der Grundlage des Beitrittszwanges die Gebäudefeuerversicherung betrieben. Der aufkommende Liberalismus führte in Preußen weitgehend zur Auflösung Beitrittszwanges, während in Süddeutschland die Versicherungspflicht bzw. ein Bannrecht der dort bestehenden öffentlich-rechtlichen Versicherungsanstalten bestehen blieb.¹⁰

Bis zum 01.07.1994 bestanden in der BRD elf Pflichtversicherungsanstalten. Nahezu jeder Hauseigentümer war dazu verpflichtet, sein Haus bei der für ihn zuständigen Feuerversicherungsanstalt zu versichern. Diese hatte damit das Monopol, d. h. sie allein war zur Versicherung befugt. Eine anderweitige Versicherung war ungültig.¹¹

Daneben gab es die Bayerische Landesbrandversicherungsanstalt als die einzige reine Monopolversicherungsanstalt.¹² Reine Monopolanstalten waren solche, bei denen das Versicherungsverhältnis zwar durch gegenseitige Vereinbarung entstand, diese Vereinbarung aber nur mit einem öffentlich-rechtlichen VR abgeschlossen werden konnte.¹³ Im Bereich des Versicherers ist den Gebäudeeigentümern freigestellt, ob sie einen Gebäudefeuerversicherungsvertrag abschließen wollen oder nicht. Die VN hatten somit die Freiheit zum Vertragsabschluss, jedoch nicht die Freiheit zur Wahl des Vertragspartners.

Schließlich gab es noch die Wettbewerbsversicherungsanstalten als Form, in der öffentlich-rechtliche GFV ihre Geschäfte betreiben. Die Wettbewerbsanstalten hatten weder Zwangsrechte noch ein Monopol. Sie waren jedoch zur Annahme bestimmter Risiken verpflichtet. Das Versicherungsverhältnis war bei den Wettbewerbsanstalten nicht öffentlich-rechtlicher Art, sondern privatrechtlicher Natur und wie bei Aktiengesellschaften und Gegenseitigkeitsvereinen durch allgemeine Versicherungsbedingungen geregelt. Das Versicherungsverhältnis konnte im Rahmen des Gleichbehandlungsgrundsatzes frei ausgehandelt werden.¹⁴ Die Gebäudeeigentümer besaßen somit die Abschlussfreiheit und die freie Wahl des Vertragspartners.

Trotz unterschiedlicher Erscheinungsformen hatten die Versicherungsanstalten gleichartige Strukturmerkmale. Charakteristisch ist das für alle Versicherungsanstalten geltende

¹⁰ Vgl. Braeß, P. / Schmidt, G. (1982), S. 14.

¹¹ Vgl. Frey, E. (1976), S. 27.

¹² Vgl. Doerry, A. (1965), S. 28.

¹³ Vgl. Frey, E. (1976), S. 28.

¹⁴ Frey, E. (1976), S. 28.

Territorialprinzip. Die öffentlich-rechtlichen Versicherungsunternehmen waren landesgesetzlich geregelt, auf ein bestimmtes Teilgebiet der Bundesrepublik beschränkt und durften außerhalb des ihnen zugewiesenen Gebiets nur ausnahmsweise und mit Genehmigung der dort zuständigen Anstalt Versicherungen abschließen.¹⁵

Weiteres gemeinsames Merkmal ist die Gemeinnützigkeit, wonach die Versicherungsanstalten ausschließlich dem öffentlichem Interesse und somit dem gemeinsamen Nutzen dienen sollten. Dieses Gemeinnützigkeitsprinzip schloss die Gewinnmaximierung aus.¹⁶ Weiterhin verband sich bei den öffentlich-rechtlichen Versicherungsanstalten das Gemeinnützigkeitsprinzip mit dem Gegenseitigkeitsprinzip.¹⁷ Mit dem Grundsatz der Versicherung auf Gegenseitigkeit wird schlagwortartig umschrieben, dass die VN innerhalb ihrer Gruppe das gemeinsame Risiko trugen und dadurch zur umfassenden, gegenseitigen Hilfe verpflichtet waren.¹⁸

Aus ihrer Stellung als öffentlich-rechtliche Versicherungsanstalten entstand eine besondere gesetzlich geregelte Verpflichtung. Diese wird als Kontrahierungszwang bezeichnet. Meist als Pendant zur Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers konnten die VR die bei ihnen beantragte Versicherung grundsätzlich nicht verweigern.¹⁹

3. Die Verwirklichung des europäischen Binnenmarktes

Der von der Europäischen Gemeinschaft am 01.07.1994 verwirklichte Binnenmarkt bedeutete für die deutsche Versicherungswirtschaft einschneidende Veränderungen i. S. v. Liberalisierung der Märkte und Deregulierung verstanden als Abbau von (insbesondere staatlichen) Eingriffen in den Markt.²⁰ Als wichtigste Grundlage des europäischen Binnenmarktes sind die sogenannten Verträge von Maastricht, die allerdings nicht den Anfang, sondern den Durchbruch auf dem Weg zu einem europäischen Binnenmarkt für Versicherungen markieren. Zu den Verträgen von Maastricht zählt u. a. der Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft. Der für die Versicherungswirtschaft bedeutsamste Teil dieses Vertragswerkes umfasst u. a. die Tatbestände der Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit. Einerseits garantiert die Niederlassungsfreiheit das Recht eines EG-Versicherers sich in jedem anderen EG-Land eine Niederlassung zu den für Inländer gültigen Bedingungen zu errichten, andererseits gewähr-

¹⁵ Vgl. Frey, E. (1976), S. 29.

¹⁶ Vgl. Versicherungslexikon (1994), S. 601.

¹⁷ Vgl. Wymer, T. (1976), S. 136.

¹⁸ Vgl. Wymer, T. (1976), S. 83.

¹⁹ Vgl. Versicherungslexikon, (1994), S. 53.

²⁰ Vgl. Jürgens, U. / Rabe, B. / Rabe, T. (1993), S. 1.

leistet die Dienstleistungsfreiheit das Recht in einem anderen EG-Land Versicherungsgeschäfte zu betreiben, ohne dort niedergelassen zu sein.²¹ Infolge der Dienstleistungsfreiheit ergaben sich gravierende und einschneidende Veränderungen in den bisherigen nationalen Versicherungsmärkten. Diese betrafen auch die öffentlich-rechtliche GFV, weil die Kommission in Brüssel verkündete, dass die Monopolstellung der Pflicht- und Monopolversicherungsanstalten ein Hemmnis des freien Wettbewerbs im Europäischen Binnenmarkt dargestellt habe. Das Ergebnis war die Auflösung der Monopole zum 01.07.1994 und der Übergang zum freien Wettbewerb in der eigentlich nicht ohne Grund reglementierten Feuerversicherung.²²

Die dogmatische Grundlage für die Deregulierung des Versicherungsmarktes respektive die Aufhebung der Monopolstellung der Pflicht- und Monopolversicherungsanstalten ist die Hypothese, dass i. d. R. ein (möglichst) unregulierter Wettbewerb für den Versicherer und auch den Versicherungsnehmer die besten Ergebnisse herbeiführt. Diese Ergebnisse sollen sich in der statischen Effizienz widerspiegeln, was aus Sicht der Versicherungsnehmer zu funktionsfähigen Versicherungsprodukten mit möglichst geringen Prämien führen soll.²³ Als weiteres Argument für den freien Wettbewerb wird auch die dynamische Effizienz genannt, d. h. eine höhere Innovationskraft der privaten Versicherungsunternehmen.²⁴

Bevor eine Überprüfung dieser Argumente für den freien Markt vorgenommen wird, werden zunächst die unmittelbaren Auswirkungen für den VN dargelegt. Es lässt sich konstatieren, dass der Gebäudefeuerversicherungsschutz automatisch und in vollem Umfang erhalten blieb, weil die betroffenen Versicherungsverhältnisse zum 01.07.1994 in privatrechtliche übergeleitet wurden. Die Aufhebung des Monopols hatte aber zur Folge, dass die PV beseitigt wurde. Jeder VN, der bei einer Pflichtversicherungsanstalt sein Gebäude gegen Feuer versichern musste, hatte nun die Möglichkeit, sein bestehendes obligatorisches Versicherungsverhältnis erstmalig zum 31.12.1994 zu kündigen.²⁵ Eine Kündigung war jedoch nur rechtswirksam, wenn der VN mit einem beglaubigten Grundbuchauszug nachweisen konnte, dass sein Grundstück schuldenfrei war oder der Gläubiger der Kündigung zugestimmt hatte.²⁶ Diese Zustimmung war allerdings zu erteilen, wenn der VN den Abschluss einer neuen GFV zum

²¹ Vgl. Heilmann, W.-R. (1994), S. 181.

²² Vgl. Uschkoreit, K. (1993), S. 201.

²³ Vgl. Farny, D. (1989), S. 1471.

²⁴ Vgl. Kirchgässner, G. (2001), S. 262.

²⁵ Vgl. Uschkoreit, K. (1993), S. 204.

²⁶ Vgl. Stiftung Warentest, (1995), S. 84.

vollen Wert und zum marktüblichen Umfang nachgewiesen hatte.²⁷ Alle Gebäudeeigentümer, welche die Lastenfreiheit des Grundstücks nicht nachweisen konnten, mussten weiterhin zum Schutz des Realgläubigers eine Feuerversicherung abschließen. Aus der Sicht des Realgläubigers war jedoch der Versicherungsschutz wünschenswert, so dass diese aus Eigeninteresse darauf bestanden. Die Pflicht zum Abschluss einer Gebäudefeuerversicherung beruhte somit nicht mehr auf einer gesetzlichen, sondern auf einer vertraglichen Grundlage. Dieser Tatbestand trifft auf eine gewillkürte PV zu, wonach die Pflicht zum Abschluss eines privatrechtlichen Versicherungsvertrages auf vertraglicher Grundlage beruht.²⁸

Ein wichtiges Ergebnis des freien Wettbewerbs in der GFV sollte sich in der Preisrelation widerspiegeln: die Preise sollen niedrig, die Leistungen hoch sein, zumindest sollte das „Preis-Leistungs-Verhältnis“ stimmen.²⁹ Aus der Sicht der öffentlichrechtlichen Gebäudefeuerversicherer gab es mit der Aufhebung des Monopols Veränderungen, die dieses Verhältnis beeinflussten. Als erstes sind in diesem Zusammenhang die gestiegenen Verwaltungskosten zu nennen. Dazu zählen insbesondere Akquisitionskosten und Marketingkosten, die vor dem 01.07.1994 nicht anfielen und sich somit nicht auf den Prämiensatz auswirkten.³⁰ Diese Effekte wurden im von der Stiftung Warentest veröffentlichten Prämiensatzvergleich deutlich. Einige öffentlich-rechtliche Gebäudefeuerversicherer hatten im Vergleich von 1993 bis 1995 einen Anstieg des Prämiensatzes zu verzeichnen. Im Gegensatz dazu gab es in diesem Zeitraum eine kaum spürbare Veränderung der Prämiensätze bei den Wettbewerbsversicherern.³¹ Nichtsdestotrotz ließen die Auswirkungen des freien Wettbewerbs nicht lange auf sich warten. Bereits im Jahre 1997 veröffentlichte die Stiftung Warentest erneut einen Vergleich der Feuerversicherer, mit dem Ergebnis, dass durch den Konkurrenzdruck Kunden von stagnierenden Preisen und beitragsfreien Zusatzschutz profitierten.³²

Wenn dynamische Effizienz als Argument für den freien Wettbewerb genannt wird, dann ist es fraglich, ob eine höhere Innovationskraft für die GFV von entscheidender Bedeutung ist. Die Befürworter des Monopols sind der Auffassung, dass bei dem Produkt, das hier zur Diskussion steht, der technische Fortschritt keine Rolle spielt und die Innovationskraft von untergeordneter Bedeutung ist.³³ Der Wettbewerb zeigt aber, dass sich Innovationen

²⁷ Vgl. Fährmann, H. (1994), S. 97.

²⁸ Vgl. Uschkoreit, H. (1993), S. 204.

²⁹ Vgl. Heilmann, W.-R. (1994), S. 186.

³⁰ Vgl. Epple, K. / Schäfer, R. (1996), S. 1128.

³¹ Vgl. Finanztest (1993), S. 52-57 sowie Finanztest, (1995), S. 79-85.

³² Vgl. Finanztest (1997), S. 70-75.

³³ Vgl. Kirchgässner, G. (2001), S. 262.

durchaus durchsetzen können. Ein Beispiel hierfür bietet die von einigen Versicherungsunternehmen angebotene Beitragsbemessung nicht mehr auf der Grundlage des „Versicherungswerts 1914“, sondern nach Wohnfläche, Bauart und Ausstattung des Hauses. Der Leistungsumfang unterscheidet sich bei den beiden Varianten nicht und es handelt sich in beiden Fällen um gleitende Neuwertversicherungen.³⁴ Eine Innovation ist diese Methode dennoch. Sie soll den Kunden die Ermittlung der erforderlichen Beiträge erleichtern und dadurch zum gewünschten Verbraucherschutz beitragen, was erkennen lässt, dass der freie Markt flexibler bzw. anpassungsfähiger ist, so dass der Kunde leichter ein mögliches Informationsproblem bei der Ermittlung des Beitrages bewältigen kann.

Wie bereits oben dargestellt wurde, gibt es zwei wesentliche Argumente für die PV. Deshalb ist zu untersuchen, ob diese Argumente für die GFV auch im freien Wettbewerb zutreffen. Als erstes Argument, das für eine PV spricht, ist das erleichterte Erreichen des für den Risikoausgleich erforderlichen Gesetzes der Großen Zahl. Dieses Argument widerspricht jedoch einem charakteristischen Strukturmerkmal und zwar dem Territorialprinzip. Auf der einen Seite sollte die Zahl der Verträge möglichst groß sein, auf der anderen Seite waren die Pflichtversicherungsanstalten auf ein bestimmtes Teilgebiet der Bundesrepublik beschränkt. Mit der Verwirklichung des Binnenmarktes gibt es Wettbewerbsversicherer, deren Territorium sich auf den gesamten Binnenmarkt erstreckt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass das Erreichen des Gesetzes der Großen Zahl im europäischen Binnenmarkt theoretisch leichter zu realisieren ist. Die Erweiterung der Europäischen Union zum 01.05.2004 um 10 neue Länder bedeutete gleichzeitig die Erweiterung des Versicherungsmarktes und verstärkt allemal diese Schlussfolgerung.

Das zweite Argument für die PV ist die Reduzierung der Gefahr der AS. Diese entsteht durch asymmetrische Informationsverteilung beim Vertragsabschluss. Insofern die VN bzw. Gebäudeeigentümer über ihr Risiko also das Gebäude mehr wissen als die VR, muss dieser einen Mischvertrag anbieten, dessen Prämie für den Durchschnitt der Risikotypen kalkuliert ist.³⁵ Dieser Mischvertrag ist für gute Risiken zu teuer, so dass die Gefahr entsteht, dass sich „schlechte“ Risiken bei einem VR ansammeln und sein wirtschaftliches Überleben gefährden.³⁶ Mit dem Übergang zum freien Wettbewerb mit allen Auswirkungen scheint es auf den ersten Blick, als würde die drohende Gefahr der AS dazu führen, dass es auf einem

³⁴ Vgl. Finanztest (2004), S. 67.

³⁵ Vgl. Zweifel, P. / Eisen, R. (2000), S. 293.

³⁶ Vgl. Zweifel, P. / Eisen, R. (2000), S. 318.

privaten Markt gar kein stabiles Gleichgewicht gibt. Aber im auch freien Markt wird die Gefahr der negativen Risikoauslese vermindert. Von den Gebäudeeigentümern, die nun die Wahl haben einen Versicherungsvertrag abzuschließen, möchten die Versicherungsunternehmen insbesondere die „guten Risiken“ in Deckung nehmen, um dieser Gefahr vorzubeugen. Deshalb sind die Eigentümer, die ihr neu gebautes Haus versichern wollen, bei Versicherungsgesellschaften sehr beliebt, weil Neubauten als weniger schadensanfällig gelten als ältere Häuser. Eigentümern von Neubauten wird der rote Teppich mit zum Teil kräftigen Rabatten ausgelegt.³⁷ Des Weiteren kommt noch ein weiterer Aspekt hinzu, der die AS verhindert. Wie bereits oben erwähnt, gibt es weiterhin eine Pflicht zum Abschluss eines Gebäudefeuerversicherungsvertrages, wenn das Grundstück nicht lastenfrei ist. Diese vertragliche Pflicht wirkt sich nicht nur positiv auf die Realgläubiger aus, sondern ebenfalls auf die Versicherungsgesellschaften, weil belastete Grundstücke i. d. R. „gute Risiken“ darstellen, wenn man davon ausgeht, dass es sich dabei um neuere Objekte handelt. Dieser Tatbestand der so genannten gewillkürten PV trägt dazu bei, dass die Gefahr der AS vermindert wird.

Nicht weniger interessant in diesem Zusammenhang ist das Strukturmerkmal Kontrahierungszwang. Der freie Wettbewerb räumte nicht nur dem VN ein Kündigungsrecht ein, vielmehr wurde auch dem VR ein Kündigungsrecht eingeräumt und das Recht einen Versicherungsantrag abzulehnen.³⁸ Der VR hat bereits nach der Antragsstellung die Möglichkeit das Risiko zu prüfen und ggf. den Antrag abzulehnen, falls es sich um ein besonders schlechtes Risiko handelt. Folglich kann der VR, der keinem Kontrahierungszwang unterliegt, auf eine eventuelle Antiselektion Einfluss nehmen.

4. Schlussfolgerungen

In dieser Hausarbeit wurde das Thema „Alternativen zur Pflichtversicherung: Feuerversicherung vom Monopol zum freien Markt“ behandelt. Dabei wurde zunächst allgemein die PV erläutert, bevor auf die Feuerversicherung im speziellen eingegangen wurde. Mit Hilfe eines historischen Überblicks wurden Gründe dargelegt, welche dazu geführt haben, dass in einigen Regionen Deutschlands die Feuerversicherung für Gebäudeeigentümer eine PV gewesen ist. Der wichtigste Grund war einst die Sicherung des Gebäudebestandes, weil es immer wieder in der Vergangenheit zu Großbränden wie beispielsweise in Hamburg kam. Da überwiegend Holz als Baumaterial für Gebäude verwendet wurde, waren diese gravierend dem Feuerrisiko

³⁷ Vgl. Finanztest (1997), S. 71.

³⁸ Uschkoreit, K.-H. (1993), S. 204.

ausgesetzt. Aus dem Einzelrisiko wurde zugleich ein Kumulrisiko, wenn sie wie in Städten dicht beieinander standen. Diese Tatsache war der wesentliche Auslöser für Großbrände, die nicht nur ein Gebäude zerstörten, sondern den gesamten Gebäudebestand einer Stadt bedrohten. Dabei muss beachtet werden, dass dieser Grund heutzutage keine oder nur eine marginale Relevanz hat. Da spätestens im 20. Jahrhundert Holz als Baumaterial durch feuerhemmende Baustoffe wie Stein oder Beton substituiert wurde, ist der gesamte Gebäudebestand vom Feuerrisiko nicht betroffen. Die Fürsorgepflicht des Staates als Begründung für die Feuerversicherung als PV mit dem Ziel der Gebäudebestandssicherung lässt sich demnach nicht aufrechterhalten. Anschließend wurden mit der Verwirklichung des Europäischen Binnenmarktes die Veränderungen für den deutschen Versicherungsmarkt dargestellt, insbesondere für die öffentlich-rechtlichen Feuerversicherer, die ihre Monopolstellung aufgeben mussten. Hierbei wurde untersucht, ob sich die erhofften Effekte eines nicht regulierten Marktes einstellen würden. In diesem Zusammenhang wurde erläutert, warum die zwei wesentlichen Argumente, die für einen regulierten Feuerversicherungsmarkt sprechen, ihre Geltung auch in einem deregulierten Markt haben.

Dem VN wurde allerdings sowohl mehr Freizügigkeit gewährt, als auch mehr Eigenverantwortung durch die Deregulierung übertragen. Die Freizügigkeit kommt dabei bei der Wahl des Gebäudeversicherers zum Ausdruck. Mehr Verantwortung trägt der Versicherungsnehmer, indem er keinen Schutz vor Kündigung im Schadenfall und keinen Verzicht auf Einrede der Unterversicherung genießt.³⁹

„Es ist besser Deiche zu bauen, als darauf zu warten, dass die Sturmflut Vernunft annimmt“ lautet ein altes Sprichwort. Dieses lässt sich sowohl auf die VN als auch auf die VR übertragen. Die zuletzt genannten haben die Aufgabe deutlich zu machen, dass es durch die Liberalisierung der Märkte unterschiedliche Produkte gibt. Den Kunden sollen die Unterschiede verdeutlicht werden, damit diese für sich eine bedarfsgerechte Entscheidung treffen können und dadurch der geforderte Verbraucherschutz erreicht wird.

³⁹ Vgl. Uschkoreit, K. (1993), S. 201.

Literaturverzeichnis

Breaß, P. (1976):

Feuerversicherung, in: Große, W. / Müller-Lutz, H. / Schmidt, R. (Hrsg.), Versicherungszyklopädie, Band. V, Wiesbaden, S. 1-50.

Braeß, P. / Schmidt, G. (1982):

Feuerversicherung, in: Müller-Lutz, H.-L. / Schmidt, R. (Hrsg.), Besondere Versicherungslehre, Studienheft 41, Wiesbaden.

Doerry, A. (1965):

Die Rechtsstellung der Pflicht- und Monopolanstalten der Gebäudefeuerversicherung im gemeinsamen Markt, Hamburg.

Epple, K. / Schäfer, R. (1996):

The transition from monopoly to competition: The case of housing insurance in Baden-Württemberg, in: European Economic Review 40, S. 1123-1131.

Fährmann, H. (1994):

Aufhebung der bestehenden Versicherungsmonopole, in: Versicherungspraxis 1994, Nr. 6, S. 97.

Farny, D. (1995):

Versicherungsbetriebslehre, 2. überarbeitete Auflage, Karlsruhe.

Farny, D. (1989):

(De)Regulierung von Versicherungsmärkten: Wettbewerb und Kundenwünsche im Versicherungsgeschäft, in: Versicherungswirtschaft, Nr. 22, S. 1470-1488.

Farny, D. / Helten, E. / Koch, P. u. a. (Hrsg.) (1988):

Handwörterbuch der Versicherung (HdV), Karlsruhe.

Frey, E. (1976):

Organisationsformen der Versicherungsunternehmen, in: Große, W. / Müller-Lutz, H. / Schmidt, R. (Hrsg.), Versicherungszyklopädie, Band I, Wiesbaden, S. 1-33.

Fürstenwerth, F. / Weiß, A. (1997):

Versicherungsalphabet, 9. völlig neu bearbeitete Auflage, Karlsruhe.

Große, W. / Müller-Lutz, H. / Schmidt, R. (Hrsg.) (1976):

Versicherungszyklopädie, Band I, Wiesbaden.

Große, W. / Müller-Lutz, H. / Schmidt, R. (Hrsg.) (1976):

Versicherungszyklopädie, Band II, Wiesbaden.

Große, W. / Müller-Lutz, H. / Schmidt, R. (Hrsg.) (1976):

Versicherungszyklopädie, Band V, Wiesbaden.

Hailbronner, K. (1991):

Rechtsstellung und Tätigkeitsbereich der öffentlich-rechtlichen Pflicht- und Monopolversicherungsanstalten in der Europäischen Gemeinschaft: unter besonderer Berücksichtigung der Dienstleistungsfreiheit im Versicherungswesen, Baden-Baden.

Helmer, G. (1936):

Entstehung und Entwicklung der öffentlich-rechtlichen Brandversicherungsanstalten in Deutschland, Jena.

Heilmann, W.-R. (1994):

Chancen und Risiken des Europäischen Binnenmarktes für Versicherungen, in: Schwebler, R. und Mitglieder des Vortands des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft (Hrsg.), Dieter Farny und die Versicherungswirtschaft (Dieter Farny zu seinem 60. Geburtstag gewidmet), Karlsruhe, S. 179-193.

Jürgens, U. / Rabe, B / Rabe, T. (1993):

Der europäische Versicherungsmarkt, in: Friedrich, I. / Sabathil, G. / Weiler, H. (Hrsg.), Unternehmenspraxis in der EG, Band 12, Bonn.

Kirchgässner, G. (2001):

Die Effizienz eines öffentlichen Versicherungsmonopols: Das Beispiel der schweizerischen Gebäudeversicherungen, in: Zeitschrift für öffentlich-gemeine Unternehmen 24, Nr. 2, S. 249-266.

Koch, P. / Weiss, W. (Hrsg.) (1994):

Versicherungswörterbuch, Wiesbaden.

o. V. (1993):

Sturmfreie Bude, in: Finanztest, Nr. 3, März 1993, S. 52-57.

o. V. (1995):

Schutz vor bösen Folgen, in: Finanztest, Nr. 5, Mai 1995, S. 79-85.

o. V. (1997):

Bonbons für Hausbesitzer, in: Finanztest, Nr. 8, August 1997, S. 70-75.

o. V. (2004):

Für stürmische Zeiten, in: Finanztest, Nr. 5, Mai 2004, S. 66-73.

Puskas, G.(1988):

Pflichtversicherung, in: Farny, D. / Helten, E. / Koch, P. u. a. (Hrsg.), Handwörterbuch der Versicherung, Karlsruhe, S. 513-518.

Schwebler, R. und Mitglieder des Vortands des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft (Hrsg.) (1994): Dieter Farny und die Versicherungswirtschaft (Dieter Farny zu seinem 60. Geburtstag gewidmet), Karlsruhe.

Uschkoreit, K.-H. (1993):

Grenzen und Monopole fallen. Welche Auswirkungen ergeben sich für den Versicherungsnehmer? in: Die Versicherungspraxis 1993, Nr. 11, S. 201-205.

Wymer, T (1976):

Versicherungsunternehmensrecht, in: Große, W. / Müller-Lutz, H. / Schmidt, R. (Hrsg.), Versicherungszyklopädie, Band II, Wiesbaden, S. 83-141.

Zweifel, P. / Eisen, R. (2000):

Versicherungsökonomie, Berlin, Heidelberg, New York et al.

„Zwangssparen: Sollte die Riester-Rente zur Pflicht werden?“

Matthias Göttsche

1. Einleitung	130
2. Das Altersvorsorgesystem in Deutschland	131
3. Die Riester-Rente	132
3.1. Förderberechtigte	133
3.2. Zertifizierung und Produkte	134
3.3. Förderung, Steuern und Rentabilität	134
4. Sollte die Riester-Rente zur Pflicht werden?	136
4.1. Die Theorie staatlicher Eingriffe in die Vorsorge	136
4.2. Was spricht für die Einführung der Zwangs-Riester-Rente?	138
4.3. Die Gründe gegen eine Zwangs-Riester-Rente	138
5. Schlussfolgerung	140
Literaturverzeichnis	141

1. Einleitung

Kaum ein anderes soziales und damit letztlich auch ökonomisches Thema hat die Menschen der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren derart bewegt wie die Krise der Altersvorsorge (AV). Der viel diskutierte demographische Wandel führte und führt als einer der Hauptgründe die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) an die Grenzen ihrer finanziellen Belastbarkeit und veranlasste schließlich die Politik, Alternativen und Ergänzungen zur gesetzlichen AV zu entwickeln, um die private und betriebliche Vorsorge zu fördern. Als Ergebnis dieses Prozesses präsentierte im Jahre 2001 der damalige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Walter Riester, die nach ihm benannte Riester-Rente. Ein wesentlicher Unterschied der beiden Altersvorsorgevarianten besteht im Zwang: während die GRV den Charakter einer Pflichtversicherung betont, ist die Riester-Vorsorge bislang noch freiwillig. Ihre geringe Resonanz und die somit absehbare Altersarmut vieler Bürger führt die Politik zu der Überlegung, auch die Riester-Rente als finanzielles Zwangsinstrument zu implementieren.

2. Das Altersvorsorgesystem in Deutschland

Die AV in Deutschland beruht neben den eigenen Beamteneinrichtungen auf dem 3-Säulen-Modell: die Rente aus der GRV dient als Hauptinstrument, sollte aber für ein ausreichendes finanzielles Fundament möglichst von der betrieblichen und privaten AV flankiert werden.

Die im Sozialgesetzbuch VI gesetzlich verankerte GRV dient 76 % der heutigen Rentner als einzige Einkommensquelle.¹ Als Pflichtversicherung ist sie in erster Linie für unselbstständige Arbeitnehmer unabhängig vom Einkommen zwingend vorgeschrieben. Der bundesweit einheitliche Beitragssatz bezieht sich auf das Arbeitsentgelt und wird paritätisch vom Arbeitgeber und Versicherten getragen. Die finanziellen Mittel zur Umverteilung werden aus den Beiträgen der Versicherten, Bundeszuschüssen und den Beiträgen von Trägern diverser Lohnersatzleistungen wie der Bundesanstalt für Arbeit aufgebracht. Die Rentenhöhe hängt von den gezahlten Beiträgen, den Beitragszeiten, der Rentenart, dem Zeitpunkt des Renteneintritts und dem dann gültigen Rentenwert ab. Die Finanzierungsart Umlageverfahren bewirkt, dass die jeweilige erwerbstätige Generation mit ihren Beiträgen für das Alterseinkommen der aktuellen Rentnergeneration aufkommt. Aufgrund der Involvierung von zwei Generationen wird hier auch oft von einem Generationenvertrag gesprochen. Er funktioniert uneingeschränkt, wenn eine stetig gleich bleibende Anzahl von Beitragszahlern eine konstante Kohorte von Rentnern versorgt. Der demographische Wandel verändert das Verhältnis von Rentnern zu Erwerbstätigen jedoch dergestalt, dass immer mehr Rentner einer abnehmenden Anzahl von Erwerbstätigen gegenüber stehen. Der Altenquotient, der die Zahl der mindestens 60-jährigen ins Verhältnis setzt zu den 20- bis 59-jährigen,² nimmt unter Berücksichtigung der Migration von 42,8 im Jahre 2000 auf 81,3 (2030) bzw. 91,4 (2050) zu.³ Gleichzeitig wird die statistische Lebenserwartung von Frauen dann auf 86,9, von Männern auf 80,9 Jahre steigen.⁴ Die Finanzierung des Generationenvertrages wird im Endeffekt dadurch belastet, dass im Jahre 2050 zwei Erwerbstätige einen 65-jährigen oder älteren Rentner zu finanzieren haben. Heute liegt das Verhältnis bei etwa 3:1.⁵ Verstärkt wird dieser Prozess noch durch die hohe Arbeitslosigkeit, da Arbeitslose keine eigenen Beiträge in die Kasse der GRV einzahlen. Die steigende Lebenserwartung führt dazu, dass die Rentenbezugsdauer durchschnittlich weiter zunimmt und somit die wachsende Zahl der Rentner länger Leistungen aus der GRV emp-

¹ Vgl. Helbig, R. zitiert in Görtsdorf-Kegel, S. (2004), S. 435.

² Es existieren mehrere Definitionen; vgl. Lueg, T. / Ruprecht, W. / Wolgast, M. (2003), S. 2.

³ Vgl. Lueg, T. / Ruprecht, W. / Wolgast, M. (2003), S. 2.

⁴ Vgl. Birg, H. zitiert in Möhrle, T. (2002), S. 193.

⁵ Vgl. Trautvetter, M. / Lust, D. (2003), S. 1792.

fängt, wodurch weitere Einnahmesteigerungen der GRV durch Beitragserhöhungen notwendig werden.

Die 2. Säule, die betriebliche AV, ist eine freiwillige Lohnzusatzleistung des Arbeitgebers und liegt vor, wenn der Arbeitgeber aus Anlass des Arbeitsverhältnisses seinem Arbeitnehmer Leistungen auf Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung zusagt.⁶ In Deutschland existieren fünf unterschiedliche Durchführungswege, um über Zuwendungen des Arbeitgebers den Ruhestand finanziell weiter abzusichern: die Direktzusage, die Direktversicherung, die Pensionskasse, die Unterstützungskasse sowie der Pensionsfonds. Im Jahre 2002 wurde der Rechtsanspruch der Arbeitnehmer auf betriebliche AV durch Entgeltumwandlung von bis zu 4 % der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV der Arbeiter und Angestellten eingeführt.⁷

Die 3. Säule der AV, die private Vorsorge, umfasst alle freiwilligen Vorsorgemaßnahmen von Privatpersonen. Residuale oder aus Konsumverzicht gewonnene finanzielle Mittel können je nach Präferenz, Risikoeinstellung, erwarteter Rendite und gewünschter Verfügbarkeit in eine Vielzahl von Vorsorgemaßnahmen investiert werden. Neben dem einfachen Sparen gelten Immobilien und Edelmetalle als eher traditionelle private Vorsorgeformen. Wertpapiere wie Aktien und festverzinsliche Wertpapiere können der Vorsorge ebenso dienen wie Finanzdienstleistungsprodukte in Form von Lebensversicherungen, Sparplänen und Investmentzertifikaten. Immer noch von Bedeutung ist zudem die intrafamiliäre Versorgung.

Die GRV finanzierte im Jahre 2001 85 % aller Renten, während die betriebliche und private AV nur 5 % bzw. 10 % beitrugen. Aktuelle Vergleiche mit der Schweiz, wo sich die Verhältnisse mit 42 % zu 32 % zu 26 % wesentlich ausgeglichener präsentieren, zeigen die Ausnahmestellung der GRV, aber auch die Anfälligkeit des Altersvorsorgesystems in Deutschland auf.⁸

3. Die Riester-Rente

Die Einführung der Riester-Rente im Januar 2002 gilt als Paradigmenwechsel, denn erstmals setzt eine staatlich konzipierte, aber individuelle und freiwillige Rente auf das Anwartschaftsdeckungsverfahren, um der demographischen Anfälligkeit des Umlageverfahrens zu entgegen. Die Rentenreform von 2001 und deren Kernstück Riester-Rente verfolgen das Ziel, die

⁶ Vgl. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2003a), S. 8.

⁷ Vgl. Huhn, H. / Blümke, A. / Liptau-Nohl, C. (2001), S. 1864.

⁸ Vgl. Huhn, H. / Blümke, A. / Liptau-Nohl, C. (2001), S. 1863.

private und die betriebliche AV zu stärken, um den ansonsten mittelfristig erforderlichen Anstieg des Beitragssatzes zur GRV zu vermeiden. Das Altersvermögensergänzungsgesetz beinhaltet den Willen, den Beitragssatz bis zum Jahre 2020 nicht über 20 % und bis zum Jahre 2030 nicht über 22 % steigen zu lassen.⁹ Durch die Politik der Beitragssatzstabilisierung werden die jährlichen Rentenanpassungen künftig geringer ausfallen, weshalb gleichzeitig die Reduzierung des Rentenniveaus beschlossen wurde. Das Nettorentenniveau drückt das prozentuale Verhältnis der Nettorente eines Standardrentners¹⁰, auch Eckrentner genannt, gegenüber dem Nettoarbeitsentgelt eines Durchschnittsverdieners aus. Zurzeit beträgt das Nettorentenniveau etwa 70 %, durch die entwickelten Maßnahmen wird es, berechnet für Eintrittsjahrgänge 2030, voraussichtlich auf 67 % sinken. Ohne eine zusätzliche Rente würde sich eine Versorgungslücke von 3 % ergeben. Da lange Ausbildungs- und Erziehungszeiten, Arbeitslosigkeit und Phasen der unternehmerischen Selbständigkeit in viele Lebensbiographien eingehen, wird es den modelltypischen Eckrentner künftig seltener geben, so dass vielen Bürgern ein wesentliches geringeres Nettorentenniveau als 67 % zustehen wird.¹¹ Dies beweist die dringende Notwendigkeit von zusätzlicher Vorsorge. Die Riester-Rente verzichtet bislang auf den Status eines Obligatoriums und tritt folglich in Wettbewerb mit anderen Vorsorgeprodukten.

3.1. Förderberechtigte

Grundsätzlich sollen alle unbeschränkt Steuerpflichtigen gefördert werden, die zukünftig von Leistungsbegrenzungen im Rahmen der GRV oder durch das Versorgungsänderungsgesetz 2001 betroffen sind.¹² Einen Anspruch auf Förderung haben daher unter anderem alle in der GRV Pflichtversicherten. Neben den in der Landschaftlichen Alterskasse pflichtversicherten Landwirten gehören auch Empfänger von Besoldung und Amtsbezügen wie Beamte, Richter, Berufs- und Zeitsoldaten sowie Staatssekretäre und Minister dazu. Sobald ein Ehepartner dem begünstigten Personkreis angehört, kann auch der jeweils andere Partner gefördert werden, selbst dann, wenn er nicht zum eigentlich berechtigten Personenkreis gehört. Voraussetzung dafür ist allerdings ein zweiter Vorsorgevertrag.

⁹ Vgl. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2003b), S. 79.

¹⁰ Die fiktive Person Standardrentner zahlt 45 Jahre lang das Durchschnittseinkommen in die GRV ein.

¹¹ Vgl. Lier, M. (2002), S. 479.

¹² Vgl. Datz, N. (2003), S. 47.

3.2. Zertifizierung und Produkte

Riester-Produkte müssen gewisse Voraussetzungen erfüllen, um der staatlichen Förderung zu unterliegen. Ein Zertifizierungsverfahren stellt die Übereinstimmung des Produktes mit 11 gesetzlichen Anforderungen fest und bindet somit die Verwaltung hinsichtlich der Förderfähigkeit des Produktes. Von zentraler Relevanz unter den Kriterien ist der Kapitalerhalt: die Anbieter müssen wenigstens die im Laufe der Jahre persönlich eingezahlten Beträge sowie die staatliche Förderung beim Eintritt ins Rentenalter auszahlen. Ebenso wichtig ist die Zusage einer lebenslangen Rente: die private AV darf nicht vor dem Beginn des 61. Lebensjahres und muss spätestens mit 65 Jahren ausgezahlt sowie als gleich bleibende oder steigende monatliche Leistung bis an das Lebensende erbracht werden. Die Verfügbarkeit ist aufgrund des Verbotes der Beleihung, Verpfändung und Abtretung eingeschränkt.¹³ Zertifikatsprodukte bieten nicht notwendigerweise mehr Lukrativität oder Sicherheit als andere Anlageformen, da das Zertifikat kein wirtschaftliches Gütesiegel ist. Ein Bürger kann für ein bereits abgeschlossenes Produkt die Förderung erhalten, wenn der Anbieter die Umgestaltung des Vertrages anbietet und eine nachträgliche Zertifizierung erfolgt. Bis März 2003 wurden etwa 3500 Altersvorsorgeprodukte zertifiziert.¹⁴ Die Bundesregierung plant, die Anzahl der Kriterien auf drei zu begrenzen: schon der Kapitalerhalt, die Verrentung ab 60 und die Auszahlung als Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung sollen dann für eine Zertifizierung ausreichend sein.

Drei Arten von zertifizierten und vom Anbieter unkündbaren Produkten sind in der privaten AV förderungsfähig: herkömmliche und fondsgebundene Rentenversicherungen (RV), Banksparpläne und Investmentzertifikate. Bei der Auswahl sollte berücksichtigt werden, dass nur RV biometrische Risiken wie Invalidität oder die Versorgung von Hinterbliebenen absichern. Bei der betrieblichen AV werden die Direktversicherungen, Pensionskassen und Pensionsfonds gefördert, wenn diese Einrichtungen eine lebenslange AV garantieren.¹⁵ Eine Zertifizierung der betrieblichen Altersvorsorgeprodukte ist nicht notwendig.

3.3. Förderung, Steuern und Rentabilität

Seit dem 01.01.2002 gilt die Förderung in Form von direkten Zulagen und Sonderausgabenabzug. Der Förderberechtigte muss jährlich, im Zuge einer Vereinfachung des Verfahrens

¹³ Vgl. ZUKUNFT klipp + klar, (2002), S. 19.

¹⁴ Vgl. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2003b), S. 65.

¹⁵ Vgl. Einkommensteuergesetz (2002), § 82 II.

zukünftig wohl nur noch einmalig, die Zulagen beantragen. Sie setzen sich aus Grund- und Kinderzulage zusammen. Um sie in voller Höhe erhalten zu können, müssen jährliche Mindestbeiträge geleistet werden, die zusammen mit den Zulagen den Altersvorsorgeaufwand ergeben. Dieser muss einen Mindestprozentsatz der im vorherigen Kalenderjahr erzielten sozialversicherungspflichtigen Einnahmen oder der Beamtenbezüge betragen.¹⁶ Der Sonderausgabenabzug vollzieht sich bei der Einkommensteuererklärung, indem das Finanzamt prüft, ob für den Sparer ein Sonderausgabenabzug günstiger wäre als die Höhe der Zulagen. Ist dies der Fall, wird ihm die Differenz im Zuge der Einkommensteuerveranlagung gutgeschrieben.¹⁷ Dieses Verfahren wird auch ‚Günstigerprüfung‘ genannt.¹⁸ Als Sonderausgaben kommen die Eigenbeiträge und Zulagen bis zu einem Höchstbetrag in Frage. Der Höchstbetrag steht jedem Ehegatten gesondert zu, falls beide zum begünstigten Personenkreis zu zählen sind, und besteht getrennt von den bisherigen Höchstbeträgen für Vorsorgeaufwendungen.¹⁹ Er dient auch zur Ermittlung des maximal förderungsfähigen Betrages (= Höchstbeitrag). Dazu muss vom Höchstbetrag der Zulagenanspruch subtrahiert werden. Der Mindestbeitrag sichert dem Sparer folglich die volle Zulage, mit dem Höchstbeitrag erhält er zusätzlich den vollen Sonderausgabenabzug. Sobald weniger als der erforderliche Eigenbetrag erbracht wird, kürzen sich die Zulagen proportional. Damit der Sparer auch bei hohen Zulagen selbst Vorsorgeleistungen erbringt, ist der Mindesteigenbetrag nach unten durch einen von der Kinderzahl abhängigen Sockelbetrag begrenzt. Im Zuge der Vereinfachung des Verfahrens ist die Abschaffung dieser Abhängigkeit geplant. Abb. 1 stellt die wesentlichen Faktoren des Fördersystems dar.

Abbildung 1: Fördersystem der Riester-Rente; Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Einkommensteuergesetz §§ 84 I / 85

	ab 2002	ab 2004	ab 2006	ab 2008
Grundzulage	38 €	76 €	114 €	154 €
Kinderzulage	46 €	92 €	138 €	185 €
Sonderausgaben- Höchstbetrag	525 €	1050 €	1575 €	2100 €
Altersvorsorgeaufwand:				
Minimum	1 %	2 %	3 %	4 %
Maximum	525 €	1050 €	1575 €	2100 €

¹⁶ Vgl. VGH (2002), S. 4.

¹⁷ Vgl. Gerling-Konzern (2003), S. 2.

¹⁸ Vgl. Einkommensteuergesetz (2002), § 10a II.

¹⁹ Vgl. VGH (2002), S. 6.

Bei schädlichen Verwendungen wie einer Einmalauszahlung anstelle der Verrentung sind sämtliche Zulagen und Ersparnisse aufgrund von Sonderausgabenabzügen vollständig zurück zu zahlen.²⁰ Für den Erwerb oder Bau einer Immobilie im Inland kann der Sparer jedoch aus dem im Altersvorsorgevertrag vorhandenen Kapital einen Betrag zwischen 10.000 € und 50.000 € steuerunschädlich und ohne Zinsen, aber mit Rückzahlungspflicht entnehmen.

Die Riester-Rente unterliegt generell der nachgelagerten Besteuerung. Beiträge während der aktiven Zeit bleiben unbesteuert, Bezüge in der Leistungsphase sind jedoch voll zu versteuern.²¹ Die Rentabilität ist von diversen Faktoren abhängig und damit nicht zu pauschalisieren. Sie variiert mit dem versicherungspflichtigen Einkommen, dem Steuersatz in der Anspar- und Entsparphase, dem Alter, der Zahl der Kinder und der Dauer ihrer Förderung, dem Anspruch auf Ehegattenzulage und den Renditen des Riesterproduktes.²² Die Komplexität der Verträge führt oft zu höheren Verwaltungskosten gegenüber Konkurrenzprodukten und drückt die Rendite ebenso wie die durch die Beitragsgarantie bedingte relativ konservative Geldanlage.

4. Sollte die Riester-Rente zur Pflicht werden?

Die Wahlfreiheit zwischen der betrieblichen und privaten Durchführung der Riester-Rente sowie das komplexe Förder- und Zertifizierungssystem erzeugen einen hohen Informationsbedarf bei Arbeitgebern und Arbeitnehmern, was sich in den Verkaufszahlen niederschlägt.²³ Mit etwa 3,5 Millionen Abschlüssen haben bei hohen Stornoquoten nur ca. 11 % der berechtigten Bürger einen Riester-Vertrag abgeschlossen.²⁴ Während im September 2001 45 % der Befragten einer Psychonomics-Studie den Abschluss einer Riester-Rente ablehnten, waren es Ende 2003 bereits 84 %.²⁵ Die geringe Resonanz und die damit zu befürchtende Unterversorgung im Alter erwecken in der Politik Überlegungen zur Notwendigkeit staatlichen Zwanges.

4.1. Die Theorie staatlicher Eingriffe in die Vorsorge

Der Staat steckt als oberste Ordnungsinstanz den Rahmen für die Institutionen und den Ablauf der sozialen Sicherung mittels der Ordnungspolitik ab. Daneben übernimmt er selbst Sicherungsaufgaben und ist Sicherungsinstitution bzw. delegiert diese durch hoheitliche Anord-

²⁰ Vgl. Einkommensteuergesetz (2002), § 93 I.

²¹ Vgl. Rittler, T. (2001), S. 1115.

²² Vgl. Busson, M. / Ruß, J. (2002), S. 1003.

²³ Vgl. Huhn, H. / Blümke, A. / Liptau-Nohl, C. (2001), S. 1864.

²⁴ Vgl. Ullrich, E.-B. (2003), S. 1978.

²⁵ Vgl. Maas, J. / Müller, C. / Grimmer, W. et al. (2003), S. 9.

nung.²⁶ Vorsorge gehört zu den meritorischen Gütern, welche von Privatpersonen nicht ausreichend nachgefragt und folglich auch nur in zu geringem Umfang angeboten werden,²⁷ so dass der Staat selbst das Angebot erhöht. Bezüglich der Vorsorge existiert zwar ein reichhaltiges privates Versicherungsangebot, es vermag jedoch nicht immer das gesellschaftliche Optimum zu garantieren. Drei Gründe belegen dies: Zum einen existiert auf dem Markt nicht immer eine private Versicherung für jede Risikoart. Bei vermuteter adverser Selektion, Moral Hazard oder unkalkulierbaren Schadenereignissen meiden risikoaverse Versicherer einen Markteintritt. Zum anderen könnte eine suboptimale Sicherung auf Mängeln in der subjektiven Bereitschaft zur Vorsorgeanstrengung beruhen. Trotz ausreichenden Angebotes und verfügbaren Einkommens wird eine adäquate Vorsorge unterlassen, weil Zukunftsbedürfnisse unterschätzt werden, der Gegenwarts- gegenüber dem Zukunftskonsum bevorzugt wird oder die Erwartung vorliegt, dass bei Eintritt des Risikofalls die Gesellschaft für den Unterhalt aufkommen wird. Ein risikogeeignetes Wirtschaftssubjekt würde zudem nur eine Versicherungsprämie akzeptieren, die geringer als die für die Risikodeckung mindestens erforderliche Versicherungsprämie wäre. Hier kann der Staat eingreifen und gestörte Präferenzen korrigieren, um die Gesamtwirtschaft vor negativen externen Effekten zu schützen. Drittens erscheinen Staatseingriffe legitim, wenn relative Armut herrscht und somit die Einkommenssituation von Haushalten objektiv keine ausreichende Vorsorge erlaubt, diese aber notwendig ist.²⁸

Obligatorische private Versicherungen wie eine Zwangs-Riester-Rente vermögen Risikoneigung, adverse Selektion und Risikoaversion der Versicherungen zu vermeiden, da sowohl die Anbieter- als auch die Nachfrageseite zum Versicherungsabschluss verpflichtet ist, denn mit Versicherungspflicht geht i. A. Kontrahierungszwang einher. Relative Armut ist nur dann irrelevant, wenn staatliche Subventionen wie im Fall der Riester-Rente eine Vorsorge ermöglichen. Moral Hazard gilt als kaum zu verhindern, weil die Zahl der Versicherten groß ist und somit die auf alle Köpfe verteilten Kosten des Moral Hazard durch eine Prämienerrhöhung für den Einzelnen noch geringer ausfallen. Alle Versicherten, die sich ohne Zwang nicht versichern lassen würden, erfahren Wohlfahrtsverluste. Die Rechtfertigung geben gestörte Konsumentenpräferenzen, in welche die mit höherer Einsicht versehenen politischen Entscheidungsträger eingreifen und die Konsumentensouveränität außer Kraft setzen. Staatliche

²⁶ Vgl. Petersen, H.-G. (1989), S. 59.

²⁷ Vgl. Petersen, H.-G. (1989), S. 22-23.

²⁸ Vgl. Molitor, B. (1987), S. 8.

Interventionen sind also Folge des Versagens von Marktmechanismen und Eigenverantwortlichkeit.

4.2. Was spricht für die Einführung der Zwangs-Riester-Rente?

Die gefährliche Situation, dass viele Bürger ihre zukünftigen Ansprüche aus der GRV nicht kennen und sich allgemein nicht um ihre AV kümmern, stellt das bedeutendste Argument für eine weitere Pflichtlösung in der Alterssicherung dar. Einer Psychonomics-Studie von 2002 zufolge wissen 73 % der Befragten nicht, wie viel Geld ihnen im Alter aus der GRV zusteht, und immerhin noch 28 % gehen davon aus, dass diese Rente allein zur Vorsorge ausreichen wird. 54 % haben sich nach eigenen Angaben nicht ausreichend um ihre AV gekümmert bzw. 39 % haben erst gar keine Lust, sich heute schon mit diesem Thema zu beschäftigen. Das Problem der relativen Armut verdeutlicht die Studie ebenfalls, denn 58 % der Befragten behaupten, sich eine zusätzliche AV nicht leisten zu können.²⁹ Diesen Bürgern gibt das Förder-system der Riester-Rente die Möglichkeit, private Vorsorge zu betreiben.

Fakt ist, dass eine Vorsorge, die zu 85 % auf dem Umlageverfahren basiert, zu anfällig für Bevölkerungsschwankungen ist. Ein Mehr an Kapitaldeckung wäre daher notwendig. Die neue Mackenroth-These, nach der Kapitalansammlungsverfahren und Umlageverfahren im selben Maße unter der demographischen Entwicklung leiden, gilt als widerlegt. Kapitalgedeckte Verfahren finanzieren Renten aus einem vorab aufgebauten Kapitalstock und leiden nicht in vergleichbarem Umfang wie das Umlageverfahren unter dem demographischen Wandel.³⁰ Ein weiterer Ausbau wäre aus gesamtwirtschaftlicher Sicht daher zu begrüßen, wobei Zwang diese Entwicklung beschleunigen könnte. Die AV in den Niederlanden, in Schweden und in der Schweiz basiert ebenfalls auf dem 3-Säulen-Modell, beinhaltet aber seit Jahren ein Obligatorium zur kapitalgedeckten Ansparung für das Alter. Alle drei Säulen tragen in jeweils bedeutendem Maße zur AV bei und heilen so ein überlastetes Rentensystem weitgehend.³¹

4.3. Die Gründe gegen eine Zwangs-Riester-Rente

Die Diskussion über eine Zwangs-Riester-Rente könnte sich als obsolet erweisen, da nicht sicher ist, ob sie verfassungsgemäß wäre. Schon bei der Konstruktion des ersten Gesetzesentwurfes verhinderten verfassungsrechtliche Bedenken Überlegungen zur Versicherungspflicht.

²⁹ Vgl. Maas, J. / Müller, C. / Grimmer, W. et al. (o. J.), S. 28, 25, 126, 131.

³⁰ Vgl. Lueg, T. / Ruprecht, W. / Wolgast, M. (2003), S. 17.

³¹ Vgl. Kronenberg, M. (2003), S. 1829.

Für diejenigen, die bereits für ein Vorsorgeprodukt Beiträge zahlen oder eine eigene Immobilie finanzieren müssen, könnte sich eine weitere private Vorsorge als entweder kaum finanzierbar oder überflüssig erweisen. Unter der Annahme, dass die Probleme der GRV mittelfristig zu einem Rentenbeitrag von über 20 % führen werden, und aufgrund der fast ausschließlich in die Rentenkasse fließenden Ökosteuer wäre ein weiterer Zwangsbeitrag den Bürgern kaum noch zuzumuten. Die jetzige Erwerbsgeneration müsste eine Doppelbelastung verkraften, da sie nicht nur gemeinsam mit den Arbeitgebern durch Beiträge zur GRV die derzeitige Rentnergeneration finanziert, sondern auch individuell für die eigene Vorsorge sparen müsste. Es ist zudem umstritten, ob die Riester-Rente zum Schließen der Versorgungslücken überhaupt ausreicht. Da die Subventionierung die Bürger zum Abschluss einer Riester-Rente motivieren soll, würde eine Zwangslösung dem Fördersystem die Legitimation entziehen. Die reichhaltige Auswahl an Vorsorgeprodukten zeigt, dass das Problem des nicht ausreichenden privaten Versicherungsangebotes in der AV keine Begründung für staatlichen Zwang sein kann.

Das Konzept der Riester-Rente ist so verwaltungsaufwändig und komplex geraten, dass viele Verbraucher und Anbieter verunsichert sind und unter einem Mehraufwand leiden. Neben einer auf dem Finanzmarkt nur eingeschränkten Produktwahl erscheint die Verfügbarkeit des Kapitals sehr eingeschränkt, da Beleihen, Abtreten, Verpfänden und Kapitalwahl nicht möglich sind und Zulagen sowie steuerliche Vorteile nicht vererbt werden können. Zudem muss der steuerliche Wohnsitz bis zum Tode in Deutschland liegen.³² Selbstständige unterliegen nicht der Förderung, obwohl sie mit ihren Steuergeldern die Förderung mitfinanzieren.³³ Sparer mit einer betrieblichen AV können bei einem Wechsel des Arbeitgebers den alten Vertrag nicht fortführen, wenn der neue Arbeitgeber einen anderen Durchführungsweg anbietet. Die in Deutschland dominierende Direktzusage wird gar nicht gefördert. Die Vorsorge sollte weniger restriktiv gehandhabt werden und dem Bürger mehr Freiheit lassen.³⁴ Die Grenzen der Staatsintervention sollte das für freie Gesellschaften typische Subsidiaritätsprinzip bestimmen. Es folgt dem Grundsatz „So viel Subsidiarität wie nötig, Solidarität soweit wie möglich“ und gibt Selbsthilfe und Eigenverantwortung den Vorrang vor staatlichem Schutzzwang.³⁵

³² Vgl. Jäger, K. / Utecht, B. (2003), S. 1699.

³³ Vgl. Datz, N. (2003), S. 83.

³⁴ Vgl. Klein, H.-G. / Wunsch, U. (2002), S. 215.

³⁵ Vgl. Schröder, K. (2003), S. 331.

5. Schlussfolgerung

Die Einführung der Riester-Rente beweist die innerhalb der Politik gereifte Erkenntnis, dass die GRV allein zukünftig die von ihr abhängige Rentnerkohorte nicht ausreichend wird versorgen können. Doch letztlich entscheiden die Rendite, die Informationskosten und die von der Politik kommunizierte Dringlichkeit einer zusätzlichen Vorsorge über den Erfolg eines freiwilligen Produktes. Bei allen Kriterien schneidet die Riester-Rente schlecht ab. Eine Zwangslösung könnte nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Riester-Rente zu komplex geraten und damit ein Paradebeispiel für einen politischen Kompromiss ist. Sollte dieses am Markt praktisch gescheiterte Produkt staatlich oktroyiert werden, würde dies vermutlich die ohnehin schon tiefe Vertrauenskrise in die Politik bezüglich der AV weiter schüren. Die Regierung sollte versuchen, mit einer kinderfreundlichen Familien- und einer gezielten Zuwanderungspolitik dem demographischen Wandel entgegenzutreten, doch aufhalten wird sie ihn nicht können. Zur Verkürzung der Rentenbezugsdauer sollte das tatsächliche Renteneintrittsalter angehoben werden. Jedoch muss die Ausweitung der betrieblichen und der privaten AV zum bevorzugten Ziel werden. Letztlich wären Anreizstrukturen notwendig, um die Bürger zu mehr eigenständiger Vorsorge zu bewegen. Als unverständlich muss daher die Abschaffung der steuerlichen Vorteile der Kapitallebensversicherung ab 2005 bezeichnet werden, da dies das Ziel einer Stärkung der privaten AV konterkariert. Wichtig ist vor allem die offene Kommunikation darüber, wie groß die Versorgungslücke aus der GRV in Zukunft sein wird. Sollte die freiwillige Vorsorge scheitern, wäre eine obligatorische private und / oder betriebliche Vorsorge denkbar, allerdings nur mit für die Bürger weitgehenden Freiheiten in der Auswahl der Produkte, um deren unterschiedlichen individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden. Im Interesse künftiger Rentnergenerationen ist schnelles Handeln geboten, denn Wirkungen sind oft erst in vielen Jahren beobachtbar, der demographische Wandel ist es bereits heute.

Literaturverzeichnis

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.) (2003a):
Betriebliche Altersversorgung, Berlin.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.) (2003b):
Tipps zur „Riester-Rente“, 2. Auflage, Berlin.

Busson, M. / Ruß, J. (2002):

Für wen lohnt sich die Riester-Förderung?, in: Versicherungswirtschaft, 57. Jahrgang, Heft 13, S. 1002-1008.

Datz, N. (2003):

Private Altersvorsorge am Beispiel der „Riester-Rente“, Köln.

Einkommensteuergesetz (2002):

Vom 16. Oktober 1934 in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 2002.

Gerling-Konzern (Hrsg.) (2003):

Informationen zur kapitalgedeckten Altersvorsorge nach § 10a EStG, o. O.

Görsdorf-Kegel, S. (2004):

Bevor die Lücken immer größer werden, in: Versicherungswirtschaft, 59. Jahrgang, Heft 6, S. 435.

Huhn, H. / Blümke, A. / Liptau-Nohl, C. (2001):

Renaissance der betrieblichen Altersversorgung in Deutschland, in: Versicherungswirtschaft, 56. Jahrgang, Heft 22, S. 1863-1865.

Jäger, K. / Utecht, B. (2003):

Lohnt sich Riester-Rente für Beamte?, in: Versicherungswirtschaft, 58. Jahrgang, Heft 21, S. 1699-1702.

Klein, H.-G. / Wunsch, U. (2002):

Betriebliche Altersvorsorge im Wandel, in: Der Betrieb, 54. Jahrgang, Heft 4, S. 213-218.

Kronenberg, M. (2003):

Licht am Ende des Reformtunnels, in: Versicherungswirtschaft, 58. Jahrgang, Heft 22, S. 1828-1829.

Lier, M. (2002):

Jenseits des Eckrentners, in: Versicherungswirtschaft, 57. Jahrgang, Heft 7, S. 479.

Lueg, T. / Ruprecht, W. / Wolgast, M. (2003):

Altersvorsorge und demographischer Wandel: Kein Vorteil für das Kapitaldeckungsverfahren?, Dieburg.

Maas, J. / Müller, C. / Grimmer, W. et al. (o. J.):

Die Riester-Rente – Einstellungen zur Rentenreform und Auswirkungen auf Altersvorsorgestrategien, o. O.

Maas, J. / Müller, C. / Grimmer, W. et al. (2003):

psychonomics Forschungs-Monitoring zur privaten und betrieblichen Altersvorsorge – Management Summary: Zusammenfassung zentraler Ergebnisse der Erhebungen des Jahres 2003, o. O.

Möhrle, T. (2002):

Demographische Zeitwende im sozialen Sicherungssystem, in: Versicherungswirtschaft, 57. Jahrgang, Heft 3, S. 193-194.

Molitor, B. (1987):

Soziale Sicherung, München.

Petersen, H.-G. (1989):

Sozialökonomik, Stuttgart, Berlin, Köln.

Rittler, T. (2001):

Die Umgestaltung der Altersversorgung – Eine Wende im System?, in: Versicherungswirtschaft, 56. Jahrgang, Heft 14, S. 1115-1118.

Schröder, K. (2003):

Die demografische Entwicklung gefährdet die Vorsorge-Systeme, in: Versicherungswirtschaft, 58. Jahrgang, Heft 5, S. 330-332.

Trautvetter, M. / Lust, D. (2003):

Die Sterblichkeit verbessert sich schneller als in der DAV-Tafel berücksichtigt, in: Versicherungswirtschaft, 58. Jahrgang, Heft 22, S. 1791-1794.

Ullrich, E.-B. (2003):

Ein Altersvorsorge-Konto soll die Riester-Rente ablösen, in: Versicherungswirtschaft, 58. Jahrgang, Heft 24, S. 1977-1980.

VGH (Hrsg.) (2002):

Die PrämienRente – Tarif und staatliche Förderung, o. O.

ZUKUNFT klipp + klar (2002):

Die neue Rente und ihre Förderung, Karlsruhe.

Versicherbarkeit von Umwelthaftpflichtschäden

Markus Bogusch

1. Einleitung	144
2. Problemstellung, Grundlagen.....	145
2.1. Umweltschadenproblematik	145
2.2. Staatliche Maßnahmen.....	146
2.3. Konsequenzen für die Versicherer	147
3. Diskussion des Untersuchungsgegenstandes	148
4. Fazit.....	153
Literaturverzeichnis.....	154

1. Einleitung

Seit den 70er Jahren haben Diskussionen über Umweltschutz in Politik und Gesellschaft eine immer größer werdende Bedeutung erlangt. Spektakuläre Umwelthaftpflichtschäden, wie die Dioxinemission beim Chemieunfall in Seveso/Italien 1976, die Strandung des Riesentankers Amoco Cadiz vor der französischen Küste im Jahr 1978, oder der Chemieunfall in Bhopal 1984 entfachten Debatten über eine Verschärfung der gesetzlichen Haftungsregeln.¹ Im Jahr 1992 beispielsweise betrug das finanzielle Ausmaß von Umweltschäden rund 203 Milliarden Deutsche Mark.² Die immer wieder aufkommenden Umweltdiskussionen wegen Fällen wie Seveso, oder Amoco Cadiz und das veränderte Umweltbewusstsein der Bevölkerung veranlassten den Staat, Veränderungen im Umweltrecht vorzunehmen. Die vom Gesetzgeber induzierte Verschärfung der Umwelthaftung sowie Umwelthaftpflichtschäden, die in den 80er Jahren erhebliche Ausmaße angenommen hatten, zwangen die Versicherer, ihre Deckungskonzepte zu überdenken und werfen die Frage einer generellen Versicherbarkeit auf. Im Folgenden sollen zuerst die für die Versicherungswirtschaft problembehafteten Aspekte des Umweltschadens und die Maßnahmen des Staates und dessen Zwecke aufgezeigt werden. Vor diesem Hintergrund sollen Implikationen und Reaktionen der Versicherungswirtschaft unter

¹ Vgl. Schmidt-Salzer (1992), RN. 10.

² Vgl. Balzereit, B. / Kassebohm, K. / Kettler, R. (1996), S. 117 ff.

Betrachtung der Versicherbarkeit und der besonderen Rolle der Rückversicherer im Umwelthaftpflichtbereich beleuchtet werden.

2. Problemstellung, Grundlagen

2.1. Umweltschadenproblematik

Die Wortverbindung „Umwelt“ und „Schaden“ bezeichnet eine nachteilige Veränderung der freien Lebensräume Boden, Luft und Wasser in ihrer natürlichen Beschaffenheit durch vom Menschen geschaffene Substanzen oder Verhaltensweisen.³

Zu unterscheiden sind hier zwei Arten von Umweltschäden. Es gibt Umweltschäden als solche, die man als Ökoschäden subsumieren kann. Zu nennen sind hier Schäden an Flora und Fauna. Zum anderen müssen individuelle Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die aus einer vorübergehenden oder bleibenden Veränderung der Umweltmedien resultieren, betrachtet werden. Der Schaden erfolgt hier also mittelbar über die Medien Boden, Luft und Wasser. Als Beispiel könnte man nennen, dass sich giftige Gase aus einer Anlage über die Luft verbreiten und in einer anliegenden Stadt mehrere Menschen Lungenverletzungen davon tragen. Diese Schäden können als Störfall, als Allmählichkeitsschaden,⁴ oder aus dem Normalbetrieb resultieren. Letzteres sind kleine Störfälle, bei denen sich der Austritt von gefährlichen Stoffen im Bereich der gesetzlich erlaubten Grenzwerte bewegt.⁵

Die für die Versicherungswirtschaft relevanten, problembehafteten Eigenschaften der Umwelt bzw. des Umweltschadens sind zum einen die Komplexität und die schwierige Monetarisierbarkeit, und zum anderen Altlasten und die Integrierbarkeit in das Haftungsrecht.

Die Umwelt als Ganzes lässt sich aufgrund von extrem komplexen naturwissenschaftlichen Zusammenhängen nur schwer erklären und verstehen. Wissenschaft und Forschung in ihrer heutigen Form stoßen regelmäßig an ihre Grenzen, wenn es darum geht, ein Gesamtverständnis des Umweltsystems zu erarbeiten.⁶ Substanzen sind Wechselwirkungen ausgesetzt, verändern sich, oder wirken in Kombination mit anderen Substanzen, um dann schließlich einen Schaden zu verursachen.⁷ Die Abschätzbarkeit von Umweltrisiken erweist sich somit vor allem für Versicherer als schwer und komplex zu handhaben. Typische Umweltschäden zeigen sich erst nach einer langen Wirkungsverzögerung und können sich durch Distanz- oder

³ Vgl. Alsleben, D. (1993), S. 8.

⁴ Sachschäden durch allmähliche Einwirkung durch Temperatur, Gase, Dämpfe etc.

⁵ Vgl. Gehrke, A. (1994), S. 45 ff.

⁶ Vgl. Hofmann, M. (1995), S. 7.

⁷ Vgl. Bongaerts, J. C. / Kramer, R. A. (1987), S. 23.

Summationsschäden auszeichnen. Diese Arten von Schäden haben die Eigenschaft, dass Verursachungsort und Schadensort mitunter weit voneinander entfernt sind (Distanzschäden), oder erst durch eine Vielzahl von harmlosen Schäden und dessen Kombination verursacht worden sind (Summationsschäden).⁸ Weiterhin besitzen viele Umweltschäden die Eigenschaft, weitgehend nicht-pekuniär zu sein, d. h. Schäden können nicht direkt in Geldeinheiten ausgedrückt werden, sondern deren monetäres Äquivalent muss erst ermittelt werden.⁹ Die Umwelt ist aber ein öffentliches Gut, dessen Eigenarten Nichtrivalität im Konsum und in der Produktion sowie Nichtanwendbarkeit des Ausschlussprinzips dazu führen, dass der idealtypische Preisbildungsprozess nicht richtig funktioniert oder sich eine falsche Preisbildung einstellt. Es kommt zum Marktversagen und Marktpreise können sich nicht bilden, obwohl eine gesamtgesellschaftliche Bewertung, beispielsweise durch Opportunitätskosten, durchaus bestehen kann.¹⁰ Altlasten wiederum sind Umweltverunreinigungen, die durch in der Vergangenheit verursachte Schadenereignisse hervorgerufen worden sind. Schwierigkeiten bereiten hier vor allem die Fälle, in denen die Verursacher nicht mehr festgestellt werden können, gewechselt haben oder insolvent sind. In Deutschland hat sich im Zusammenhang mit der Vereinigung der ehemaligen DDR der Umfang der Schäden erheblich erhöht und es sind Sanierungskosten in Milliardenhöhe zu erwarten.¹¹ Weiterhin sind Umweltschäden nicht ohne weiteres in das geltende Haftungsrecht integrierbar, beispielsweise wenn Schäden anfallen, bei denen kein Schadensanspruchsberechtigter zu ermitteln ist (Schäden am Allgemeingut), oder es keinen gibt. Die Durchsetzung eines Schadenersatzanspruches anhand des Haftungsrechts wäre somit größtenteils unmöglich.¹² „Ohne Opfer aber kein Täter, es ermangelt einer zivilrechtlichen Klagebefugnis“.¹³

2.2. Staatliche Maßnahmen

Rechtliche Instrumentarien mit Bezug zum Umweltschutz und zur Umwelthaftung finden sich in Deutschland im Zivilrecht, im öffentlichen Recht und im Strafrecht.¹⁴ Mittelbares oder unmittelbares Umwelthaftungsrecht stellen die deliktsrechtliche Haftung nach §823 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), die nachbarrechtlichen Ausgleichsansprüche nach § 906 BGB, das

⁸ Vgl. Hofmann, M. (1995), S. 29.

⁹ Vgl. Kolm, S. C. (1974), p.15 f. zitiert nach Wenk, N. (1994), S. 12.

¹⁰ Vgl. Wenk, N. (1994), S. 59 ff.

¹¹ Vgl. Endres, A. / Reh binder, E. / Schwarze, R. (1992), S. 112.

¹² Vgl. Pelloni, G. (1993), S. 51-56.

¹³ Schwarze, R. (1995), S. 1.

¹⁴ Eine gute Aufstellung findet sich in Rütz, N. (2001), S. 15 ff.

Wasserhaushaltsgesetz (WHG), das Bundesimmissionsschutzgesetz (BImSchG) und das Umwelthaftungsgesetz (UmweltHG) dar. Sie haben unterschiedliche Gründe, warum für Umweltschäden gehaftet wird.¹⁵ Das am 01.10.1991 kodifizierte UmweltHG beruht auf dem Prinzip der Gefährdungshaftung, umfasst Distanz- und Summationsschäden sowie erstmals Ökoschäden und Normalbetriebsschäden. Weiterhin wurden Beweiserleichterungen zugunsten des Geschädigten und die Ursachenvermutung¹⁶ eingeführt.

Durch die Implementierung der Haftpflicht bezweckt der Gesetzgeber zum einen den Zwang zum Schadenausgleich. Zum anderen wird durch die damit verbundene Androhung zur Schadenkostenübernahme eine Anreizwirkung zur Schadenvermeidung in Gang gesetzt und eine Präventivwirkung initiiert. Dies führt gesamtgesellschaftlich zu einer optimalen Allokation der Schäden.¹⁷ Das Haftungsrecht hat weiterhin die Wirkung, dass die externen Effekte als Schäden an der Umwelt, die für die Volkswirtschaft Zusatzkosten darstellen, zum Teil internalisiert werden. Zu einer kompletten Anlastung der externen Effekte beim Verursacher kommt es in der Regel aber nicht, da stets die vollständige Berücksichtigung der externen Kosten nötig wäre. Dies ist aber nicht zuletzt wegen der oben bereits erwähnten schwierigen Monetarisierbarkeit und dem Auseinanderfallen von Schadenhöhe und tatsächlicher Kompensationszahlung nicht erreichbar.¹⁸ Dennoch muss der Unternehmer etwaige Schadenersatzzahlungen oder Versicherungsprämien in seine Kostenkalkulation einfließen lassen.

2.3. Konsequenzen für die Versicherer

Vor dem Erlass des UmweltHG waren Umwelthaftpflichtschäden in der Betriebshaftpflichtversicherung nach der Verschuldungshaftung mitversichert. Dies machte auch insoweit keine Schwierigkeiten, da die Schadenfälle selten und eher klein waren. Erst Mitte der achtziger Jahre haben sich die Schadenkosten und Anzahl der Fälle stark erhöht.¹⁹ Diese Situation resultierte vor allem aus den übersehenen Risiken der Vergangenheit (Altlasten), durch lang zurückliegende Belastungen der Umweltmedien, welche die Kapazitätsgrenzen der Versicherer überschreiten.²⁰ Die Ausweitung der Gefährdungshaftung auf die Umweltmedien Boden und Luft im UmweltHG weitete die Problematik noch aus. Die Eigenarten und Charakteristi-

¹⁵ Zur Übersicht siehe hier Gehrke, A. (1994), S. 276 Anhang 1.

¹⁶ Gemäß §6 Abs.1 UmweltHG wird die Verursachung des Schadens angenommen, wenn der Betrieb der Anlage geeignet war den Schaden zu verursachen. Vgl. Gehrke, A. (1994), S. 56.

¹⁷ Vgl. Schimikowski, P. (2001), S. 589-590. Zum Modell des Haftungsrechts und ihre Allokationswirkungen. Vgl. Endres, A., Rehbinder, E., Schwarze, R. (1992), S. 4 ff.

¹⁸ Vgl. Endres, A. / Rehbinder, E. / Schwarze, R. (1992), S. 31.

¹⁹ Vgl. Hofmann, M. (1995), S. 3.

²⁰ Vgl. Endres, A. / Rehbinder, E. / Schwarze, R. (1992), S. 113.

ka von Umweltschäden gestalten die Risikoabschätzung, die Schadenbeurteilung, das Schadenpotenzial und die zeitliche Zuordnung eines Schadens für Versicherer als schwer zu handhaben. Klein-, Mittel- und Großunternehmen sehen sich einer Verschärfung der Umwelthaftung gegenüber. Sie müssen als Betreiber einer Anlage für die möglichen Schadenfolgen aus dem Produktionsprozess aufkommen und können auch für Normalbetriebsschäden und Allmählichkeitsschäden belangt werden. Als starke Umweltverschmutzer in Deutschland gelten z. B. die chemischen und eisenschaffenden Industrien, sowie Öltraffinerien mit ihren entsprechenden Anlagen. Von dieser Seite bestehen Forderungen zum Transfer der neuen Risiken mit entsprechenden Produkten. Die ständige Wandlung von Umweltrisiken stellt den Versicherern die Aufgabe, als „Manager of risks“ den Unternehmern beratend zur Seite zu stehen.²¹ Die in §19 UmweltHG kodifizierte Deckungsvorsorgepflicht, die für besonders gefährliche Anlagen gilt, könnte die Nachfrage nach Umwelthaftpflichtversicherungen noch zusätzlich anfachen, wenn die entsprechende bindende Verordnung verabschiedet wird. Sie steht bis heute aber noch aus.²² Die Inhaber der explizit genannten Anlagen im UmweltHG sind hier nach zur Deckungsvorsorge verpflichtet und werden im Regelfall eine Umwelthaftpflichtversicherung abschließen. Inhaber anderer gefährlicher Anlagen müssen sich zwar nicht versichern, werden dies aber zum Zwecke des Risikotransfers tun. Versicherungsnachfragepotenzial besteht also.²³ Nach heutigem Stand besteht für Umwelthaftpflichtschäden also keine Versicherungspflicht im engeren Sinne, vielmehr eine noch nicht wirksame Deckungsvorsorgepflicht, oder faktische Versicherungspflicht, die üblicherweise durch eine Haftpflichtversicherung gedeckt wird.

3. Diskussion des Untersuchungsgegenstandes

Für die Versicherbarkeit von Umwelthaftpflichtschäden sind zwei Entstehungsbereiche von Schäden relevant. Zum einen die Verursachung von Umweltschäden durch Störfälle und zum anderen die Schäden durch Daueremissionen des genehmigten Normalbetriebes. Die Haftung für Ökoschäden als Schäden am allgemeinen Haushalt sind nicht Gegenstand der Umwelthaftpflichtversicherung, da der klassische haftpflichtrechtliche Tatbestand der Umwelthaftpflicht nicht erfüllt ist.²⁴

²¹ Vgl. Spühler, J. (2000), S. 59.

²² Vgl. Haag, K. (2003), S. 7.

²³ Vgl. Wolters, G. (1994), S. 184.

²⁴ Vgl. Spühler, J. (2003), S. 37.

Nach Dieter Farny²⁵ bestehen aus Sicht des Versicherers für das Kriterium der Versicherbarkeit die Voraussetzungen Zufälligkeit, Schätzung, Eindeutigkeit, Unabhängigkeit und Größenmerkmale der Schadenverteilung, besonders Schadensgrößen. Bei der Versicherbarkeit von Störfällen, also die Abweichung vom planmäßigen Produktionsgeschehen, ergeben sich bei der Versicherbarkeit insoweit keine Probleme. Dieser versicherungstypische Unfall im Umwelthaftpflichtbereich und deren Versicherung kommt der herkömmlichen Haftpflichtversicherung sehr nahe. So wurde der Sandoz-Fall von der Versicherungswirtschaft mit Schadenszahlungen von 73.000.000 Schweizer Franken ohne jegliche Prozesse abgewickelt.²⁶ Aber auch bei diesen herkömmlichen Schäden können Probleme entstehen, wenn der Versicherer es mit einer neuartigen Anlage zu tun hat, zu der keinerlei statistisches Material bzgl. der Störanfälligkeit existiert. Der Versicherbarkeit von Unsicherheit sei die Versicherungswirtschaft aber gewachsen.²⁷ Bei Normalbetriebsschäden, die durch Störfälle oder durch allmähliche Einwirkung entstehen können, entfachten in der Vergangenheit zahlreiche Diskussionen.

Im Regelfall ist das Zufälligkeitskriterium für Normalbetriebsschäden gegeben, denn der Versicherungsnehmer weiß beim Abschluss des Versicherungsvertrages nicht, ob die gewollte Risikosetzung zu Schäden führt. Sobald jedoch Wissen über eine Beeinflussung vorhanden ist, beispielsweise haben sich neue Erkenntnisse über Schadenursächlichkeiten im Umweltbereich ergeben, wird der Normalbetrieb unversicherbar.²⁸ Für die Schätzbarkeit der Umweltrisiken fehlen den Versicherern meistens Schadenserfahrungen oder statistisches Material. Dieses Kriterium kann man also als nicht erfüllt ansehen, jedoch haben Versicherer in der Vergangenheit immer wieder Risiken gedeckt, wo genau diese Schadenserfahrung fehlte.²⁹ Normalbetriebsschäden sind in der Regel Langzeitschäden und können durch diese Eigenschaft Zuordnungsschwierigkeiten verursachen. Aufgrund dieser Probleme wurde im Umwelthaftpflichtmodell des HUK-Verbandes³⁰ das Feststellungsprinzip implementiert. Hiernach ist der Versicherungsfall die nachprüfbar erste Feststellung des versicherten Schadens.³¹ Somit ist ein Schaden punktuell zuzuordnen und das Kriterium der Eindeutigkeit er-

²⁵ Vgl. Farny, D. (2000), S. 37-38.

²⁶ Vgl. Jörisen, in: Kormann (1994), S. 95-105 zitiert aus Herbst, C. (1996), S. 182.

²⁷ Vgl. Herbst, C. (1996), S. 183.

²⁸ Vgl. Herbst, C. (1996), S. 190.

²⁹ Vgl. Herbst, C. (1996), S. 191-192.

³⁰ Verband der Haftpflichtversicherer e.V.

³¹ Vgl. HUK-Modell, Ziffer 4.

füllt.³² Umweltschäden, insbesondere Langzeitschäden, zeichnen sich durch eine große Kumulgefahr aus. Sie treten zur gleichen Zeit und geballt auf und sind nicht unabhängig. Kumulschäden können leicht erhebliche Größenordnungen erreichen. Auch diese Kriterien erweisen sich somit als eindeutig nicht erfüllt.³³ In der Konsequenz würde somit folgen, dass Umweltrisiken, respektive Normalbetriebsschäden, theoretisch nicht versicherbar wären. Dennoch schaffte die gesetzliche Entwicklung einen „neuen“ Markt, in dem entsprechend Versicherungsnachfrage und Chancen vorhanden sind. Aus diesem Grund haben viele Versicherer die Herausforderung angenommen und versuchen, Umweltrisiken besser abzuschätzen und kalkulierbar zu machen.³⁴

Als Reaktion auf die gesetzlichen Entwicklungen wurde das so genannte Umwelthaftpflichtmodell der HUK als Empfehlung herausgegeben. Es umfasst alle im Gesetz genannten Anlagentypen und zeichnet sich durch diverse Ausschlüsse und durch Haftungsbeschränkungen bedingten unvollkommenen Versicherungsschutz aus (insgesamt existieren 15 Ausschlussklauseln).³⁵ Für Normalbetriebsschäden besteht eine Deckung nur, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er nach dem Stand der Technik die Möglichkeit solcher Schäden nicht erkennen konnte.³⁶ Es ist zu erkennen, dass die Versicherer eine Kalkulations- und Bewertungssicherheit durch diverse Ausschlüsse zu erreichen versuchen. Eine Monetarisierung wird so erleichtert. Wenn beispielsweise aus einer Umwelteinwirkung mehrere Versicherungsfälle im Sinne des Feststellungsprinzips entstehen, steht die Versicherungssumme aber nur einmal zur Verfügung. Ein Teil der Kumulgefahr wird somit begrenzt.³⁷

Die Assekuranz sah sich aufgrund der Umweltschadenproblematik gezwungen, ihr Risikomanagement zu verbessern. So werden technische Risikoprüfungen von zu versichernden Anlagen durchgeführt, die je nach Größe und Komplexität entsprechendes Know How verlangen. Die Maßnahmen reichen vom einfachen Fragebogen zur komplexen Risikoanalyse.³⁸ Versicherer gründen hierfür hochspezialisierte Umweltabteilungen, oder eigene Tochtergesellschaften, um Beratung im komplexen Umweltbereich anzubieten. Weiterhin wird angestrebt, bei dem zu versichernden Unternehmen ein Umweltmanagementsystem³⁹ einzurichten

³² Vgl. Herbst, C. (1996), S. 197.

³³ Vgl. Herbst, C. (1996), S. 193-194.

³⁴ Vgl. Hofmann, M. (1995), S. 72.

³⁵ Vgl. HUK-Modell Ziffer 6.1. und vgl. Gehrke, A. (1994), S. 246-247.

³⁶ Das HUK-Modell korrespondiert hier unmittelbar mit der oben geprüften Voraussetzung der Zufälligkeit.

³⁷ Vgl. Herbst, C. (1996), S. 246.

³⁸ Vgl. Hofmann, M. (1995), S. 73. Spezielle Faktoren zur Risikoeinschätzung Vgl. Spühler, J. (1999), S. 21.

³⁹ Umfasst den Aufbau eines ganzheitlichen Systems zur Durchführung der betrieblichen Umweltpolitik, das in alle Unternehmensbereiche und Abläufe integriert ist.

oder auszubauen, um Schadenverhütung zu betreiben und das Umwelthaftpflichtrisiko zu minimieren.⁴⁰ Das Ziel ist eindeutig eine unmittelbare Einflussnahme, Schadenverhütung, die Verringerung der Schadeneintrittswahrscheinlichkeit und somit die eigene Risikominderung.

Bei Umweltschäden sind aus oben erläuterten Problematik wichtige Parameter für die Tarifierung, wie der Maximum possible Loss (MPL)⁴¹, oder Schadenhäufigkeiten aufgrund von fehlendem statistischen Material schwer bestimmbar. Eine wichtige Unterstützung bildet das oben genannte Risikomanagementsystem, welches zusammen mit den Erfahrungen des Bevollmächtigten zur Zeichnung des Versicherungsvertrages (Underwriter) ergänzende Informationen bietet. Es bestehen keine anerkannten Methoden zur Prämienkalkulation. Ein Risiko richtig abschätzen und bewerten zu können, hängt somit zum größten Teil von den Fähigkeiten und Erfahrungen des Underwriters ab, dem somit ein großer Stellenwert zukommt und welcher von Versicherungsunternehmen entsprechend geschult wird.⁴² Den Versicherungen obliegt die Aufgabe der Monetarisierung des Umwelthaftungsrisikos, was in der Vergangenheit zum großen Teil unterblieben ist, da Prämien sonst bis zu 300% divergieren würden und man in der Praxis oft nicht wüsste, wie Risikoinformation in Prämien am Markt umgesetzt werden sollten. Schließlich würden Bedarfsprämien ermittelt werden, die lediglich die Kosten für Schäden und Verwaltung abdecken. Die Monetarisierung gerate in den Hintergrund.⁴³ Auch bei der Kalkulation der Versicherungssumme, in der auch die Haftpflichtansprüche Dritter einfließen, werden grobe Schätzungen vorgenommen, oder Individualabsprachen vereinbart.

Den Rückversicherungen kommt im Umweltbereich eine besondere Rolle zu. Die Erstversicherer erhöhen durch den Risikotransfer auf eine Rückversicherung die ihnen zur Verfügung stehenden Kapazitäten. Sie können also bisher im Vertrag ausgeschlossene Risiken in Deckung nehmen und das Risiko auf die Rückversicherer abwälzen. Umweltrisiken werden größtenteils rückversichert, was zur Folge hat, dass die Rückversicherer eine starke Beteiligung an diesen Risiken haben. Aufgrund der oben angesprochenen nicht adäquaten Bewertung der Umwelthaftpflichtrisiken, den Individualabsprachen der Underwriter im Umwelthaftpflichtbereich, und die Unkenntnis der Rückversicherer über die Geschäftspolitik des Erstversicherers führen dazu, dass Rückversicherer nur mit einer zeitlichen Verzögerung ge-

⁴⁰ Ein Umweltmanagementsystem kann ein von Prüfern anerkanntes Zertifikat erhalten. Vgl. Münchener Rück (2003), S. 30.

⁴¹ Maximal eintretbarer Schaden.

⁴² Vgl. Hofmann, M. (1995), S. 80.

⁴³ Vgl. Herbst, C. (1996), S. 226.

schäftspolitisch reagieren können. Hierdurch können sich im Umweltbereich Marktprämien etablieren, die zu negativen Geschäftsergebnissen führen. Gerade Kleinstversicherer würden rational ermittelte Prämien immer wieder unterbieten, da sie sich auf die Rückversicherungsprovision fokussieren und zulassen würden, wenn ein Vertrag defizitär laufe. Dies habe in der Vergangenheit zu Milliardenverlusten geführt.⁴⁴ Die Rückversicherer rückversichern sich abermals auf dem Retromarkt. Durch diese Retrozession können zusätzliche Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden. Großschäden, wie sie im Umweltbereich vorkommen, können nur durch eine internationale Verflechtung versicherbar gemacht werden.

Auf dem internationalen Rückversicherungsmarkt gelten die London Market Clauses (LMC)⁴⁵, wonach Allmählichkeitsschäden beziehungsweise Normalbetriebsrisiken nicht rückversicherbar sind. Diese Schäden können somit nur auf dem deutschen Markt rückversichert werden.⁴⁶ Durch diese Entwicklung sah sich die Rückversicherungswirtschaft gezwungen, immer mehr Einfluss auf das Underwriting der Erstversicherer zu nehmen und sich aktiv am Umweltmanagement zu beteiligen.⁴⁷ Weiterhin wurde die obligatorische proportionale Rückversicherung durch zwei Punkte modifiziert. So wird bei dementsprechenden Verträgen getrennt zwischen Normalbetrieb und Störfall, und bei einzelnen Risiken wird die Versicherungssumme für den Normalbetrieb auf 20 % festgesetzt. Dies hat zur Folge, dass Versicherungsnehmer hohe Deckungssummen abschließen müssen, um adäquate Kapazitäten zu bekommen. Weiterhin ist die Deckungshöchstsumme für Normalbetriebsschäden auf 20 Millionen Euro begrenzt. Bei den Erstversicherern ergeben sich somit enorme Kapazitätsengpässe, die durch zu gering angebotene Deckungssummen Ausdruck finden.⁴⁸ Als Alternative bieten sich zum einen Versicherungspools an, die es der Assekuranz ermöglichen, entsprechendes Know How zum Umweltbereich zu bündeln und zu entwickeln. Dies sind Foren aus Regierung, Industrie und Versicherungen, um Diskussionen und Hilfestellung bei der Versicherungsproblematik zu geben.⁴⁹ Das Ziel ist es, das finanzielle Risiko für jedes Mitglied entsprechend zu mindern.⁵⁰ Die Bildung eines Pools kann eine Möglichkeit sein, eine Erhöhung der Deckungskapazität zu schaffen, da die Versicherer geforderte höhere Deckungssummen

⁴⁴ Vgl. Herbst, C. (1996), S. 228 ff und S. 233 ff.

⁴⁵ So genannte Rückversicherungsgepflogenheiten. LMC 1b schließt alle Umweltallmählichkeitsschäden aus. Vgl. Herbst, C. (1996), S. 250.

⁴⁶ Vgl. Herbst, C. (1996), S. 250.

⁴⁷ Vgl. Münchener Rück (2003), S. 1 ff.

⁴⁸ Vgl. Herbst, C. (1996), S. 252-253 und S. 258.

⁴⁹ Vgl. Bos, W. N. (1992), S. 5-7 zitiert nach Hofmann, M. (1995), S. 68.

⁵⁰ Versicherungspools sind beispielsweise der Assurpol in Frankreich oder der M.A.S. in den Niederlanden. Vgl. Hofmann, M. (1995), S. 68-69.

mangels Kapazität nicht bereitstellen können.⁵¹ Die zweite Möglichkeit sind Umwelthaftungs-fonds/genossenschaften, die quasi Selbstversicherungssysteme darstellen und eine Lösung des Problems der Haftungsbeschränkung im Umweltbereich und der mangelnden Identifizierbarkeit von Verursachern darstellen können. Die Systeme gewährleisten Schadenkompensation, wenn Verursacher nicht haftbar gemacht werden können, oder wenn direkte Schadenersatzforderungen bestehen.⁵²

4. Fazit

Als Fazit lässt sich herausstellen, dass die gesetzliche Verschärfung des Staates im Umweltbereich die Versicherungswirtschaft vor erhebliche Probleme gestellt hat, sie jedoch eine entsprechende Risikobereitschaft zur Bewältigung der neuen Herausforderungen gezeigt hat. Dennoch wird der Zweck der Monetarisierung durch die Versicherer und die Internalisierung der externen Kosten im Umweltbereich aus Gründen von Kapazitätsengpässen und stark divergierenden Prämien nur unzureichend erfüllt. Die Kosten für Umwelthaftung werden dem Privatversicherungsnehmer und der Rückversicherungswirtschaft aufgebürdet. Es gilt abzuwarten, inwieweit sich internationale Rückversicherer in Zukunft am deutschen Umwelthaftpflichtmarkt engagieren werden, und wie sich die Kapazitäten entwickeln. Die Haftungsbeschränkungen und die enorme Belastung durch die Altlastensanierung, die selbst die Kapazitäten eines Umweltpools übersteigt,⁵³ wirft Fragen über staatliche Beteiligungen oder Industrieabgaben auf. Weiterhin ist zu beobachten, inwieweit eine Harmonisierung des europäischen Haftungsrechts gelingt, und wie die Monetarisierbarkeit und Versicherbarkeit von der geplanten Ausweitung der Verschuldungshaftung für Ökoschäden, die im allgemeinen Eigentum stehen, aussehen soll.⁵⁴

⁵¹ Vgl. Gehrke, A. (1994), S. 250.

⁵² Vgl. Meran, G. (1995), S. 67 ff.

⁵³ Vgl. Endres, A. / Rehbinder, E. / Schwarze, R. (1992), S. 113.

⁵⁴ Ein neuer Ansatz auf europäischer Ebene sieht das Weißbuch vor. Vgl. Weißbuch zur Umwelthaftung, O. V. (2000).

Literaturverzeichnis

Alsleben, D. (1993):

Zufall und subjektives Risiko. Eine Betrachtung zu den systematischen Grenzen der Versicherbarkeit von industriell verursachten Umweltschäden auf der Grundlage alten und neuen Haftungsrechts mit einem Nachtrag zum neuen Umwelthaftpflichtmodell, Diss. Karlsruhe.

Balzereit, B. / Kassebohm, K. / Kettler, R. (1996):

Umwelthaftung und Versicherungsschutz, in: Betriebsberater, Zeitschrift für Recht und Wirtschaft, 51. Jahrgang, S. 117-125.

Bongaerts, J. C. / Kraemer, R.A. (1987):

Haftung und Versicherung von Umweltschäden, in: Schriftenreihe des IÖW 8/87, Berlin.

Endres, A. / Rehbinder, E. / Schwarze, R. (1992):

Haftung und Versicherung für Umweltschäden aus ökonomischer und juristischer Sicht, in: Kloepfer, M. (Hrsg.), Studien zum Umweltstaat, Heidelberg.

Farny, D. (2000):

Versicherungsbetriebslehre, 3. Auflage, Karlsruhe.

Gehrke, A. (1994):

Unternehmensbezogenes Risikohandhabungskonzept und Versicherungsschutzstrategie der Assekuranz für die Umwelthaftpflicht nach dem Gesetz über die Umwelthaftung, Diss. Aachen.

Haag, K. (2003):

Das deutsche Umwelthaftungsgesetz als Beispiel einer verschuldensunabhängigen zivilrechtlichen Umwelthaftung, in: Blätter zum Recht, Heft: 1.

Herbst, C. (1996):

Risikoregulierung durch Umwelthaftung und Versicherung, in: Kloepfer M. (Hrsg.), Schriften zum Umweltrecht, Bd. 70, Berlin.

Hofmann, M. (1995):

Umweltrisiken- und schäden in der Haftpflichtversicherung: Hintergründe –Schadensanalysen – Kostenkalkulationsmodell, Diss. Karlsruhe.

(HUK-Verband) Verband der Haftpflichtversicherer, Unfallversicherer, Autoversicherer und Rechtsschutzversicherer e.V. (Hrsg.) (1993): Umwelthaftpflichtmodell 1993, o. O.

Meran, G. (1995):

Die Gewährleistung der Umwelthaftung durch Umweltfonds und –genossenschaften, in: Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Heft 1, S. 67-92.

Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2003):

Casualty Risk Consulting Informationen für Versicherer; 16: Umweltmanagementsysteme, München.

O. V. (2000):

Weißbuch zur Umwelthaftung, Hrsg. Europäischen Kommission, Luxemburg.

Pelloni, G. (1993):

Privatrechtliche Haftung für Umweltschäden und Versicherung, Zürich.

Rütz, N. (2001):

Versicherungsprodukte und Umwelthaftungsrecht – unter besonderer Berücksichtigung von Öko-Audit und ISO 14001, Cottbus.

Schmidt-Salzer, J. (1992):

Umwelthaftungsrecht, Heidelberg.

Schimikowski, P. (2001):

Umwelthaftung, Umwelthaftpflichtversicherung und Umweltschutz, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft Nr. 90, S. 583-605.

Schwarze, R. (1995):

Das Diskontierungsproblem der Umwelthaftung, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Heft 7, S. 378-381.

Spühler, J. (1999):

Umweltversicherung für Unternehmen, in: Swiss Re Publikationen, Hrsg. Swiss Re Publishing, Zürich.

Spühler, J. (2000):

Umweltrisiken als Bedrohung für den Unternehmer: nur bekannt, aber nicht erkannt?, in: Zeitschrift für Versicherungswesen 51, Heft 2, S. 58-59.

Spühler, J. (2003):

Emerging Risk, eine Herausforderung für den Haftpflicht-Underwriter in: Swiss Re Publikationen, Hrsg. Swiss Re Publishing, Zürich.

Umwelthaftungsgesetz (UmweltHG) (2002):

Vom 10. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2634) zuletzt geändert am 19. Juli 2002 (BGBl. I S. 2679).

Wenk, N. (1994):

Naturalrestitution und Kompensation bei Umweltschäden, in: Salje, P. (Hrsg.), Schriftenreihe Recht und Ökonomie, Bd. 4, Göttingen.

Wolters, G. (1995):

Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt. Eine Bewertung der jüngsten Entwicklungen auf dem deutschen Versicherungsmarkt aus Sicht der Marktversagens- und Wettbewerbstheorie unter besonderer Berücksichtigung des Umwelthaftpflichtmarktes, Diss. Frankfurt.

Versicherbarkeit von Terrorrisiken: Ist die Versicherungspflicht eine Lösung?

Roman Leibkind

1. State intervention.....	157
1.1. State involvement in insurance market	157
1.2. Should insurance coverage be mandatory?	158
2. Conclusion.....	165
Literature Index.....	167

1. State intervention

1.1. State involvement in insurance market

The sorrowful event of September 11, 2001 proposed multiple concerns within the financial services segment of the economy, especially as the menace of future terrorist attacks threaten and continue to jeopardize the world. After being able to sustain this unprecedented human-made record capital loss, the ability of the private insurance sector to manage possible future attacks, relying on itself, was put under question. Before the September 11, insurance coverage for losses which have been incurred under circumstances of a terrorist act was encompassed by normal insurance contracts.¹ Following the ideas of some industry analysts, this was because insurers' expertise supposed that the probability of any terrorist attack on the domestic soil as well as the size of the losses was very low. Only in the case of the detriment stemming from war activities, civil war or civil commotion, there was no possibility to purchase insurance coverage.² Unfortunately, their perception of the terror risk exposure changed in the aftermath of the World Trade Center attacks in New York City and the Pentagon in Washington D. C.

The comprehension of imaginable negative sequels of the "insurance absence" against terrorist actions spurred the calls for state involvement in the insurance sector. The availability of both the insurance coverage and "healthy" insurance sector is a cornerstone to the

¹ Comp. General Accounting Office (GAO) (2001), p. 1.

² Comp. Swiss Re (2002), p. 4.

smooth functioning, prosperity and growth of the economy.³ Through a shrinkage or absorption of some of the hazards and perils connected with the process of manufacturing and production, insurance provokes risk-averse business undertakers to absorb some “fresh” risks to a much bigger extent that would have been overtaken in the scenario of insurance absence. Thus, the existence of insurance coverage procures the economy with positive spill-over effects which make the economy more brisk and cause entrepreneurial risk-taking to a high extent which fosters a vital way of growth, structural change, employment and innovation. Since the same logic can also be employed in the case of insuring terrorist risks, welfare yields should be feasible if the state, in the face of the government, would assist in at least reducing this risk and therefore relieve the pressure on private enterprise.⁴ Thus, we can see that sometimes, the intervention of the state in the insurance market can be justified. This is not the only reason for the state to intervene. Another fact, speaking for the limited intervention of the state is the financial backing of the private insurance sector. In this case the state can play the role of the temporary insurer of the “last resort”⁵. The state also intervenes in private insurance markets in order to eliminate, or at least try to remove the so called externalities.⁶ This problem will be discussed later. And now, we are going to face the central key issue of this paper: should insurance coverage be compulsory?

1.2. Should insurance coverage be mandatory?

Recently, it has been discussed by some prominent insurance analysts or insurance companies in some countries that the introduction of the mandatory terrorism insurance might be a useful and may be an eminent thing to do.⁷ Such introduction might help the insurance sector as well as the state to overcome some hurdles.

Mandatory insurance as justification for a risk community

Mandatory insurance as a lawful requirement or decree for business subjects to overtake a certain portion of risk presents a specific regulation instrument in the insurance branch, which directly intervenes in the decision sovereignty of an insurance taker. In this case the insured has a free choice to opt the supplier of the insurance coverage he wishes to be in disposal of.

³ Comp. Kunrether, H. / Michel-Kerjan, E. / Porter, B. (2003), p. 12; Hartwig, R. P. (2002), p. 17 and General Accounting Office (GAO) (2001), p. 1.

⁴ Comp. Wolgast, M. (2002), p. 248.

⁵ Comp. Woodall, S. R. Jr. (2001), p. 2.

⁶ Comp. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2004), p. 264-265.

⁷ Comp. Nell, M. and Richter, A. (2004), p. 17.

An extreme case of the mandatory insurance is the compulsory requirement for the insurance taker, in accordance with the legal statute, to insure his risks by only one monopolistic supplier.⁸ In this case, the possibility of a free market with the robust competition would simply vaporize in thin air. Thus, consequences of such legal acts should be weighed and the disadvantages, as well as the advantages of this action should be gauged in advance. There can also be a legislated law for the mandatory availability of the insurance on the supply side.⁹ That would simply implicate that if any person or organization would strive to purchase an insurance policy, an insurance company would not be in a position to refuse him/her to insure his or her risks.

As has been mentioned before, state/government can proclaim terrorism insurance compulsory by automatically comprising it in property policies against a supplementary premium. This would to a high extent enlarge the risk community and diffuse the risk through the whole society.¹⁰ The risk atomization is the result of this risk sharing community.¹¹ This approach was frequently offered in Germany, especially as a solution for insuring the natural hazard occurrences.¹²

For instance, Swiss Re favours partial intervention of the state in the insurance sector as a marked measure to the solution of terrorism risk.¹³

If everybody complies with the fact of being a member of the risk sharing community, the necessary supplementary “loading” can stay relatively small. This premium rate may be either uniform for all insured objects or graded according to the type, location and the size of the risk. At the same time, this mode augments the funds on a big scale, thus allowing even vast future losses to be capped. Cover for landmark risks therefore remains affordable and available.¹⁴

One example, where the terrorism insurance is based on a mandatory basis and the premium rates are being graded by dependency on the location of the risk, is the Australian Terrorism Insurance Act 2003. It is compulsory for all property situated in Australia to be insured for declared terrorist incidents irrespective of the jurisdiction in which the parent company or insurer is based. Insurers will pay gazetted rates of premium to the Corporation,

⁸ Comp. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003), p. 71.

⁹ Comp. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003), p. 358.

¹⁰ Comp. Swiss Re (2002), p. 6.

¹¹ Comp. Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003), p. 26.

¹² This issue won a huge portion of attention, especially in the aftermath of catastrophic floods in Germany in 2002. Comp. Schwarze, R. and Wagner, G. G. (2003).

¹³ Comp. Reactions (2002), p. 3.

¹⁴ Comp. Swiss Re (2002), p. 7.

dependant upon the location of the property-higher prices for so-labelled “high risk” inner city zones, lower premiums for “low risk” rural non-infrastructure zones.¹⁵

Another contrary example of mandatory terrorism coverage with a uniform tariff is France. The pricing is relatively simple and does not vary according to the type or location of the risk. The premium rate depends only on the sum insured.¹⁶ The location and the type of a risk play no role here.

In order to draw a bottom line, we can see that by including the whole society by compulsory means in a risk sharing community, and therefore simultaneously expanding it, insurance companies could diversify, share and spread risks among its members, thus generating immense funds, which would allow the losses of catastrophic dimensions to be covered. By briefly summarizing this small subchapter, we can see that declaring terrorism insurance mandatory, could present a certain rationale in fighting the risk uninsurability of this “new plague” of the 21. century.

Distortion of risk perception

We can wonderfully portray risk perception on the example of terrorism insurance. Right away after 9/11 people said:” We are worried and we are concerned with the issue of terrorism”. Entrepreneurs in large cities in the USA expressed their view by saying:” This could potentially happen to us. Well, then how could we practically protect ourselves against future losses incurred by the terrorist acts?¹⁷” These organizations desired to obtain terrorist insurance and were eager to pay relatively high premiums for coverage, but no insurance company wanted to offer them insurance coverage due to the same way of thinking ”this might happen to me.” Terror risk is very unattractive for insurers: there is a high ambiguity of risk, premiums are viewed by insurers as relatively small and they have fear of tremendous losses.¹⁸ The consequences of such perception of a situation led to massive exclusions of terror risks from all the casualty and property policies. As a reaction to that, the US Congress passed the Terrorism Risk Insurance Act (TRIA) in November 2002.¹⁹ Under this program insurance companies were compelled to supply businesses with insurance coverage and the government would provide for up to \$100 billion to the insurance sector in case of another terrorist attack.

¹⁵ Marsh News (2003), p. 3.

¹⁶ Comp. Michel-Kerjan, E. / Pedell, B. (2004), p. 4-5 and Raoul, B. (2003), p. 5.

¹⁷ Comp. Kunreuther, H. (2003), p. 8.

¹⁸ Comp. Schmeidler, P. (2003).

¹⁹ Comp. Kunreuther, H. / Michel-Kerjan, E. / Porter, B. (2003), p. 8.

As time has passed, the situation has altered in a totally opposite way. Now, since the insurance companies are obliged to offer insurance coverage against terrorism, the insurance unavailability presents no problem today. The problem is that businesses do not seem to have a big interest in obtaining terrorism insurance nowadays. Two and a half years have passed since September 11th, no terrorist attacks have occurred on the American soil since then and people perceive the risk of another major terrorist act happening to them too small, so the concern with detriment from terrorism has assumed a back seat in most people's minds.²⁰

The Council of Insurance Agents and Brokers (CIAB) conducted the first national survey in March 2003 on the issue of demand for terrorist coverage. Almost fifty percent of the brokers who took part in the survey pointed out that less than twenty percent of their biggest commercial property and casualty accounts (clients who expend more than \$100,000 per year in commission and fees to the broker) had obtained terrorism insurance coverage. The situation is more complicated with smaller businesses (fewer than \$25,000 in fees and commissions to the broker). 65% of the contacted brokers pointed out that less than one in five clients were buying insurance against terrorism.

Following the results of another national study by the CIAB conducted in spring 2003, 72% of the brokers pointed out that their commercial clients were still not obtaining insurance against terrorism. In the fall of 2003, the insurance brokerage firm Kaye Insurance Associates, located in New York City, questioned 100 of its customers at middle market real estate, production and retail in the New York area on the insurance-related matters, including terrorism-related issues. Only 36% of the survey participants declared that they had bought terrorism insurance.²¹

What are the factors attributed with risk perception that one might wish to draw attention to? One major "ingredient" that has already been emphasized is ambiguity of the risk. People do not like ambiguity. We all do not like uncertainty and wish to know what will occur. If we are unsure and feel uncertain about probabilities, then we feel under pressure and out of control. People should try to estimate and comprehend the influence of ambiguity in the decision as to whether to invest in protection, or not.

Another factor that might lead one to the distortion of the risk perception is the so called myopia effect.²² This would simply imply that people only care for the foreseeable fu-

²⁰ Comp. Michel-Kerjan, E. / Pedell, B. (2004), p. 16-17.

²¹ Comp. Kunreuther, H. / Michel-Kerjan, E. (2004), p. 19.

²² Comp. Kunreuther, H. (2003), p. 10.

ture. They are not interested in future events lying five or six years ahead of them. They are usually concerned about what may be in 1-2 years. This is a typical feature of a human being. People crowd in lines to get an insurance protection immediately after any catastrophic event and as years pass by and nothing bad happens to them they cancel their policies. Entrepreneurs want to make sure that their profits are secured in this or next year. Investing in risk mitigation measures, on the contrary, is a decision of a long-term character. If people only are interested in the near future, they will probably not wish to “drown” their money in risk mitigation measures. In this case one should be challenged with inventing incentives which would help people to overcome the “myopia hurdle” so that they really could appreciate the importance of such long-term measures.²³

As we can see, people might not want to insure themselves on a voluntary basis as a result of the reasons which have been described in the preceding passages. The ambiguity of the risk and myopia imply the distortion of risk perception. In this situation, the economic consequences of an uninsured community can be immense. In a case of another terrorist act it is not definite who will cover the losses. That is why the introduction of mandatory terrorism insurance could present a reasonable step towards securing the interests of the whole society.

Samaritan’s dilemma

Though this subtitle might seem to be a strange formulation, on the contrary, this term can be explained and comprehended in the very simple manner. The role of a “good Samaritan” is here referred to the state. If in the private market “reigns” insurance absence, any government would in case of any disaster (including terrorist act) most likely step-in to aid with assistance and relieve measures in order to help the victims of the tragedy.²⁴ People, who are affected by any tragedy usually anticipate that their state would back them up. This can be explained by a very practical example; the insurance coverage for floods in Germany. After tragic events in August 2002 in Central Europe, especially in Germany, it became clear that only a relatively small number of victims had obtained insurance coverage for floods.²⁵ What seems to be astonishing is that insurance coverage for floods presents no problem in Germany; it is both

²³ Comp. Kunreuther, H. (2003), p. 9.

²⁴ The two most important conditions to do so are, in my opinion, the decency of the people who stay in power and financial ability to deliver aid.

²⁵ Comp. Nell, M. / Richter, A. (2004), p. 16.

available and affordable.²⁶ But what is amazing, is that though insurance coverage is both available and affordable, this insurance market has a low percolation rate. The tragic events have demonstrated how state and private sources can deliver aid to victims of catastrophes in overcoming very complex situations. The potential victims calculate their rationale in the following pattern: “Why should I buy insurance if the “papa-state” will help me out anyway?” The anticipation of the potentially affected businesses is that the state will remunerate them in case of any tragic event, irrespective of the fact, whether they are insured or not, may lead to the disinclination of firms to acquire a policy.²⁷ The individuals equate the insurance with the compensation of the state and view these two goods as substitutes.²⁸ The low level of demand for this type of coverage can therefore be derived from the potential victim’s expectation of a free non-insurance assistance. Knowing that this free, implicit insurance exists, the concern is that private entities will not have appropriate incentives to engage in risk mitigation. This form of moral hazard is exactly the crux of the so-called “Samaritan’s Dilemma.”²⁹ People prefer to play the role of free riders in such situations rather than investing in risk mitigation measures or buying insurance coverage.

The expectation of emergency assistance and the distortion of the loss prevention incentives create a concrete call for the state intervention in form of declaring insurance against floods compulsory. The same logic can be applied to the case of terrorism risk.

Mandatory insurance as a measure to eradicate externalities

An example can be very useful here to explain this subchapter. Please imagine that person X owns a skyscraper somewhere in central Manhattan which is insured against terrorist attack. Next to his glamorous building there stand even more beautiful skyscrapers, owners of which do not possess any insurance coverage against terrorism. Since X is a risk-averse person, as most of the people, he has decided to install security cameras all over his building: on the roof, in underground garages, on a parking lot in front of the building, at the central public entrance as well as the entrance for authorized staff, etc. Further, he has ordered the installation of windows made out of a bullet proof glass on every floor. In addition to that, because of his risk paranoia, X has hired elite security forces to protect and patrol the skyscraper 24

²⁶ The premium of 50-60 EUR for the insured losses in sum of 300,000 EUR.; Comp. Nell, M. / Richter, A. (2004), p. 16.

²⁷ Comp. Kunreuther, H. / Michel-Kerjan, E. (2004), p. 20.

²⁸ Comp. CATO Handbook for Congress, p. 386 (<http://www.cato.org/pubs/handbook/hb108/hb108-37.pdf>).

²⁹ Brown, J. R. / Kroszner, R. S. / Jenn, B. H. (2002), p. 11.

hours a day. After investing a “couple of million” dollars in these risk mitigation and protective measures he dials the telephone number of his insurance company and full of hope asks them for the reduction of the premium which he pays for his insurance policy. His insurance agent replies: ”What you have done is very good for you and your property but unfortunately we can not lower your premium because all other owners of the buildings which stand next to your skyscraper have not met the same precautionary measures. The contamination risk is still too high. Even if terrorists can not destroy your building in a direct way, they can still get into underground garages of the neighbouring skyscraper and set up a bomb there. The bomb will explode, the affected building will collapse and finally it will fall on your building. In the end, your skyscraper will cave in anyway and neither your security cameras, nor your elite forces will be able to help you. So, unless you somehow get your colleges to secure themselves we will not be able to reduce your premium.³⁰” After hearing that, X would probably understand that his efforts were in vain and he would have no stimulus to do the same installation works in his second skyscraper in downtown Chicago.

Herein lies the essence of externalities phenomenon. The actions or consequences of actions of others influence the actions of others. If nobody invests in security measures for other skyscrapers, then X would also have no incentive to do so. In this type of situation where all parties have identical characteristics it is possible to have two equilibriums-either everyone invests in protection or no one does.³¹ Here might lie the limit of the private insurance market in promoting adoption of risk mitigation and protective measures, especially in the case of contamination possibility. In such cases private markets might fail in the issue of moving people towards self-protection and investment in risk mitigation measures.

That is why declaring terrorism insurance mandatory might present a plausible step towards internalizing externalities. In case of terrorism risk, the dimension and the probability of loss depend to a high extent on the precautionary and risk preventive efforts which have been undergone by potentially affected individuals. If potentially affected businesses must insure themselves against terrorism risk (in connection with the introduction of deductibles), they will try to give their best in meeting precautionary and risk preventive measures in order to keep the probability and the dimension of the incurred losses as far down as possible.³² In this situation, the individuals would know that in case of a terrorist attack they would be par-

³⁰ Own example.

³¹ Kunreuther, H. (2003), p. 12.

³² Condition to this is that insurance companies introduce deductibles which contribute to hampering the development of moral hazard.

tially held liable for the incurred losses. Thus, under such circumstances they would invest in risk mitigation measures and keep a certain level of self-protection. In our example, after declaring insurance mandatory, in connection with deductibles, other skyscraper owners would probably also install security cameras and hire security personnel. Therefore, if everybody would invest in security measures, the reduction of premiums could be a possible consequence. Thus, making insurance coverage compulsory could be a useful instrument in removing externalities from the market.

2. Conclusion

The major objective of this short paper was to find out whether declaring terrorism insurance mandatory could present an appropriate and adequate step towards solving the problem of the uninsurability of terrorism risks. While dealing with this topic I was challenged by the task of finding out reasons which could justify the intervention of the state in insurance markets in form of proclaiming insurance coverage compulsory. Four main reasons have been presented here which in my opinion justify the introduction of the mandatory terrorism insurance. They are:

- Mandatory insurance as justification for a risk community
- Distortion of risk perception
- Samaritan's dilemma
- Mandatory insurance as a measure to eradicate externalities

Regarding the first point we have seen that mandatory insurance can present a useful instrument to enlarge the insured society thus spreading, sharing and diversifying risks throughout the whole risk community.

The second point refers to the problem that people sometimes do not want to insure themselves because of their distorted risk perception. There are two most important elements of this distorted risk perception: ambiguity of the risk and the so called myopia effect. People do not want to obtain insurance coverage because they quickly forget bad things if they do not repeat them later and because they undervalue the risk of any tragic event happening to themselves. The myopia effect is responsible for the fact that people do not get insured because they only care about the near future and view the acquirement of the insurance coverage as a long-term measure.

The third point deals with the problematic that the state might be compelled to provide emergency aid in case of any tragic occurrence and play the role of a “good Samaritan”. People believe that the state will help them out anyway, irrespective of the fact of whether they are insured or not. Therefore they tend to view the state’s emergency aid as an alternative, or a substitute product to the insurance. In this situation the state can declare insurance mandatory in order to debilitate the financial impact on itself in case of a devastating terrorist attack. At last, by declaring insurance coverage mandatory, externalities could be partially removed from the market.

After presenting this short review it can be assumed that declaring terrorism insurance mandatory could present a reasonable solution to the uninsurability of terrorism risks.

Literature Index

Brown, J. R. / Kroszner, R. S. / Jenn, B. H. (2002):

Federal Terrorism Risk Insurance, National Bureau of Economic Research Working Paper Nr. 9271, URL: <http://www.nber.org/papers/w9271>.

CATO Handbook for Congress:

URL: <http://www.cato.org/pubs/handbook/hb108/hb108-37.pdf>.

Hartwig, R. P. (2002):

One Hundred Minutes that Changed the Global Insurance Industry Forever URL: http://server.iii.org/yy_obj_data/binary/693021_1_0/sept11paper.pdf.

Kunreuther, H. (2003):

Interdependent Disaster Risks. The Need for Public-Private Partnerships, Presentation at the 2003 US-Japan Local Autonomy Forum, November 13, 2003; New York, N.Y. URL: <http://opim.wharton.upenn.edu/risk/downloads/03-14.pdf>.

Kunreuther, H. / Michel-Kerjan, E. / Porter, B. (2003):

Assessing, Managing, and Financing Extreme Events: Dealing with Terrorism URL: <http://opim.wharton.upenn.edu/risk/downloads/03-12.pdf>.

Kunreuther, H. / Michel-Kerjan, E. (2004):

Dealing with Extreme Events: New Challenges for Terrorism Risk Coverage URL: [http://opim.wharton.upenn.edu/risk/downloads/Terrorism %20paperMarch.pdf](http://opim.wharton.upenn.edu/risk/downloads/Terrorism%20paperMarch.pdf).

Michel-Kerjan, E. / Pedell, B. (2004):

Terrorism Risk Coverage after 9/11: A Comparison of New Public-Private Partnerships in France, Germany and the US URL: <http://opim.wharton.upenn.edu/risk/downloads/TerrorismCoverageFebruary.pdf>.

Marsh News (2003):

Implementing Risk Control Procedures URL: www.marsh.co.nz/docs/Marsh_News_11_03.pdf.

Nell, M. / Richter, A. (2004):

Catastrophic Events as Threats to Society: Private and Public Risk Management Strategies, Working Papers on Risk and Insurance Hamburg University, Nr. 12 URL: http://www.rrz.uni-hamburg.de/IfVBL/WP_R&I_12.pdf.

Raoul, B. (2003):

The French GAREAT-First Post-WTC Terrorism Pool, in: Exposure Nr. 10, p. 4-6 URL: http://www.ercgroup.com/gpc/resource_center/exposure/archive/no_10/expo10_e.pdf.

Reactions (24.07.2002):

Terrorism Modelling. An insoluble Problem? URL: <http://www.reactionsnet.com>.

Schmeidler, P. (2003):

Private Inspections and (Mandatory) Insurance for Managing Safety and Environmental Risks; Presented at a Conference on Workplace Safety and Health: What We Know and What We Wish We Knew; McDonough School of Business, Georgetown University, October 3, 2003 URL: www.msb.edu/prog/cbpp/safety/oct3-schmeidler.ppt.

Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2003):

Versicherungsbetriebslehre, Vorlesungsskript Wintersemester 2003, Hannover.

Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (2004):

Versicherungsbetriebslehre, Vorlesungsskript Sommersemester 2004, Hannover.

Schwarze, R. / Wagner, G. G. (2003):

Marktkonforme Versicherungspflicht für Naturkatastrophen-Bausteine einer Elementarschadenversicherung, in: DIW- Wochenbericht 12/03 URL: http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/wochenberichte/docs/03-12_1.html.

Swiss Re (2002):

Terrorism-Dealing with the New Spectre, Zurich URL: <http://www.swissre.com/INTERNET/pwswpspr.nsf/fmBookMarkFrameSet?ReadForm&BM=../vwAllbyIDKeyLu/BBER-57DK3X?OpenDocument>.

US General Accounting Office (2001):

Terrorism Insurance: Alternative Programs for Protecting Insurance Consumers URL:<http://www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-02-175T>.

US General Accounting Office (2002):

Rising Uninsured Exposure to Attacks Heightens Potential Economic Vulnerabilities URL: <http://www.gao.gov/new.items/d02472t.pdf>

Wolgast, M. (2002):

Global Terrorism and the Insurance Industry: New Challenges and Policy Responses, URL: www.gdv.de/download/Global-Terrorism.pdf

Woodall, S. Roy Jr. (2001):

Terrorism Insurance in the Post September 11, CRS Report for Congress URL: <http://www.globalsecurity.org/security/library/report/crs/RS21075.pdf>.

Directors' and Officers' Versicherungen: Brauchen wir eine Versicherungspflicht?

Dirk Brunkhorst

1. Einleitung.....	170
2. Problemstellung, Grundlagen.....	171
2.1. Die Entwicklung der D&O-Versicherung.....	172
2.2. Vertragsbedingungen der D&O-Versicherung.....	173
2.3. Versicherungspflicht für D&O-Versicherungen – eine erste Betrachtung.....	177
3. Diskussion des Untersuchungsgegenstandes.....	180
3.1. Erwartungsnutzenmaximierung und Versicherungspflicht.....	181
3.2. Asymmetrische Informationen und Versicherungspflicht.....	188
4. Zusammenfassung/Fazit.....	193
Anhang.....	195
Literaturverzeichnis.....	202

1. Einleitung

Die Directors' and Officers' Versicherung (D&O-Versicherung), eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung für Manager, ist ein relativ junges, komplexes Versicherungsprodukt. Die Komplexität resultiert aus dem Umfang der Leistungen, dem großen Versichertenkreis, sowie der Eigenart, dass es sich um eine Versicherung auf fremde Rechnung handelt. Eine Betrachtung der Versicherungsbedingungen der D&O-Versicherung bildet die Grundlage für die spätere Analyse. Der Markt für D&O-Versicherungen ist in Bewegung. Bis zum Jahr 2000 galt dieser aufgrund wahrgenommener Haftungsverschärfungen (Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG, ARAG-Urteil) als großer Wachstumsmarkt. Insbesondere der Markt für kleine und mittelständische Unternehmen sollte erschlossen werden. Am Markt hat sich in jüngster Zeit jedoch eine Kehrtwende vollzogen – die Versicherer entziehen sowohl in Deutschland als auch in dem Ursprungsland der D&O-Police, der USA, dem Markt Kapazitäten und erhöhen die Prämien gewaltig. Die Marktentwicklung wird in dieser Arbeit als Anlass verstanden, sich mit der Frage einer Versicherungspflicht bei

der D&O-Versicherung zu beschäftigen. Liegt Marktversagen vor, so könnten staatliche Eingriffe gerechtfertigt sein. Anhand einer differenzierten Betrachtung mit Hilfe der Erwartungsnutzentheorie soll analysiert werden, ob Anreize zur freiwilligen Versicherung bestehen. Ohne die Bereitschaft zur freiwilligen Versicherung gibt es staatlichen Handlungsbedarf, sofern die D&O-Versicherung eine „desired fruit“ ist. Ob eine Managerhaftpflichtversicherung jedoch politisch gewünscht ist, wird im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht. Abschließend soll der Einfluss Asymmetrischer Informationen auf die Frage der Versicherungspflicht untersucht werden. In diesem Zusammenhang wird modelltheoretisch geprüft, ob bei der D&O-Versicherung eine Adverse Selection-Problematik vorliegt, die eine Versicherungspflicht rechtfertigen könnte. Auch auf die Auswirkungen einer Versicherungspflicht auf die Moral Hazard-Problematik wird in diesem Zusammenhang eingegangen.

2. Problemstellung, Grundlagen

„Die Directors’ and Officers’ Liability Insurance ist eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung für Manager.“¹ An dieser knappen Definition werden bereits drei wichtige Aspekte der „D&O-Versicherung“ deutlich: Erstens deutet die englische Bezeichnung auf die Herkunft dieser Versicherungsform hin (USA). So gilt Lloyd’s als der erste D&O-Versicherer. Der Bedarf entstand wegen Haftungsverschärfungen durch den Gesetzgeber in Folge des Börsenkrachs an der New Yorker Wall Street vom 25. Oktober 1929.² Zweitens deckt die D&O-Versicherung nur Vermögensschäden (und keine Sach- oder Personenschäden) auf Grund privatrechtlicher und ggf. öffentlich-rechtlicher Haftpflichtansprüche, was allen gängigen D&O-Bedingungswerken gemeinsam ist.³ Drittens betrifft die Versicherung Manager (im weiteren Sinne) als Versicherte. Mit Managern sind die gegenwärtigen und ehemaligen Organmitglieder des Vorstands bzw. der Geschäftsführung, des Aufsichtsrates und der Beiräte gemeint. Leitende Angestellte werden ebenfalls häufig entsprechend der amerikanischen Tradition miteinbezogen (der Begriff „Officers“ schließt auch leitende Angestellte mit ein).⁴ Nachfolgend soll auf gesellschaftsrechtliche Veränderungen, die Marktentwicklung und die Versicherungsbedingungen der D&O-Versicherung eingegangen werden.

¹ Arnoldussen, L. / Messmer, D. (2003), S. 39.

² Vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1366.

³ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 128.

⁴ Vgl. Ihlas, H. (1997), S. 200.

2.1. Die Entwicklung der D&O-Versicherung

Der zunehmende Einfluss der Aktionäre, neuere gesetzliche Regelungen (z. B. KonTraG), verschärfte Rechtsprechung (ARAG-Urteil) und eine immer weiter steigende Anspruchsmentalität erhöhen das Risiko einer persönlichen Haftung der Unternehmensorgane. Zudem sind Manager im Zuge der Globalisierung einem wachsenden Wettbewerbsdruck und neuen Gefahrenquellen ausgesetzt. Weitreichende Entscheidungen sind unter Zeitdruck zu treffen (z. B. Restrukturierungen, Mergers-and-Acquisitions, neue Rechnungslegungsvorschriften). Die Folge ist, dass die Zahl der Schadenersatzansprüche gegen Geschäftsführer, Vorstände und Aufsichtsräte stetig steigt.⁵

Haftungsentwicklung von Unternehmensleitung und Aufsichtsräten

Das „ARAG-Urteil“⁶ von 1997 hat die Diskussion über die Haftung von Aufsichtsräten belebt.⁷ Bis dahin wurde die Übernahme eines Aufsichtsratsmandats als nicht besonders risikoreich angesehen. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat zum ersten Mal klargestellt, dass der Aufsichtsrat bei bestehenden Schadenersatzansprüchen gegen die Geschäftsführung diese auch durchzusetzen hat.⁸ Das Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) ist 1998 in Kraft getreten und enthält zahlreiche Veränderungen im Aktien- und Handelsgesetz.⁹ Nach Messmer lässt sich daraus de jure allerdings keine Haftungsverschärfung ableiten.¹⁰

Marktentwicklung USA, Deutschland

Für die spätere Analyse der Versicherungspflichtfrage ist eine Betrachtung des Marktes von großer Bedeutung. So könnte ein fehlendes Marktgleichgewicht auf die Notwendigkeit eines staatlichen Eingriffs hindeuten. Im Anhang C werden die Ergebnisse zweier Studien präsentiert, die sich auf Nordamerika beziehen. Die Studien zeigen, dass sich der Markt stark verän-

⁵ Vgl. Heitmann, L. (1999), S. 1076.

⁶ In dem konkreten Fall beschloss der Aufsichtsrat gegen den Widerstand einzelner Mitglieder, den Vorstand der ARAG-AG nicht zur Rechenschaft zu ziehen. Dieser hatte für eine Anlage entgegen einem Gesellschafterbeschluss keine Bonitätsprüfung durchgeführt und damit einen Schaden für die Gesellschaft verursacht.

⁷ Für die Zeit vor dem Urteil war jener Ausspruch von H.-J. Abs bezeichnend: „Es ist leichter, eine eingeseifte Sau am Schwanz festzuhalten, als einen Aufsichtsrat haften zu lassen.“ Zitiert nach Arnoldussen, L. / Messmer, D. (2003), S. 37.

⁸ Vgl. Heitmann, L. (1999), S. 1078; Götz, H. (1997), S. 3275-3278.

⁹ Elemente der Reform sind eine Erhöhung der Kontrolle durch die Hauptversammlung, eine Verschärfung der Haftung des Abschlussprüfers sowie des Aufsichtsrats und eine Reform der Organhaftung. Nicht zuletzt soll auch die Stellung der Aktionäre verbessert werden. Vgl. Meßmer, D. (1999), S. 539.

¹⁰ Messmer, D. (2002), S. 1384.

dert hat. Eine Phase zunehmenden Wettbewerbs (1994-1999) ist auf Grund eines erhöhten Risikopotenzials (Sammelklagen seitens der Aktionäre, Bilanzskandale im Fall Enron und WorldCom), einer Phase steigender Prämien (um ein Drittel binnen Jahresfrist), sowie höherer Selbstbehalte und geringerer Versicherungssummen gewichen. In Deutschland scheint sich der Markt ähnlich zu entwickeln. Während in den letzten Jahren die Marktentwicklung im Hinblick auf das Wachstum positiv gesehen wurde¹¹, so deuten zahlreiche Stimmen auch in Deutschland auf steigende Prämien¹² und Einschränkungen des Angebots hin¹³. Insbesondere in Bezug auf Innenschäden legen die Versicherer, wie beispielsweise auch die Allianz, vermehrt Wert auf einen erheblichen Eigenbehalt.¹⁴

Kennzeichnend für den Versicherungsmarkt in Deutschland ist darüber hinaus die mangelnde Größe. Nordamerika ist mit 83 % der weltweiten Prämieinnahmen der größte D&O-Versicherungsmarkt. In Europa und Deutschland werden im Vergleich dazu lediglich 13 % bzw. 2 % der weltweiten D&O-Prämien erzielt (Stand: 2000).¹⁵ Für das Jahr 2003 betrug das Beitragsaufkommen des deutschen D&O-Marktes 200 bis 230 Mio. Euro. Langfristig rechnet Tillinghast - Towers Perrin aber mit einem Volumen von 1 Mrd. Euro.¹⁶ Allein der Schadenfall DaimlerChrysler¹⁷, in Höhe von 220 Mio. Euro, hat das gesamte Prämienaufkommen 2003 aufgezehrt.

2.2. Vertragsbedingungen der D&O-Versicherung

Nachfolgend soll anhand der vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) erarbeiteten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung von Aufsichtsräten, Vorständen und Geschäftsführern (AVB-AVG), der Gegenstand und der Umfang der D&O-Versicherung selektiv herausgearbeitet werden. Die AVB-AVG dienen etlichen Anbietern als Grundlage, inzwischen weichen allerdings wegen des stark gestiegenen Wettbewerbs und des damit einhergehenden Preisdrucks sämtliche Versicherungsgesellschaften von diesem Verbandsmodell ab.¹⁸

¹¹ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 8.

¹² „Preiserhöhungen von 200 bis 300 Prozent“ (Fromme, H., Financial Times Deutschland (FTD) 08.09.2003).

¹³ Vgl. Häuser, M. (2003), S. 39; FTD titelt: „Allianz verschärft Managerhaftpflicht“ (Fromme, H., FTD 08.09.2003); FTD titelt: „Assekuranz zieht Haftpflichtbremse an“ (Krüger, A. / Fromme, H., FTD 01.11.2003).

¹⁴ Vgl. Krüger, A. / Fromme, H., FTD 01.11.2003.

¹⁵ Parsons, C. (2000), S. 78.

¹⁶ Vgl. Towers Perrin – Tillinghast (2004).

¹⁷ Vgl. Fromme, H., FTD 08.09.2003.

¹⁸ Vgl. Olbrich, C. 2003, S. 53.

Gegenstand der Versicherung

Gemäß Ziffer 1.1 AVB-AVG gewährt der Versicherer „Versicherungsschutz für den Fall, dass ein gegenwärtiges oder ehemaliges Mitglied des Aufsichtsrates, des Vorstandes oder der Geschäftsführung der Versicherungsnehmerin (versicherte Person) wegen einer bei Ausübung dieser Tätigkeit begangenen Pflichtverletzung auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen (...) für einen Vermögensschaden von Dritten oder von der Versicherungsnehmerin auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.“¹⁹ In dieser Formulierung, die in ähnlicher Form in sämtlichen angebotenen Versicherungsbedingungen Verwendung findet²⁰, kommt der Gegenstand der D&O-Versicherung komprimiert zum Ausdruck. Nachfolgend soll auf die einzelnen Elemente kurz eingegangen werden: Sowohl nach dem Verbandsmodell als auch in der Praxis²¹ ist der Versicherungsnehmer²² das Unternehmen, für das die versicherten Personen tätig sind. Der Abschluss erfolgt im eigenen Namen für einen anderen, nämlich die Organmitglieder. Somit ist die D&O-Versicherung eine Versicherung für fremde Rechnung im Sinne des § 74 Abs. 1 Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).²³ Als Grund gilt die gesamtschuldnerische Haftung der Organmitglieder (Organmitglieder haften solidarisch), die dann greift, wenn eine Aufteilung der Organmitglieder nach Ressorts nicht erfolgte bzw. es sich um Gesamtzuständigkeiten handelt.²⁴ Bei einer Einzelversicherung bestünden somit Versicherungslücken.²⁵

Im Verbandsmodell sind als Versicherte ausschließlich Organmitglieder des Versicherungsnehmers, also alle gegenwärtigen und ehemaligen Mitglieder des Aufsichtsrates, des Vorstandes oder der Geschäftsführung (Ziffer 1.1 der AVB-AVG), angeführt. In den meisten am Markt angebotenen D&O-Versicherungen sind zudem auch die Mitglieder von Beiräten und zum Teil von Verwaltungsräten im Versichertenkreis enthalten.²⁶ Zudem werden leitende Angestellte in der Praxis von einer Mehrzahl der Versicherer miteinbezogen.²⁷ Versichert ist

¹⁹ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung von Aufsichtsräten, Vorständen und Geschäftsführern (AVB-AVG) des GDV. abgedruckt bei Plück, R. / Lattwein, A. (2000), S. 229 ff.

²⁰ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 55.

²¹ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 55.

²² Als Versicherungsnehmer kommen juristische Personen des Privatrechts (AG, GmbH, Genossenschaft) sowie Stiftungen und Vereine in Betracht; Personengesellschaften sind hingegen nicht von Interesse (Gründe: keine eigene Rechtspersönlichkeit, Geschäftsführung regelmäßig an Gesellschaft beteiligt). Vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1366 f.

²³ Vgl. Ihlas, H. (1997), S. 192.

²⁴ Vgl. Heitmann, L. (1999), S. 1076.

²⁵ Vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1366.

²⁶ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 102.

²⁷ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 105.

die Tätigkeit in ihrer Funktion als Organ beziehungsweise leitender Angestellter des Versicherungsnehmers. Auch die Einbeziehung von Tätigkeiten bei Tochterunternehmen hat sich auf dem deutschen Markt durchgesetzt,²⁸ nicht jedoch in den Gremien anderer Unternehmen.²⁹ Versichert sind dabei ausschließlich Vermögensschäden. Das sind nach der Definition in den AVB-AVG (Ziffer 1.1) „Schäden, die weder Personenschäden ... noch Sachschäden ... sind, noch sich aus solchen Schäden herleiten.“³⁰ Mittelbare Vermögensschäden, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie mit einem Personen- oder Sachschaden in einem ursächlichen Zusammenhang stehen, sind also vom Versicherungsschutz der D&O-Versicherung ausgeschlossen.³¹ Versicherte Ansprüche sind entsprechend den AVB-AVG sowohl Drittansprüche als auch Ansprüche der Gesellschaft an das Organmitglied (Außen- und Innenhaftung, vgl. Anhang B). In der gesellschaftsrechtlichen Praxis in Deutschland spielen die Außenansprüche eine untergeordnete Rolle, denn das Organmitglied wird außerhalb des Insolvenzfalls selten von Dritten in Anspruch genommen.³² Der für eine Haftpflichtversicherung untypische Einschluss der Innenhaftung ist für die spätere Analyse von besonderem Interesse, da hier Manipulations- und Kollusionsgefahren die Prämienkalkulation erschweren und es sich um den Bereich des Eigenschadens und unternehmerischen Risikos des Versicherungsnehmers handelt.³³ Zur Eindämmung der Kollusionsgefahren empfiehlt der GDV im Bereich der Aktiengesellschaften eine Öffentlichkeitsklausel (Ziffer 1.3 AVB-AVG), bei anderen Gesellschaften eine Trennungsklausel und eine Gerichtsklausel in die Vertragsbedingungen aufzunehmen. Die Öffentlichkeitsklausel verlangt, dass ein Anspruch der versicherten Person nur auf Veranlassung der Hauptversammlung erhoben werden kann.³⁴ Während die Trennungsklausel den Versicherungsschutz von einer Abberufung des haftenden Organmitglieds und dessen Ausschluss für fünf Jahre von vergleichbaren Positionen beim Versicherungsnehmer abhängig macht, so verlangt die Gerichtsklausel, dass der Ersatzanspruch gerichtlich festgestellt wurde.³⁵ Diese Klauseln werden auf Grund einer größeren Orientierung an dem Versicherungsnehmer i. d. R. nicht mehr verwendet.³⁶

²⁸ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 116 f.

²⁹ Vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1367.

³⁰ AVB-AVG, in: Plück, R. / Lattwein, A. (2000), S. 229.

³¹ Vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1368.

³² Vgl. Heitmann, L. (1999), S. 1076.

³³ Vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1368; vgl. Ihlas, H. (1997), S. 245 f. und vgl. Thümmel, R. C. / Sparberg, M. (1995), S. 1013 und S. 1018.

³⁴ Vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1368.

³⁵ Vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1368.

³⁶ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 136.

Umfang und Ausschlüsse der D&O

Den Versicherungsbedingungen liegt das so genannte Anspruchserhebungsprinzip (claims-made-Prinzip) zu Grunde, welches sich für die D&O-Versicherung weltweit durchgesetzt hat. Demzufolge kommt es nicht auf den Zeitpunkt an in dem der Pflichtverstoß begangen wird (so genanntes Verstoßprinzip), sondern maßgebend ist wann der Schadenersatzanspruch geltend gemacht wird. Liegt diese Geltendmachung in der Vertragslaufzeit, so ist der Schaden versichert. Der Grund für die Anwendung des claims-made-Prinzip ist die zu erwartende Spätschadenproblematik, da zwischen der Pflichtverletzung, dem Eintritt des Vermögensschadens und der Geltendmachung des Haftungsanspruchs häufig mehrere Jahre liegen.³⁷

Bezüglich des zeitlichen Umfangs muss der Versicherungsnehmer dadurch zwar auf die zeitlich unbegrenzte Nachhaftung verzichten, profitiert jedoch von einer Rückwärtsversicherung für vor dem Versicherungsbeginn begangene Verstöße. In Bezug auf den sachlichen Umfang der D&O-Versicherung ist im Deckungsschutz nach sämtlichen Versicherungsbedingungen³⁸ in Anlehnung an Ziffer 4.1 AVB-AVG „sowohl die gerichtliche und außergerichtliche Abwehr unbegründeter als auch die Befriedigung begründeter Schadenersatzansprüche“ enthalten. Die D&O-Versicherung hat somit neben der Zahlungs- auch eine Rechtsschutzfunktion.³⁹ Für den Umfang der Leistung des Versicherers ist die im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme der Höchstbetrag. Dies gilt für den einzelnen Versicherungsfall und für alle während eines Versicherungsjahres eingetretenen Versicherungsfälle zusammen.⁴⁰ Die Begrenzung der Versicherungssumme⁴¹, nicht nur pro Schaden, sondern auch pro Jahr („aggregate limits“), ist wegen der Gefahr von erheblichen Frequenzschäden in der D&O-Sparte weltweit üblich.⁴² Unter der Geltung des claims-made-Prinzips kommt es nur auf die Höhe der Versicherungssumme im Jahr der Anspruchserhebung an, nicht aber auf das Jahr des Pflichtverstoßes.⁴³

³⁷ Vgl. Ihlas, H. (1997), S. 205 f.; Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1370 und vgl. Plück, R. / Lattwein, A. (2000), S. 178.

³⁸ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 156.

³⁹ Vgl. Ihlas, H. (1997), S. 215 f.

⁴⁰ Vgl. Plück, R. / Lattwein, A. (2000), S. 183.

⁴¹ Nach Heitmann liegt die Versicherungssumme üblicherweise in einer Bandbreite zwischen 500.000 und 25 Mio. Euro. Vgl. Heitmann, L. (1999), S. 1081; im Großrisikogeschäft sind auch größere Versicherungssummen möglich. Vgl. Lange, O. (2002), S. 1627; DaimlerChrysler einigte sich mit den Aktionären über eine Zahlung von 300 Mio. Euro, von denen 220 Mio. Euro durch D&O-Versicherungen gedeckt seien (Fromme, H., FTD 08.09.2003).

⁴² Vgl. Ihlas, H. (1997), S. 226 und vgl. Thümmel, R. C. / Sparberg, M. (1995), S. 1013/1017.

⁴³ Vgl. Ihlas, H. (1997), S. 226.

Die in Anspruch genommenen versicherten Personen tragen den im Versicherungsschein vereinbarten Selbstbehalt selbst. Der Zweck der frei bestimmbaren Selbstbeteiligung ist der Ausschluss des Aufwands für Bagatellschäden, sowie die Stärkung des Willens der versicherten Person zur Schadenverhütung und Abwehr eines erhobenen Schadenersatzanspruchs.⁴⁴ Der Ausschlusskatalog⁴⁵ wird im Rahmen eines speziellen Underwritings individuell zugeschnitten.⁴⁶ Grundsätzlich ausgeschlossen ist eine vorsätzlich begangene Pflichtverletzung. Eine grob fahrlässige Pflichtverletzung ist allerdings versichert.⁴⁷ Häufig betreffen Ausschlüsse den räumlichen Geltungsbereich: Nach Ziffer 5.5 AVB-AVG ist der Versicherungsschutz auf Deutschland beschränkt; in der Praxis wird dieser fast ausnahmslos weltweit mit Ausnahme von Nordamerika gewährt.⁴⁸

Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass die Bedingungswerke infolge des großen Wettbewerbsdrucks in den letzten Jahren immer stärker auf die Interessen der Versicherungsnehmer und der versicherten Personen ausgerichtet worden sind. Die AVB-AVG des GDV scheinen eine Art Mindeststandard aus Sicht der Versicherungsnehmer geworden zu sein. Während der Deckungsschutz kontinuierlich erweitert wurde, so wurden die Ausschlüsse auf ein Minimum reduziert.⁴⁹ Die jüngere Marktentwicklung scheint diesen Trend allerdings umzukehren.⁵⁰

2.3. Versicherungspflicht für D&O-Versicherungen – eine erste Betrachtung

Versicherung stiftet dem Versicherungsnehmer Nutzen, indem sie Sicherheit schafft und vielleicht darüber hinaus den Versicherungsnehmer in die Lage versetzt ertragreiche Chancen einzugehen, deren Risiken ohne Versicherung zu riskant erscheinen würden. Beides schafft private Anreize zur Herausbildung von Versicherungsmärkten, die unter gewissen Bedingungen in der Lage sind den Versicherungsschutz effizient zu organisieren.⁵¹ Eine Form der staatlichen Regulierung ist die der Versicherungspflicht. Nach Farny liegt Versicherungspflicht vor, „wenn eine Wirtschaftseinheit nicht autonom darüber entscheiden kann, ob sie ein be-

⁴⁴ Vgl. Plück, R. / Lattwein, A. (2000), S. 183 f. und vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1371.

⁴⁵ Lattwein nennt folgende möglichen Ausschlüsse: Umwelteinflüsse, Produkthaftpflichtschäden, Beleidigungen, Vorteilsklausel bei Konzernpolice, Bestechungen, Spenden, Darlehen und Kredite, Rückgabe von Bezügen, Verstöße gegen Insider-Regeln, Angehörigenklausel. Vgl. Lattwein, A. (1998), S. 287.

⁴⁶ Vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1371.

⁴⁷ Vgl. Ihlas, H. (1997), S. 233 f.

⁴⁸ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 169.

⁴⁹ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 232.

⁵⁰ Vgl. Ihlas, H. (2004), S. 395 f.

⁵¹ Vgl. Sinn, H.-W. (1988), S. 1107.

stimmtes Risiko versichert oder nicht, sondern Versicherungsschutz in bestimmter Form und mit bestimmtem Inhalt nehmen muss.⁵² Ist auch die Entscheidungsfreiheit über die Wahl des Versicherers aufgehoben, spricht man von einer Pflichtversicherung. In Bezug auf die D&O-Versicherung stellt sich erstens die Frage, ob eine Versicherungspflicht für bestimmte Unternehmen „de jure“ bereits existiert. Zweitens soll geprüft werden, welche Gründe für die Einführung einer Versicherungspflicht bei der D&O-Versicherung sprechen und was dagegen spricht. Drittens wird in Kapitel 0 der Versuch unternommen, anhand ökonomischer Modelle die Frage der Versicherungspflicht zu beleuchten.

Besteht für Aktiengesellschaften bereits eine Versicherungspflicht?

Im Rahmen der Gesetzesänderungen, die 1998 durch das KonTraG (Abschnitt 0) erfolgten, wurde für Aktiengesellschaften die Einrichtung und Unterhaltung eines funktionsfähigen Risikomanagement-Systems in §91 Abs. 2 Aktiengesetz (AktG) normiert. Bezüglich der Auslegung ist allerdings strittig, wie weitgehend die Pflichten des Vorstands im Rahmen des Risikomanagements sind: Vetter zählt zu den Aufgaben einer ordentlichen und sorgfältigen Unternehmensleitung in Bezug auf §91 Abs. 2 AktG die Risikoprüfung, Risikobeobachtungen und soweit möglich die Risikovermeidung. Daraus abgeleitet verlangt er die Prüfung und gegebenenfalls den Abschluss von Versicherungen gegen bestehende Risiken.⁵³ Explizit sagt Vetter, dass der Vorstand im Regelfall auch aufgefordert ist, „die Absicherung der Interessen der Gesellschaft durch eine D&O Versicherung vorzunehmen.“⁵⁴ Mit anderen Worten besteht nach Vetter für Aktiengesellschaften im Regelfall eine Versicherungspflicht. Olbrich hingegen ist der Auffassung, dass weder dem Gesetzestext des §91 Abs. 2 AktG noch der Gesetzesbegründung eine solche Ausdehnung auf eine Versicherungspflicht zu entnehmen ist. Die Pflicht des Vorstandes beziehe sich nur auf die Erkennung der Risiken, nicht aber auf die Absicherung der Gesellschaft gegen die Folgen des Eintritts dieser Risiken mittels entsprechender Versicherungen.⁵⁵

In dieser Arbeit wird eher von der zweiten Auffassung ausgegangen, da nach dem Wortlaut des §91 Abs. 2 AktG lediglich ein Risikofrüherkennungssystem vom Gesetzgeber verlangt wird. Allerdings stellt sich die Frage, ob bei der Identifizierung eines erheblichen

⁵² Farny, D. (2000), S. 140.

⁵³ Vgl. Vetter, E. (2000), S. 454.

⁵⁴ Vgl. Vetter, E. (2000), S. 455.

⁵⁵ Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 68.

Risikopotenzials⁵⁶ der Vorstand im Rahmen der allgemeinen Sorgfaltspflicht (§ 93 AktG) eine entsprechende Versicherung im Einzelfall abschließen muss. Von einer allgemeinen Versicherungspflicht für Aktiengesellschaften kann allerdings nicht die Rede sein. An einer anderen Stelle wird die D&O-Versicherung explizit erwähnt: Die Rede ist vom für börsennotierte Gesellschaften geltenden Deutschen Corporate Governance Kodex, der am 28. Februar 2002 vorgestellt wurde. In der Vorschrift 3.8 heißt es wörtlich: „Schließt die Gesellschaft für Vorstand und Aufsichtsrat eine D&O-Versicherung ab, so soll ein angemessener Selbstbehalt vereinbart werden.“⁵⁷ Die Soll-Vorschrift⁵⁸ bezieht sich nur auf den Selbstbehalt, so dass von einer Empfehlung oder gar einer Versicherungspflicht nicht gesprochen werden kann.⁵⁹

Warum eine Versicherungspflicht für die D&O-Versicherung?

Dieser Abschnitt dient der Sammlung von Gründen für und wider Versicherungspflicht bei der D&O-Versicherung. Es stellt sich die Frage, woraus überhaupt das Interesse an diesem Thema folgt und warum man sich damit beschäftigen sollte. In Abschnitt 2.1 wurde aufgezeigt, dass sich bezüglich der Wahrnehmung der Haftung von Organmitgliedern einiges getan hat. Dies bildete die Grundlage für das Wachstum des Marktes für D&O-Versicherungen. Doch die aktuelle Marktentwicklung zeigt, dass sich dieser in einer Krise befindet. Sollte diese von Dauer sein und demzufolge Marktversagen vorliegen, so besteht gegebenenfalls staatlicher Handlungsbedarf. Wie weiterhin bereits gezeigt wurde, können einzelne Großschadensfälle das gesamte Prämienaufkommen aufzehren. Für eine Versicherungspflicht spricht somit die Gewissheit, dass durch den Einbezug eines größeren Kreises von Versicherungsnehmern große Einzelrisiken nicht so sehr ins Gewicht fallen.⁶⁰ Dieser Grund ist angesichts der kleinen Marktgröße in Deutschland mehr als berechtigt. Die Zahl der Versicherungsnehmer zu erhöhen würde damit eine Kalkulation des Erwartungsschadens vereinfachen und den Markt insgesamt stabilisieren.⁶¹ Ein drittes Argument für die Einführung einer Versicherungspflicht könnte das Adverse Selection-Phänomen sein, wobei die Versicherungspflicht gegebenenfalls die Moral Hazard-Problematik verschärft. Ambivalent ist allerdings die Frage wie sich eine

⁵⁶ Die Schadenwahrscheinlichkeit ist nach Lange maßgeblich, ob im Einzelfall eine Versicherungspflicht vorliegt. Ein Indiz für eine hohe Schadenwahrscheinlichkeit könnte die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Branche (z. B. Finanzdienstleistungen, New Economy) sein. Vgl. Lange, O. (2002), S. 1630.

⁵⁷ Deutscher Corporate Governance – Kodex, Vorschrift 3.8.

⁵⁸ Eine Abweichung von einer Soll-Vorschrift muss offengelegt werden. Vgl. Deutscher Corporate Governance – Kodex, Präambel.

⁵⁹ Dieser Auffassung ist auch Messmer, D. (2002), S. 1384.

⁶⁰ Vgl. Parsons, C. (2000), S. 83.

⁶¹ Vgl. Parsons, C. (2000), S. 83.

Versicherungspflicht auf die Prämienhöhe auswirkt. Grundsätzlich verursachen Versicherungspflicht-Regime zusätzliche Kosten für die Administration und Kontrolle. Außerdem müsste ein Garantiefonds für Opfer von gesetzeswidrig Nichtversicherten eingeführt werden.⁶² Es ist allerdings zu erwarten, dass die Versicherer auf Grund des Gesetzes der großen Zahlen einen geringeren Risikoaufschlag berechnen müssten.

Parsons ist der Ansicht, dass ein Versicherungspflicht-System nur ordentlich funktioniert, wenn die Vertragsbedingungen relativ simpel, uniform und fast unbegrenzt in Bezug auf die Versicherungssumme sind. Die D&O-Policen, die derzeit auf dem Markt angeboten werden, erfüllen seiner Meinung nach keines dieser Kriterien. Aus diesem Grund und dem Argument zusätzlicher Bürokratie und Kosten, lehnt er eine Versicherungspflicht ab.⁶³ In Bezug auf die Versicherungssumme ist ihm zuzustimmen, in Bezug auf die Einheitlichkeit eher weniger (vgl. Vertragsbedingungen in Abschnitt 2.2). Die Komplexität der D&O-Versicherung resultiert jedoch zum Beispiel aus dem großen Kreis der versicherten Organe (Vorstand, Aufsichtsrat, Beirat, leitende Angestellte) und der Einbeziehung von Innen- und Außenhaftung. Doch die Untersuchung der Versicherungspflicht muss meiner Meinung nach differenziert betrachtet werden, denn es wäre auch eine Versicherungspflicht nur für einzelne Organe bzw. nur für die Innen- bzw. Außenhaftung denkbar. Eine solche Analyse wird im Kontext der Erwartungsnutzentheorie in Abschnitt 3.1 durchgeführt.

3. Diskussion des Untersuchungsgegenstandes

Nach Sinn ist das staatliche Versicherungsgebot im Bereich der Haftpflichtrisiken besonders wichtig. Ein Grund ist, dass Haftpflichtschäden (im Gegensatz zu Vermögensrisiken) das pfändbare Vermögen oder Eigenkapital eines Versicherungsnehmers bei weitem übersteigen können. Daraus folgt, dass selbst risikoaverse Individuen geringere Anreize haben könnten sich freiwillig zu versichern, da sie nur einen Teil der Schäden selbst tragen müssten. Die Haftpflichtversicherung dient der Internalisierung negativer externer Effekte. Bei mangelnder freiwilliger Vorsorge ist Versicherungspflicht angebracht.⁶⁴ Diese Begründung, die in Abschnitt 3.1 modelltheoretisch untersucht wird, könnte auch für die D&O-Versicherung gültig sein. Auch zur Vermeidung von Adverse Selection könnte ein staatliches Versicherungsgebot

⁶² Vgl. Parsons, C. (2000), S. 83.

⁶³ Vgl. Parsons, C. (2000), S. 83.

⁶⁴ Vgl. Sinn, H.-W. (1988), S. 1109.

nützlich sein,⁶⁵ wobei das Vorliegen von Moral Hazard den sinnvollen Anwendungsbereich der Versicherungspflicht einschränkt.⁶⁶ Ob Adverse Selection bzw. Moral Hazard bei der D&O-Versicherung existiert, wird in Abschnitt 3.2 diskutiert.

3.1. Erwartungsnutzenmaximierung und Versicherungspflicht

Für den Fall, dass der potenzielle Schaden größer als das Vermögen des Versicherungsnehmers ist, lässt sich eine ökonomische Begründung für den Versicherungszwang modelltheoretisch aus der “blood out of a stone rule” ableiten. Diese baut auf dem Erwartungsnutzenkriterium⁶⁷, der Entscheidungstheorie bei Unsicherheit, auf. Als erstes wird die Situation vorgestellt, in der unter Berücksichtigung der Annahmen kein Versicherungszwang erforderlich ist. Anschließend wird die “blood out of a stone rule” erläutert. Als drittes wird dann geprüft, ob sich aus den Ergebnissen eine Versicherungspflicht für die D&O-Versicherung ableiten lässt.

Versicherung und Erwartungsnutzenkriterium

Wir unterstellen einen ungesättigten, risikoaversen Versicherungsnehmer mit einer streng konkaven Nutzenfunktion U in Abhängigkeit vom Vermögen W . Der Grenznutzen des Vermögens ist positiv: $\frac{\partial U(W)}{\partial W} > 0$ und nimmt mit zunehmenden Vermögen ab: $\frac{\partial^2 U(W)}{\partial W^2} < 0$.

Für das Modell⁶⁸ gelten die allgemeinen Annahmen der Erwartungsnutzentheorie. Es gibt zwei Zeitpunkte (Zinsen sollen hier nicht berücksichtigt werden) und zwei Zustände (Schadenfall, Nichtschadenfall). Mit einer Wahrscheinlichkeit q tritt zum Zeitpunkt $t = 1$ ein Schaden in Höhe von L ein. Für den Erwerb der Versicherungsleistung (in diesem Modell ist Vollversicherungsschutz unterstellt) zahlt der Versicherungsnehmer die Prämie P . W_A ist die Anfangsausstattung, W_1 und W_2 bezeichnen das Periodenendvermögen im Nicht-Schaden- bzw. Schadenfall.

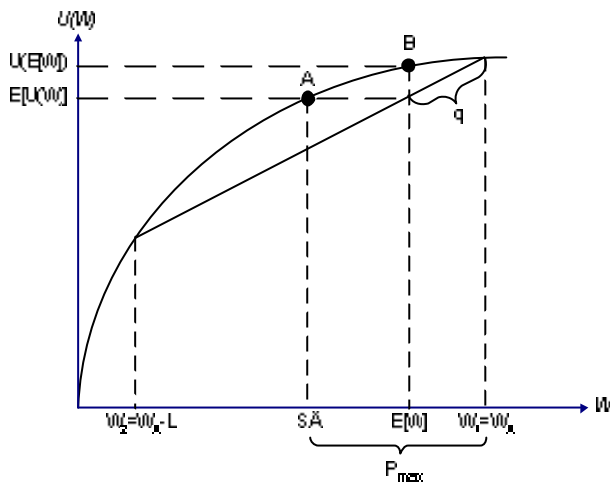
⁶⁵ Vgl. Sinn, H.-W. (1988), S. 1110.

⁶⁶ Vgl. Sinn, H.-W. (1988), S. 1110.

⁶⁷ Zur axiomatischen Fundierung der Erwartungsnutzentheorie siehe auch: Neumann, J. v. / Morgenstern, O. (1947): *Theory of games and economic behaviour*, 2. Auflage, Princeton.

⁶⁸ Vgl. Sinn, H.-W. (1980), S. 78-85.

Abbildung 1: Versicherung und Erwartungsnutzen (Fall: $L < W_A$)



Quelle: Sinn (1980), S. 84.

Die Abbildung zeigt die Nutzenfunktion (Nutzen in Abhängigkeit vom Vermögen) des Versicherungsnehmers. Der Erwartungsnutzen ohne Versicherungsschutz ist die Linearkombination von $U(W_A)$ und $U(W_A - L)$ mit den Wahrscheinlichkeiten q und $(1-q)$ als Gewichten. Das Sicherheitsäquivalent $S\ddot{A}$ ist das sichere Vermögen mit gleichem Nutzen (Punkt A) wie die unsichere Situation ohne Versicherungsschutz. Dieser Abbildung ist ein wichtiges Ergebnis zu entnehmen: Der rationale Versicherungsnehmer möchte durch den Abschluss der Versicherung mindestens genauso gut gestellt sein wie ohne Versicherungsschutz. Da der Abschluss einer Vollversicherung eine sichere Situation impliziert, sollte das Vermögen nach Abschluss der Versicherung mindestens genauso hoch sein wie das Sicherheitsäquivalent. Das bedeutet, dass die maximale Prämie höchstens so hoch wie die Differenz aus Anfangsvermögen und Sicherheitsäquivalent sein darf: $P_{max} = W_A - S\ddot{A}$.⁶⁹

Die "blood out of a stone rule"

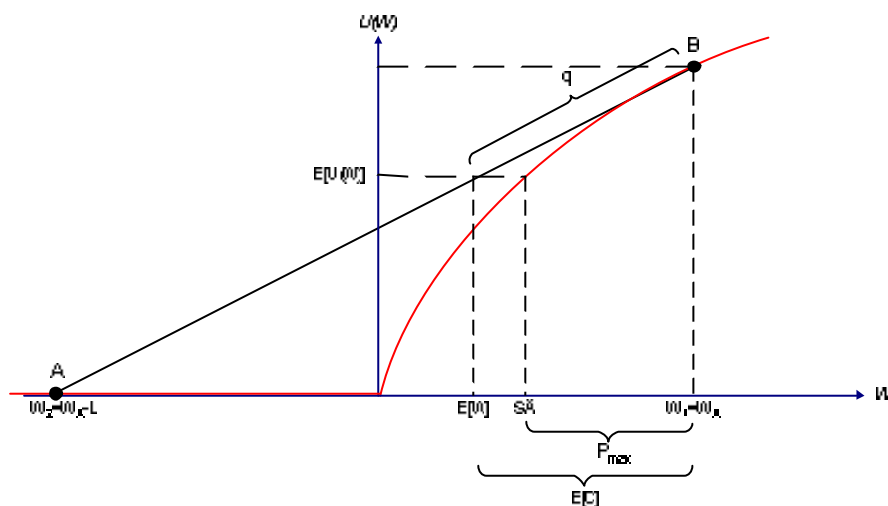
Betrachten wir nun das gleiche ungesättigte, risikoaverse Wirtschaftssubjekt wie im vorigen Abschnitt. In diesem Fall sollen allerdings Schäden betrachtet werden, die größer als das Vermögen des Individuums sind. Angewendet auf die D&O-Versicherung könnte es sich nun

⁶⁹ Der Abbildung 1 ist außerdem zu entnehmen, dass ein risikoscheuer Versicherungsnehmer auch eine Prämie, die größer als der Erwartungsschaden $E[C]$ ist, akzeptieren würde.

um eine Schadenersatzzahlung handeln, die das Privatvermögen des Managers übersteigt. Als erstes stellt sich die Frage, wie die Nutzenfunktion auf der linken Seite des Nullpunkts verläuft. Wird als Vermögen derjenige Betrag eingesetzt, den das Individuum unter Einschluss des Humankapitals im Laufe des Lebens erwirtschaftet, so ist ein negatives Vermögen de facto nicht vorstellbar. Mit anderen Worten, der Nutzen eines juristisch negativen Vermögens ist faktisch genauso hoch wie der Nutzen eines Vermögens von null Geldeinheiten.⁷⁰ Die juristische Schadenverteilung ist gegeben durch:

$$C = \begin{cases} L, & \text{mit Wahrscheinlichkeit von } p \\ 0, & \text{mit Wahrscheinlichkeit von } (1-p) \end{cases} \quad 71$$

Abbildung 2: Versicherung und Erwartungsnutzen (Fall: $L > W_A$)



Quelle: Sinn (1980), S. 174.

In Abbildung 2 wird wie in Abbildung 1 die Nutzenfunktion des Versicherungsnehmers dargestellt – allerdings unter Einschluss negativer (juristischer) Vermögenshöhen. Der Schaden L übersteigt bei weitem das Anfangsvermögen W_A des Wirtschaftssubjekts. Nun wird, wie im vorigen Abschnitt das Sicherheitsäquivalent $SÄ$ und dessen Nutzen sowie der Erwartungswert des Vermögens $E[W]$ gebildet. Analog wird wiederum die maximale Prämie aus Sicht des

⁷⁰ Die Nutzenfunktion als Ganzes gesehen ist nun in Teilbereichen streng konvex – das Individuum verhält sich in diesen Bereichen somit risikofreudig.

⁷¹ Vgl. Sinn, H-W. (1980), S. 172 f.

Versicherungsnehmers ($P_{\max}^{VN} = W_A - S\ddot{A}$) bestimmt. Betrachten wir nun ein (risikoneutrales) Versicherungsunternehmen: Es wird nur dann eine Versicherung anbieten, wenn die Prämie mindestens dem Erwartungsschaden ($P_{\min}^{VU} = E[C] = qL = W_A - E[W]$) – also mindestens der fairen Prämie – entspricht. Vergleicht man P_{\min}^{VU} , die niedrigste noch angebotene Prämie des Versicherungsunternehmens, mit P_{\max}^{VN} , der maximalen Zahlungsbereitschaft des Individuums, so zeigt sich, dass der minimale Angebotspreis die maximale Zahlungsbereitschaft übersteigt. Der Grund ist, dass ohne Versicherung nur ein Teil des Schadens getragen werden muss, während die Prämie auch für die Abdeckung des anderen Teils kalkuliert wird. Nach SINN hat dieses des Individuums durchaus rationale Verhalten in vielen Ländern zur Einführung eines Versicherungszwangs für Haftpflichtversicherungen geführt. Dieses Phänomen wird „blood out of a stone rule“ bzw. „Mehr-als-er-hat-kann-man-ihm-nicht-nehmen-Regel“ genannt.⁷²

Implikationen für die D&O-Versicherung

Nachfolgend soll mit Hilfe der Erwartungsnutzentheorie die Hypothese geprüft werden, ob kein freiwilliger Abschluss⁷³ der D&O-Versicherung erfolgt, und damit eine Versicherungspflicht gerechtfertigt wäre. Für die D&O-Versicherung ist kennzeichnend, dass es sich um eine Versicherung auf fremde Rechnung handelt (siehe Abschnitt 0). Die Gesellschaft, für welche die Organmitglieder tätig sind, ist der für die Prämie aufkommende Versicherungsnehmer; die Organmitglieder hingegen profitieren als versicherte Personen. Wichtig für die Modellierung ist somit die Frage, aus wessen Sicht die Entscheidung über den Versicherungsabschluss getroffen wird. Der Vorstand bzw. die Geschäftsführung dürften als Vertretung der Gesellschaft nach außen (sie schließen somit auch die Versicherung ab) einen großen Einfluss auf diese Entscheidung haben; allerdings muss sich die Unternehmensleitung vor den Eigentümern verantworten. Vollständig informierte Eigentümer würden die Geschäftsführung abberufen, sofern sie nicht im Interesse der Gesellschaft entscheidet. Somit wird vermutet, dass die Geschäftsführung wie die Gesellschaft selbst entscheidet, also nicht nach ihrem eigenen Willen. Es soll nachfolgend davon ausgegangen werden, dass die Geschäftsführung im Sinne des Unternehmens handelt. Wir unterstellen, dass das Unternehmen ebenfalls risikoavers ist mit

⁷² Vgl. Sinn, H-W. (1980), S. 175.

⁷³ Nach Puskás und Deiters ist eine mangelnde freiwillige Vorsorge Voraussetzung für die Einführung einer Versicherungspflicht. Vgl. Puskás, G. von (1988), S. 514 und vgl. Deiters, M. (1976), S. 392.

der gleichen Erwartungsnutzenfunktion wie die Organmitglieder.⁷⁴ Jetzt muss aber zwischen Innenansprüchen und Außenansprüchen unterschieden werden.

Betrachten wir den Fall der Innenhaftung: Ohne Versicherung erhält die Gesellschaft im Schadenfall die vom Vermögen der Organmitglieder gedeckte Haftungssumme. Der Vorteil der D&O-Versicherung für das Unternehmen liegt darin, dass es den Betrag von der Versicherung erstattet bekommt, der das Vermögen des Organs übersteigt. Um die Auswirkungen unterschiedlicher Schadenhöhen, auf den Anreiz sich freiwillig zu versichern, zu untersuchen, wird an dieser Stelle eine Fallunterscheidung vorgenommen:

1. Der Schaden L übersteigt das jeweilige Anfangsvermögen der Gesellschaft (Ges) (W_A^{Ges}) und der haftenden Organmitglieder (W_A^{Organ}) deutlich: $L \gg W_A^{Ges}$ und $L \gg W_A^{Organ}$;
2. $W_A^{Organ} > L$;
3. $W_A^{Ges} > L > W_A^{Organ}$.

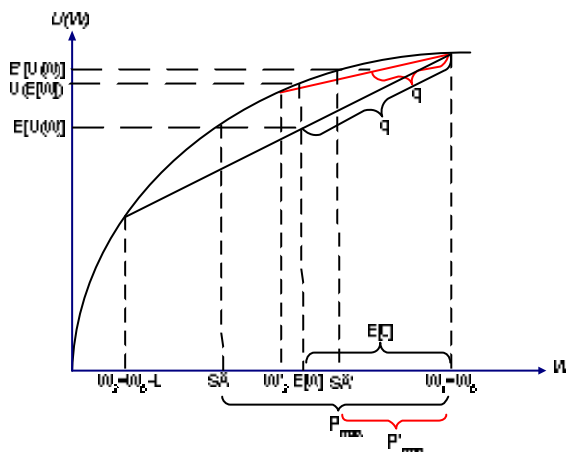
Im ersten Fall wird die Gesellschaft im Schadenfall nur durch den das Vermögen des haftenden Organs übersteigenden Betrag belastet: $W_2^{Ges} = W_A^{Ges} - (L - W_A^{Organ})$. Die Prämie ist wiederum für den Erwartungsschaden kalkuliert. Somit könnte sich nur das Sicherheitsäquivalent, auf Grund des Schadens abzüglich W_A^{Organ} , im Vergleich zur Ausgangssituation ändern. Wenn aber die mögliche Belastung der Gesellschaft geringer ist als in der Ausgangssituation der „blood out of a stone rule“, so wird die Zahlungsbereitschaft der Gesellschaft (P_{\max}^{VN}) konstant bleiben oder abnehmen und mithin eine freiwillige Versicherung ausbleiben. Der zweite Fall ist eindeutig, da das Organ vollständig für die Haftungssumme aufkommt. Für die Gesellschaft besteht kein Versicherungsbedarf. Der dritte und wohl am häufigsten auftretende Fall⁷⁵ lässt sich nicht eindeutig beantworten. Da die Gesellschaft ein größeres Vermögen als die Schadenzahlung hat, wird an Abbildung 1 angeknüpft. Die Gesellschaft erhält im Scha-

⁷⁴ Unternehmen gelten häufig als risikoneutral. Die Annahme der Risikoaversion wird auf Grund der Tatsache, dass Unternehmen auch freiwillig Versicherungen abschließen als gerechtfertigt angesehen.

⁷⁵ Wenn man von den angebotenen Versicherungssummen (siehe Tabelle 2, Anhang A) auf die potenziellen Schadenausmaße schließt, so liegt die Vermutung nahe, dass diese das Privatvermögen der Organmitglieder häufig übersteigen könnten). In Bezug auf die Unternehmen ist dies eher nicht der Fall, da die Bilanzsummen ein Vielfaches der Versicherungssummen betragen (Situation: Abbildung 1). Für die Unternehmen dürfte die Liquidität allerdings eine größere Rolle spielen als die Bilanzsumme.

denfall ohne Versicherung wiederum das Vermögen des Organs: $W_2^{Ges} = W_A^{Ges} - (L - W_A^{Organ})$. Die Gesellschaft wird sich freiwillig versichern, wenn W_2^{Ges} hinreichend klein ist, so dass das Sicherheitsäquivalent kleiner ist als das erwartete Vermögen ($S\ddot{A} < E[W]$); dies ist bei $S\ddot{A}'$ in Abbildung 33 allerdings nicht der Fall.

Abbildung 3: Erwartungsnutzen der Gesellschaft (Fall: $L < W_A$)



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sinn (1980), S. 84.

Für die Frage der freiwilligen Versicherung bezüglich der Innenhaftung zeigen sich somit zwei Ergebnisse: Auf der einen Seite werden Unternehmen i. d. R. vermöglicher sein als Privatpersonen, was den Anreiz eine Versicherung abzuschließen erhöht (*Ergebnis 1*), da sie mehr zu verlieren haben. Auf der anderen Seite profitiert das Unternehmen von der D&O-Versicherung nur in Höhe des das Vermögen des Organs übersteigenden Betrages, was den Anreiz eine Versicherung abzuschließen vermindert. (*Ergebnis 2*)

Betrachten wir nun den Fall der Außenhaftung: Die Nutzenmaximierung der Gesellschaft entscheidet wiederum über den Abschluss der D&O-Versicherung. Es ist unmittelbar einleuchtend, dass die Versicherung ein Geschenk an die Organe ist. Denn die Gesellschaft zahlt lediglich die Prämie, von der Versicherungsleistung aber profitiert sie nicht. Diese Aussage muss allerdings etwas relativiert werden: Durch eine in der Praxis anzutreffende Freistellungserklärung kann das Unternehmen seinem Manager die Last der Drittinanspruchnahme

nehmen⁷⁶, so dass für diesen Fall die Versicherungsleistung an das Unternehmen gezahlt wird.⁷⁷ Ohne Freistellung aber hat die Gesellschaft keinen Anreiz sich freiwillig zu versichern - Versicherungspflicht könnte eine Lösung sein. Würden (entgegen der Vermutung) die Organe über den Abschluss der Versicherung frei entscheiden, so verhindert eine aus ihrer Sicht „zu hohe“ Prämie wohl kaum den freiwilligen Abschluss der D&O-Police. Denn ein ungesättigtes Individuum wird ein solches Geschenk nicht ablehnen. Die Schlussfolgerungen aus der „blood out of a stone rule“ (Abbildung 2, S. 183) gelten somit nicht. Ausnahme: die Prämie würde vom Gehalt abgezogen werden⁷⁸. Abschließend wird folgende Ergebnismatrix aufgestellt:

Tabelle 1: Ergebnismatrix Erwartungsnutzenanalyse

Entscheidungsträger:	$L \gg W_A^{Ges}$ und $L \gg W_A^{Organ}$	$W_A^{Ges} > W_A^{Organ} > L$	$W_A^{Ges} > L > W_A^{Organ}$	
Organ	freiwillige Versicherung	freiwillige Versicherung	freiwillige Versicherung	<i>weniger realistisch</i>
Unternehmen, Innenansprüche	keine freiwillige Versicherung	keine freiwillige Versicherung	keine Aussage	<i>realistisch</i>
Unternehmen, Außenansprüche	keine freiwillige Versicherung	keine freiwillige Versicherung	keine freiwillige Versicherung	<i>realistisch</i>
Unternehmen, Außenansprüche bei Freistellung	keine freiwillige Versicherung	freiwillige Versicherung	freiwillige Versicherung	<i>realistisch</i>
	<i>weniger realistisch</i>	<i>Realistisch</i>	<i>Realistisch</i>	

Quelle: Eigene Darstellung.

Die linke Spalte gibt den Entscheidungsträger an, aus dessen Sicht der Nutzen maximiert werden soll; in der ersten Zeile sind die unterschiedlichen Fälle angegeben. Der fettgedruckte Bereich wird in Bezug auf die Vorüberlegungen als realistisch angesehen. Dieser zeigt, dass

⁷⁶ Vgl. Thümmel, R. C. (1996), Randnummer (Rdnr.) 305.

⁷⁷ Ziffer 1.2 der Verbandsbedingungen, Praxis bei der überwiegenden Zahl von Versicherern. Vgl. Olbrich, C. (2003), S. 138.

⁷⁸ Für alle Organmitglieder gilt, dass die Prämienzahlung heute nicht mehr als geldwerter Vorteil versteuert werden muss (Vgl. Häuser, M. (2003), S. 39), was für die Auffassung spricht, dass die D&O-Versicherung kein Gehaltsbestandteil ist. In Bezug auf die Aufsichtsrats-D&O-Versicherung gibt es zwei unterschiedliche Auffassungen ob die Prämienzahlung als Vergütungsbestandteil angesehen wird – diese Auffassungen sind abhängig davon ob die Police im Eigeninteresse der Gesellschaft (Risikomanagement) oder im Interesse des Organs ist. Vgl. Lange, O. (2002), S. 1628 f.

eine Aussage bezüglich der Versicherungspflicht nicht eindeutig ist. Nur für den Fall der Außenhaftung (ohne Freistellung) sollte eine Versicherungspflicht erwogen werden, da keine freiwillige Versicherung zu Stande kommt.⁷⁹

3.2. Asymmetrische Informationen und Versicherungspflicht

Nachdem in Abschnitt 3.1 im Rahmen einer Erwartungsnutzenbetrachtung untersucht wurde, was passiert, wenn der Versicherungsnehmer, bzw. die versicherten Personen von einer anderen Schadenverteilung ausgehen (faktisches Vermögen) als der Versicherer (juristisches Vermögen), soll nun geprüft werden, wie sich eine unterschiedliche Risikoeinschätzung auf Grund unterschiedlicher Informationsstände auswirkt. Die Principal-Agent-Theory⁸⁰ untersucht Anreizprobleme, die auf asymmetrischen Informationen beruhen. Das Versicherungsunternehmen (der Prinzipal) ist nicht vollständig über das Verhalten des Versicherungsnehmers (der Agent) informiert, so dass es als Folge zu Marktversagen und der Notwendigkeit staatlichen Eingreifens kommen könnte. Als Formen der asymmetrischen Informationen werden nachfolgend Moral Hazard und Adverse Selection im Hinblick auf allgemeine Rückschlüsse bezüglich der Notwendigkeit einer Versicherungspflicht näher untersucht.

Adverse Selection

Adverse Selection tritt auf, wenn Versicherer aus Unkenntnis des wahren Risikos eines einzelnen Versicherungsnehmers einen Vertrag anbieten müssen, dessen Prämie für den Durchschnitt der Risikotypen kalkuliert ist. Ein solcher Vertrag verdrängt die guten Risiken aus dem Markt, mit der Konsequenz, dass höchstens ein Restmarkt mit hohen Prämien und schlechten Risiken existenzfähig ist.⁸¹ Die modelltheoretische Analyse von Rothschild und Stiglitz (siehe Anhang C) liefert die folgenden Erkenntnisse: Zum einen ist ein negativer externer Effekt der schlechten Risiken auf die guten Risiken zu erwarten, zum anderen lässt sich zeigen, dass ein Marktgleichgewicht bei asymmetrischen Informationen entweder gar nicht existiert, oder aber nicht zu einer paretooptimalen Allokation der Risiken führt.⁸² Im Folgenden soll auf Basis der Arbeiten von Pauly (1974) und Johnson (1977) analysiert werden, ob die Einführung einer Versicherungspflicht die Marktallokation verbessern könnte. Im Anschluss daran wird der

⁷⁹ Anderweitige Anreize für das Unternehmen eine D&O-Police abzuschließen, werden in dieser Betrachtung ausgeblendet. So zeigt sich in den USA, dass sich für die Tätigkeit in Organen kein Personal findet, wenn dieses nicht durch eine D&O-Versicherung abgesichert ist. Vgl. Goodwin, J. (2002), S. 55.

⁸⁰ Vgl. Arrow (1968), S. 538.

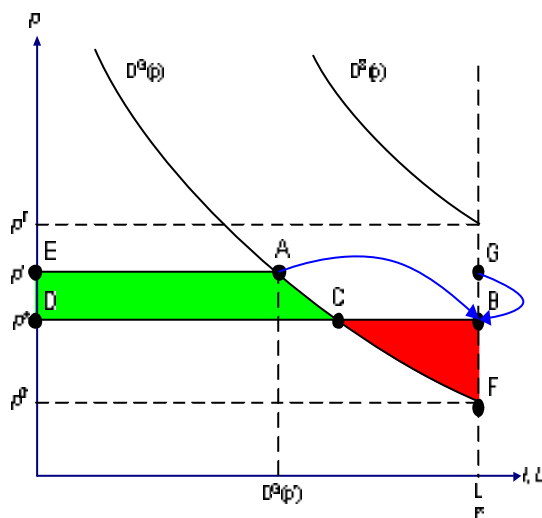
⁸¹ Vgl. Pauly, M. V. (1974), S. 44-62.

⁸² Vgl. Rothschild, M. / Stiglitz, J. E. (1976), S. 629-638.

Frage nachgegangen, ob es Adverse Selection bei der D&O-Versicherung gibt, was die Einführung einer Versicherungspflicht rechtfertigen könnte.

Versicherungspflicht könnte so interpretiert werden, dass das „Median-Individuum“⁸³ die Höhe des Versicherungsgrades (Teil- oder Vollversicherung) festlegt, und dieser Grad für alle Versicherungsnehmer verpflichtend ist.⁸⁴ Der Staat muss hierbei die Versicherungspflicht überwachen, damit jeder Versicherungsnehmer genau die festgelegte Höhe nachfragt, was prinzipiell durch ein staatliches Monopol (Pflichtversicherung), aber auch durch private Anbieter (Versicherungspflicht) erfolgen könnte. Johnson modelliert die Einführung einer Versicherungspflicht anhand der Nachfragefunktionen (Wahl des Deckungsgrades in Abhängigkeit vom Preis pro Versicherungseinheit (p), Abbildung4 und Abbildung5) von guten und schlechten Risiken. Er analysiert zwei Fälle der Versicherungspflicht, abhängig von der Tatsache, ob die schlechten Risiken (S) oder die guten Risiken (G) (z. B. per Mehrheitsentscheid) die Höhe der Versicherungsleistung im Schadenfall (I^*) festlegen können.

Abbildung 4: Versicherungspflicht, Wahl der schlechten Risiken



Quelle: Ähnlich Johnson (1977), S. 27.

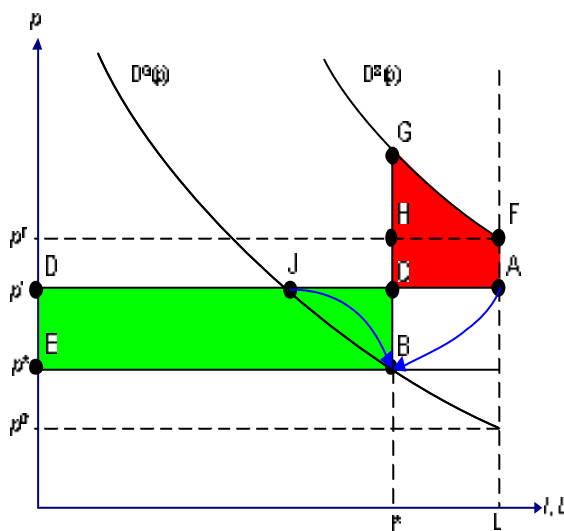
In Abbildung 4 ist die Versicherungspflicht auf dem Niveau einer Vollversicherung ($I^* = L$) dargestellt (Wahl der schlechten Risiken). Im Wettbewerbsgleichgewicht stellt sich annahmegemäß ein Gleichgewicht bei einer relativ hohen Prämie p' ein: Die guten Risiken fragen

⁸³ Entscheidend ist hierbei die Frage, ob bei der Festlegung des Versicherungsgrads durch den Staat aus Sicht der guten oder aus Sicht der schlechten Risiken entschieden wird. (Vgl. Pauly, M. V. (1974), S. 57.) Dies ist abhängig davon, welche Gruppe die Mehrheit bzw. die größere Lobby hat.

⁸⁴ Vgl. Pauly, M. V. (1974), S. 57.

Teilversicherungsschutz in Höhe von $D^G(p')$ nach (Punkt A), während die schlechten Risiken Vollversicherungsschutz in Höhe von $D^S(p')$ nachfragen (Punkt G). Durch die Versicherungspflicht wird die Prämie auf p^* sinken, wobei Punkt B die Nachfrage nach Versicherungsschutz repräsentiert. Während die schlechten Risiken ihre Wohlfahrt durch eine günstigere Prämie in Höhe der Fläche EGBD steigern können, ist die Situation für die guten Risiken ambivalent. Auf der einen Seite erhöht sich die Konsumentenrente durch die niedrigere Prämie um EACD, auf der anderen Seite werden die guten Risiken gezwungen Vollversicherungsschutz nachzufragen, obwohl die Prämie bei Versicherungspflicht die faire Prämie im Falle vollständiger Informationen übersteigt. Der Wohlfahrtsverlust ist durch die Fläche CBF gekennzeichnet. Die Frage der Paretooptimalität kann somit nicht zwingend beantwortet werden. Wäre es möglich einen Teil des Vorteils der schlechten Risiken an die guten Risiken weiterzugeben, spräche jedoch viel für die Einführung einer Versicherungspflicht.⁸⁵

Abbildung 5: Versicherungspflicht, Wahl der guten Risiken



Quelle: Ähnlich Johnson (1977), S. 27.

Auch für den Fall der Versicherungspflicht auf dem Niveau der Teilversicherung (Wahl der guten Risiken, Abbildung 5), lässt sich die Frage der Paretoeffizienz nicht zwingend beantworten. Gute Risiken legen einen Teilversicherungsschutz in Höhe von $D^G(p^*)$ fest und erzielen damit einen Wohlfahrtsgewinn in Höhe der Fläche DJBE. Schlechte Risiken hingegen verlieren die Fläche GFAC durch die Verpflichtung einen geringeren Versicherungsschutz

⁸⁵ Vgl. Johnson, W. R. (1977), S. 26-28.

nachzufragen und profitieren durch die geringere Prämie in Höhe der Fläche DCBE.⁸⁶ Durch eine Zusatzversicherung, die nach der Argumentation von Pauly⁸⁷ nur schlechte Risiken nachfragen würden, könnten diese ihren Wohlfahrtsverlust auf GFH beschränken, da sie für die Zusatzversicherung eine Prämie in Höhe von p^S pro Einheit zusätzlichen Versicherungsschutz bezahlen müssten.

Die Argumentationen von Pauly und Johnson führen somit zu dem Ergebnis, dass, obwohl die Frage der Paretooptimalität nicht eindeutig beantwortet werden kann, eine Versicherungspflicht eine der Gruppen wesentlich besser stellen kann, während der Vorteil oder Nachteil der anderen Gruppe von der konkreten Situation abhängig ist. Insgesamt sind diese Ergebnisse Argumente für eine Versicherungspflicht. Im konkreten Fall der D&O-Versicherung zeigen Statistische Untersuchungen, dass das Risikopotenzial des Versicherungsnehmers mit bestimmten Unternehmensmerkmalen korreliert. Dazu zählen die Branche, die Unternehmensgröße (gemessen an Bilanzsumme bzw. Mitarbeiterzahl), Eigentümerstruktur und Börsennotierung, Profitabilität, Aktivitäten bezüglich Mergers-and-Acquisitions und Geschäftstätigkeit in Nordamerika.⁸⁸ Die Versicherungsnachfrager sind also unterschiedlich – es gibt gute und schlechte Risiken. Ob es eine Gefahr der Adverse Selection gibt und mithin eine Versicherungspflicht Abhilfe schaffen könnte, hängt vor allem davon ab, ob der Versicherer Kenntnis von den Risikotypen erlangen kann. Angesichts der Korrelation zwischen Risiko und bestimmten Merkmalen ist dies der Fall, sofern die Merkmale bei Vertragsabschluss ersichtlich sind. Im Prinzip sind alle aufgezählten Unternehmensmerkmale dem Jahresabschluss zu entnehmen. Es gibt aber auch Gründe die gegen die Kenntnis des Versicherers von dem Risikotyp sprechen. Die Versicherungsbranche scheint von den Bilanzskandalen der letzten Jahre völlig überrascht. In ersten Abschnitt wurde deutlich, dass (auch in Deutschland) die Prämien viel zu niedrig kalkuliert wurden, was auf eine Unkenntnis der Risikotypen schließen lässt. Bilanzskandale zeigen auch, dass gerade in Bezug auf schlechte Risiken auf den Jahresabschluss wenig Verlass ist, außerdem bildet der Jahresabschluss abgesehen vom Lagebericht nur die Vergangenheit ab. Daneben besteht die Schwierigkeit individuelle Fähigkeiten des Managements zu messen.

Im Ergebnis führt der gerade erlebte Anstieg der Prämien dazu, dass gute Risiken aus dem Markt ausscheiden oder aber gar nicht erst eine D&O-Versicherung abschließen werden.

⁸⁶ Vgl. Johnson, W. R. (1977), S. 28-29; ähnlich modelliert auch Pauly, M. V. (1974), S. 57-59.

⁸⁷ Vgl. Pauly, M. V. (1974), S. 59.

⁸⁸ Vgl. Herrmann, J. (2003), S. 1885.

Die Notwendigkeit einer Versicherungspflicht hängt davon ab, ob der Zustand steigender Prämien von Dauer ist oder aber nur vorübergehender Natur.

Moral Hazard

Beim Moral Hazard⁸⁹ handelt es sich um eine nachvertragliche, durch den Versicherer nicht beobachtbare Verhaltensänderung, die zu verteuertem Versicherungsschutz führt.⁹⁰ In Bezug auf die Einführung einer Versicherungspflicht ist zu prüfen, ob diese Moral Hazard eher verstärkt oder vermindert. Auf eine modelltheoretische Betrachtung wird hier allerdings verzichtet. Das kritische Element scheint dabei nicht die Tatsache zu sein, ob Versicherungsschutz gesetzlich verordnet wird oder nicht, oder ob es ein staatliches Monopol gibt, sondern vielmehr ob der Versicherungsschutz limitiert ist.⁹¹ Wenn der Versicherer nur einen Teil des Schadens ersetzt, hat das Individuum unabhängig von einer Versicherungspflicht einen Anreiz Schadenverhütung zu betreiben. In Bezug auf den Vorschlag bei Adverse Selection die Situation der schlechten Risiken durch die Erlaubnis von Zusatzversicherungen zu verbessern, ist darauf hinzuweisen, dass eine solche faktische Vollversicherung den Individuen jegliche Anreize zur Schadenverhütung nehmen würde.⁹² In Bezug auf das Modell von Johnson (Abschnitt 0) wird auf Grund von Moral Hazard die Versicherungspflicht-Alternative „Wahl durch gute Risiken“ vorgezogen, da diese nur Teilversicherungsschutz bedeuten würde. Grundsätzlich kann Moral Hazard aber auch bei der D&O-Versicherung durch die üblichen Instrumente – Selbstbeteiligung und Ausschlüsse sowohl mit Vertragsabschluss als auch nach der Anspruchserhebung (ex ante oder ex post) – bekämpft werden. Der Deutsche Corporate Governance Kodex verlangt einen „angemessenen Selbstbehalt“.⁹³ Ein angemessener Betrag verlangt meines Erachtens, dass dieser für den Versicherten finanziell spürbar ist und ihn zur Schadenverhütung motiviert. Demzufolge sollte der Betrag von der Unternehmensgröße und dem Gehalt des Organmitglieds abhängen.

Ein erhebliches Problem durch Moral Hazard ist insbesondere in Bezug auf die Innenhaftung zu befürchten. Hierbei geht es um das eigene unternehmerische Risiko, auch erhöhte Manipulations- und Kollusionsgefahren sind nicht von der Hand zu weisen.⁹⁴ Dies wird zum Beispiel auch von der ALLIANZ betont. Jochen Albers (Spezialist für D&O bei der Allianz)

⁸⁹ Auf eine modelltheoretische Analyse wird hier verzichtet. Vgl. Strassl, W. (1988), S. 37-91.

⁹⁰ Vgl. Pauly, M. V. (1974), S. 44-62.

⁹¹ Vgl. Pauly, M. V. (1974), S. 52 f.

⁹² Vgl. Pauly, M. V. (1974), S. 53.

⁹³ Deutscher Corporate Governance - Kodex Ziffer 3.8.

⁹⁴ Vgl. Lattwein, A. / Krüger, B. (1997), S. 1368.

sagt, unter wirtschaftlichem Druck könnten die Unternehmen „leicht in Versuchung kommen, Fehler eines Vorstands bei bestimmten Transaktionen zu behaupten und den Versicherer in Anspruch zu nehmen.“⁹⁵ Gebraucht man den Begriff Moral Hazard im weitesten Sinne, so könnte in Kenntnis der Versicherungs-Police auch eine Verhaltensänderung durch Dritte, den Anspruchsteller (Außenhaftung) oder das Gericht, erfolgen. Ein versicherter Manager ist ein attraktives Ziel, so dass der Anreiz der Geltendmachung des Anspruchs zunimmt.⁹⁶ Mit dem Wissen der Existenz einer Versicherungspflicht liegt außerdem die Vermutung nahe, dass die Gerichte im Zweifelsfall eher für den Anspruchsteller urteilen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass, auch wenn ein „schmerzender“ Selbstbehalt fester Vertragsbestandteil ist, die Versicherungspflicht Moral Hazard eher fördert.

4. Zusammenfassung/Fazit

Der Markt für D&O-Versicherungen ist in Bewegung. In den 90er Jahren führten zumeist subjektive Haftungsverschärfungen für die Organe zu Marktwachstum (in den USA und Deutschland). Die letzten Jahre hingegen sind geprägt von der Verringerung der Kapazitäten durch die Versicherer, gewaltigen Prämienhöhungen sowie in Einzelfällen, der fehlenden Bereitschaft ein Risiko zu versichern. (Abschnitt 2.1) Dieses fehlende Marktgleichgewicht wird als Motivation verstanden sich mit dem Thema Versicherungspflicht auseinander zusetzen.

Die D&O-Versicherung ist keine herkömmliche Haftpflichtversicherung. Kennzeichnend sind z. B. die Deckung von Innen- und Außenansprüchen, der große Versichertenkreis, die unbegrenzte Rückwärtsdeckung (claims-made-Prinzip), und dass es sich um eine Versicherung auf fremde Rechnung handelt. (Abschnitt 2.2) Diese Vielschichtigkeit verlangt es Thema Versicherungspflicht differenziert anzugehen. Eine erste Annäherung an eine Versicherungspflicht für D&O-Versicherungen hat gezeigt, dass § 91 Abs. 2 AktG nicht im Sinne einer bestehenden Versicherungspflicht für Aktiengesellschaften verstanden werden darf. Für eine Versicherungspflicht könnte die Schaffung eines größeren und stabileren Marktes sprechen (größere Einzelrisiken können besser verteilt werden, die Kalkulation des Erwartungsschadens wird erleichtert). Dagegen sprechen zusätzliche Kosten durch Bürokratieaufbau und die vermeintliche Komplexität der D&O-Police. Bei der Analyse mit Hilfe der Erwartungsnutzentheorie wurde eine Ergebnismatrix hergeleitet. Für Außenansprüche scheint kein more-

⁹⁵ Fromme, H., FTD 08.09.2003.

⁹⁶ Vgl. Parsons, C. (2000), S. 84.

tärer Anreiz der Gesellschaft vorzuliegen sich freiwillig zu versichern (ohne Freistellung). Bei der Innenhaftung gibt es kein eindeutiges Ergebnis. (Abschnitt 3.1) Asymmetrische Informationen liegen, wie die Marktlage und zahlreiche Bilanzskandale zeigen, auch bei der D&O-Versicherung vor. Aufgrund steigender Prämien wird befürchtet, dass die guten Risiken den Markt verlassen könnten. Eine Versicherungspflicht kann Adverse Selection wirksam bekämpfen, während die Moral Hazard-Problematik eher noch zunehmen wird. (Abschnitt 3.2) Im Ergebnis muss abgewartet werden, ob sich der Markt wieder stabilisiert. Aufgrund mangelnder Anreize der Gesellschaft sich freiwillig zu versichern und der Adverse Selection-Problematik, könnte für den Bereich der Außenhaftung die Einführung einer Versicherungspflicht eine Lösung bieten.

Anhang

A Marktstudien

Studie Towers Perrin.⁹⁷

Die Ergebnisse einer Studie von Towers Perrin / Tillinghast mit 2.068 US-Unternehmen und 71 Kanadischen Unternehmen zeigen, dass der D&O Markt in Nordamerika schwierig bleibt: Steigende Prämien, geringere Versicherungssummen (Tabelle 2) und Selbstbehalte und eine Reduktion der Versicherungskapazität.

Tabelle 2: Durchschnittliche Versicherungssummen (in Mio. US\$) nach Bilanzsumme, USA

Bilanzsumme	2001	2002	2003
bis \$ 100 Mio.	6	5,2	4,5
\$ 100 Mio. - \$ 400 Mio.	18,3	17	16,2
\$ 400 Mio. - \$ 1 Mrd.	31,6	30	27,6
\$ 1 Mrd. - \$ 2 Mrd.	40,7	40,9	39,5
\$ 2 Mrd. - \$ 5 Mrd.	65,2	62,3	56,5
über \$ 5 Mrd.	109	117,3	108,3

Quelle: Towers Perrin – Tillinghast (Hrsg.) (2003), S. 5.

Trotzdem scheint die Verfügbarkeit von Versicherungsschutz kein Problem für die Mehrheit der Beteiligten zu sein.⁹⁸ Außerdem wird auf Grund von neueren Quartalszahlen eine Stabilisierung des Marktes erwartet. Einzelne Ergebnisse:

Tabelle 3: D&O-Prämien-Index (1974=100), USA⁹⁹

1974	1984	1986	1988	1998	1999	2000	2001	2002	2003
100	54	682	746	560	503	560	720	931	1.237

Quelle: Towers Perrin – Tillinghast (Hrsg.) (2003), S. 2.

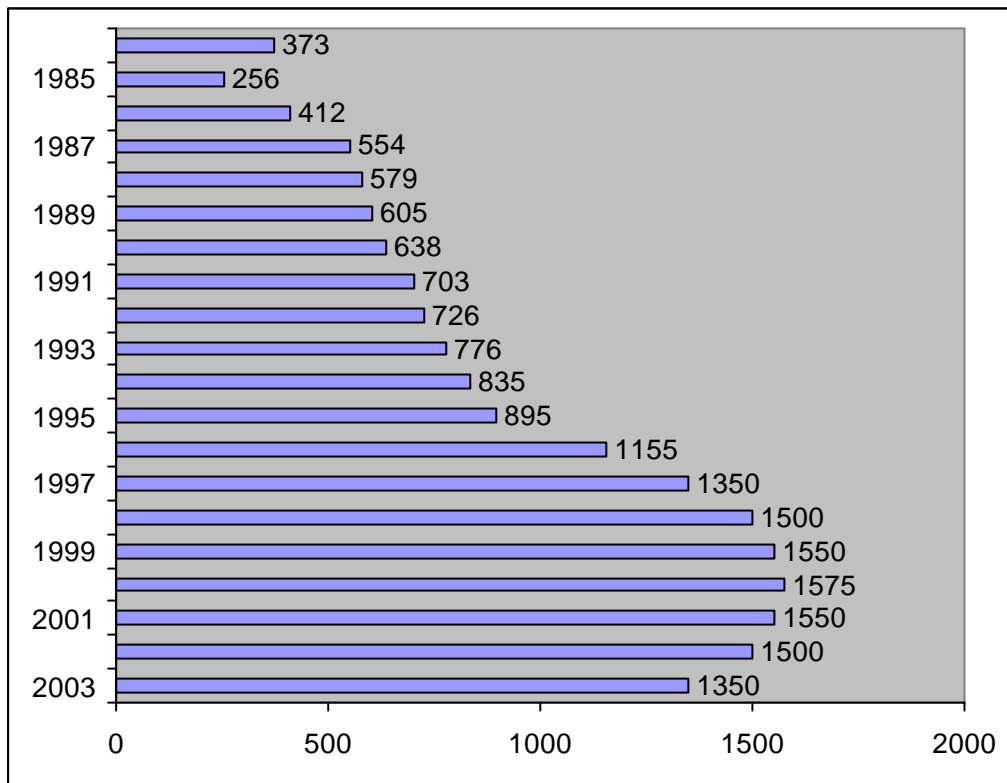
- Es wurde eine durchschnittliche Erhöhung der Prämien um 33 Prozent von 2002 auf 2003 ausgemacht, der fünfte Anstieg in Folge.
- 97 Prozent der Teilnehmer kauften D&O-Versicherungsschutz. Diejenigen, die sich gegen D&O-Versicherungsschutz entschieden begründeten dies mit den hohen Kosten.

⁹⁷ Towers Perrin – Tillinghast (Hrsg.) (2003), S. 1-16.

⁹⁸ Vgl. dazu auch Goodwin, J. (2002), S. 55.

⁹⁹ Quelle: Towers Perrin – Tillinghast (Hrsg.) (2003), S. 2.

Abbildung 6: Kapazität als kumulierte Versicherungssumme (in Mio. US\$), USA



Quelle: Towers Perrin – Tillinghast (Hrsg.) (2003), S. 4.

- Nach Informationen von D&O-Versicherungsanbietern reduzierte sich die Kapazität (Abbildung 6) deutlich.¹⁰⁰
- In 44 Prozent der Neuverträge erhöhte sich der Selbstbehalt, während in nur 13 Prozent der Selbstbehalt verringert wurde.
- Stabilisierung: im dritten Quartal 2003 Prämien rückläufig (ebenso Selbstbehalte), auch Ausschlüsse und Deckungssummen blieben relativ konstant.
- Shareholder und Arbeitnehmer sind die Hauptkläger.

Studie durchgeführt von der Zeitschrift "Canadian Business":

Diese Studie bestätigt die Ergebnisse der vorigen Studie. Hier wird gut herausgestellt, dass sich der Markt gewandelt hat. 1994 bis 1999 war der Markt durch einen zunehmenden Wettbewerb gekennzeichnet. In den letzten Jahren stiegen die Prämien allerdings im großen Maße.

- Nach fünf Jahren Preisreduktionen stiegen die Prämien 2001 und 2002 dramatisch an. Die Studie mit 200 Unternehmen zeigt, dass fast zwei Drittel der Unternehmen mehr

¹⁰⁰ Quelle: Towers Perrin – Tillinghast (Hrsg.) (2003), S. 4.

für ihren Versicherungsschutz aufwenden mussten als im Vorjahr (2001). Zudem bekommen sie häufig weniger für ihr Geld, da Selbstbehalte steigen und die Deckungssummen abnehmen. Im Durchschnitt stiegen die Prämien um 32 Prozent. Einige Unternehmen mussten ein Mehrfaches aufwenden, für andere ist D&O-Versicherungsschutz außer Reichweite.¹⁰¹

- Von 1994 bis 1999 war der D&O-Markt gekennzeichnet vom steigendem Wettbewerb von Versicherern, die den Marktführern (z. B. Chubb Insurance, Lloyds of London und American International Group) Marktanteile abnahmen und dabei das Risiko aus den Augen verloren. Dies änderte sich im Dezember 1999 als eine Sammelklage gegen die Cendant Corp. in einer außergerichtlichen Einigung von US\$ 2,85 Mrd. endete. Shareholder klagten das Unternehmen wegen bilanzieller Fehler an. Als Folge sind Sammelklagen von Aktionären häufiger geworden (Verdopplung in 2001). Beispiele sind Bilanzskandale wie Enron und WorldCom.¹⁰²
- Bezüglich des Falls Enron versuchen die zehn Versicherer die Verträge auf Grund falscher Finanzinformationen anzufechten, was für das Ansehen der Versicherer gefährlich ist.¹⁰³

B Haftungsgrundsätze

Bei den Haftungsfällen kann eine Differenzierung zwischen Innenhaftung (interne Haftung) und Außenhaftung (externe Haftung) erfolgen. „Die Innenhaftung der Manager meint die Haftung der Organe dem Unternehmen gegenüber“¹⁰⁴. Voraussetzung für einen Anspruch der Gesellschaft auf Schadenersatz ist, dass das betreffende Organ eine Pflichtverletzung begangen hat, die für das Unternehmen zu einem Schaden geführt hat.¹⁰⁵ Zusätzlich muss die begangene Pflichtverletzung für den Eintritt eines Schadens ursächlich gewesen sein.¹⁰⁶ Beispiele für die gesetzlich geregelten Pflichten eines Geschäftsführers/Vorstands sind die Kapitalerhaltung (§§ 30, 32 a, 32 b Gesetz betreffend die Gesellschaft mit beschränkter Haftung

¹⁰¹ Vgl. Gray, J. (2002), S. 68.

¹⁰² Vgl. Gray, J. (2002), S. 70.

¹⁰³ Vgl. Gray, J. (2002), S. 71.

¹⁰⁴ Plück, R. / Lattwein, A. (2000), S. 14.

¹⁰⁵ Der § 93 AktG regelt für Aktiengesellschaften (gilt auch für KGaA) die Innenhaftung des Vorstandes, der stellvertretenden Vorstandsmitglieder (über §94 AktG) sowie des Aufsichtsrats der AG (über §§ 116, 93 AktG). Für die GmbH sind die §§ 43, 44, 52 GmbHG die in Bezug auf die Innenhaftung der Organe einschlägig. Für die Organe der Genossenschaften richtet sich die Innenhaftung nach §§ 34, 41 GenG. Sämtliche Normen gelten nicht für leitende Angestellte (Vgl. Plück, R. / Lattwein, A. (2000), S. 14-19).

¹⁰⁶ Vgl. Plück, R. / Lattwein, A. (2000), S. 24.

(GmbHG) bzw. § 93 Abs. 2 AktG), die Pflicht zur ordnungsmäßigen Buchführung (§ 41 GmbHG, §91 AktG) und die rechtzeitige Vorlage des Jahresabschlusses und des Lageberichts (§ 42 a GmbHG). Ungeschriebene Pflichten werden verletzt, wenn der Manager seinen Ermessensspielraum derart überschreitet, dass allgemein anerkannte betriebswirtschaftliche und kaufmännische Grundsätze entgegenstehen (z. B. grobe Kalkulationsfehler, Verjährenlassen von Forderungen, Nichtabschluss existentiell notwendiger Versicherungen, Spekulationsgeschäfte).¹⁰⁷ Hat eine dieser Pflichtverletzungen zu einem Unternehmensschaden geführt, wobei bereits einfache Fahrlässigkeit ausreicht, so stellt sich für den Manager ein Beweislastproblem.¹⁰⁸ Die Gesellschaft muss nur beweisen, dass ein konkretes Verhalten eines Mitglieds der Unternehmensleitung zu einem Schaden geführt hat. Die Pflichtwidrigkeit und das Verschulden werden zu Lasten des Managers vermutet, der den Gegenbeweis antreten muss (Beweislastumkehr).¹⁰⁹

Bei der Außenhaftung geht es um die persönliche Haftung der Organmitglieder gegenüber außerhalb des Unternehmens stehenden Dritten. Dazu zählen auch Gesellschafter und Aktionäre sowie Arbeitnehmer.¹¹⁰ Die Haftung betrifft überwiegend Schadenersatzforderungen, die auf deliktischen Ansprüchen¹¹¹ oder auf gesetzlichen Anspruchsgrundlagen, wie das Verschulden bei Vertragabschluss oder der Prospekthaftung¹¹² beruhen.¹¹³ Weitere Beispiele sind das Nichtabführen fälliger Sozialversicherungsbeiträge und Steuerpflichten, die der Geschäftsführung gemäß § 34 Abs. 1 Abgabenordnung (AO) obliegen.¹¹⁴

C Adverse Selection

Das Modell von Rothschild und Stiglitz

Rothschild und Stiglitz zeigen, dass es auf Grund Adverser Selektion im Wettbewerbsmarkt kein Gleichgewicht geben könnte, bzw. nur mit unangenehmen Folgen.¹¹⁵ Die Argumentation wird anhand eines einfachen Modells vorgestellt. Im Nichtschadenfall hat der potenzielle Versicherungsnehmer ein Periodenendvermögen (W_I) von W_A (Anfangsausstattung) abzüglich

¹⁰⁷ Vgl. Heitmann, L. (1999), S. 1078.

¹⁰⁸ „Grundsätzlich hat im Zivilprozess der Anspruchsteller, hier also das Unternehmen, sämtliche anspruchsbegründenden Voraussetzungen zu beweisen.“ (Heitmann, L. (1999), S. 1078).

¹⁰⁹ Vgl. Heitmann, L. (1999), S. 1078.

¹¹⁰ Vgl. Thümmel, R. C. / Sparberg, M. (1995), S. 1013.

¹¹¹ Sogenannte unerlaubte Handlungen, §§ 823 ff. BGB.

¹¹² Dies betrifft zum Beispiel Fälle, in denen für eine Kapitalanlage mittels eines Verkaufsprospekts geworben wird und der Anleger im Vertrauen darauf investiert. (Vgl. Heitmann, L. (1999), S. 1077).

¹¹³ Vgl. Plück, R. / Lattwein, A. (2000), S. 19 f.

¹¹⁴ Vgl. Heitmann, L. (1999), S. 1077.

¹¹⁵ Vgl. Rothschild, M. / Stiglitz, J. E. (1976), S. 629.

einer Versicherungsprämie $P(I)$, bzw. im Schadenfall ein Endvermögen (W_2) von W_A abzüglich der Versicherungsprämie und der Schadenhöhe (L) zuzüglich einer Versicherungsleistung (I). Die Nachfrage nach Versicherungsschutz erfolgt durch Nutzenmaximierung eines risikoaversen Individuums mit einer Erwartungsnutzenfunktion des Typs:

$$V(q, W_1, W_2) = (1 - q)U(W_1) + qU(W_2)$$

q ist die Schadenwahrscheinlichkeit und $U(W)$ ist eine konkave Nutzenfunktion mit $U'(W) > 0$ und $U''(W) < 0$. Das Angebot der annahmegemäß risikoneutralen Versicherer wird bei Vollständiger Konkurrenz (Nullgewinne) durch die Bedingung bestimmt, dass die eingenommene Prämie genauso hoch wie der Erwartungsschaden (Vollversicherungsschutz) ist: $0 = P(I) - qI$.¹¹⁶

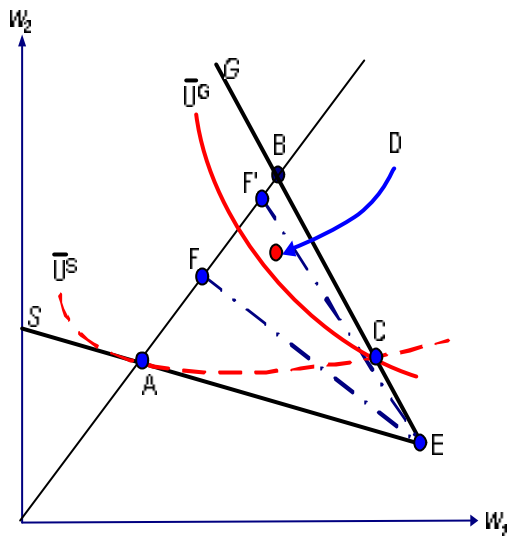
Ein Gleichgewicht ist nach Rothschild und Stiglitz dadurch gekennzeichnet, dass zum einen kein Kontrakt negative erwartete Gewinne macht, und zum anderen, dass es außerhalb des Gleichgewichts keine Verträge mit nichtnegativen Gewinnen gibt. Unter der Annahme asymmetrischer Informationen gebe es zwei Typen von Individuen: Die guten Risiken (G) haben eine Schadenwahrscheinlichkeit von q^G , die schlechten Risiken (S) eine Schadenwahrscheinlichkeit von q^S ($q^S > q^G$). Die durchschnittliche Schadenwahrscheinlichkeit beträgt $\bar{q} = Iq^S + (1 - I)q^G$, wobei I der Anteil schlechter Risiken ist. Es können zwei Arten von Gleichgewichten unterschieden werden: Zum einen ein Gleichgewicht, bei dem beide Gruppen den gleichen Vertrag nachfragen (pooling-Gleichgewicht)¹¹⁷ und zum anderen ein Gleichgewicht in dem die beiden Gruppen unterschiedliche Verträge nachfragen (separiertes Gleichgewicht).¹¹⁸

¹¹⁶ Vgl. Rothschild, M. / Stiglitz, J. E. (1976), S. 630-631.

¹¹⁷ Rothschild, M. / Stiglitz, J. E. zeigen, dass ein pooling Gleichgewicht nicht existieren kann, da es immer noch einen zweiten Vertrag gibt, der eine Gruppe besser stellt (und auch nur von dieser nachgefragt werden würde) ohne die andere schlechter zu stellen (Vgl. Rothschild, M. / Stiglitz, J. E. (1976), S. 634-636).

¹¹⁸ Vgl. Rothschild, M. / Stiglitz, J. E. (1976), S. 634-635.

Abbildung 7: Versicherungsnachfrage bei Adverse Selection



Quelle: Rothschild / Stiglitz (1976), S. 636.

Abbildung 7 macht den negativen externen Effekt der schlechten Risiken auf die guten Risiken deutlich. Auf der X-Achse ist das Periodenendvermögen im Nichtschadenfall und auf der Y-Achse das Endvermögen im Schadenfall abgetragen. Die Winkelhalbierende stellt die Sicherheitslinie dar (Vollversicherungsschutz). Die Versicherungsgerade der schlechten Risiken verläuft durch die Punkte A und E – bei einer fairen Prämie P^S würden die schlechten Risiken Vollversicherungsschutz nachfragen (Punkt A). Für die guten Risiken verläuft die Versicherungsgerade durch die Punkte B und E. EF und EF' stellen Versicherungsgerechten für das durchschnittliche Risiko dar; die Steigung ist abhängig vom Anteil schlechter Risiken. \bar{U}^S ist die Indifferenzkurve der schlechten Risiken, \bar{U}^G die der guten Risiken. Für Indifferenzkurven gilt allgemein, dass das Nutzenniveau in nord-östlicher Richtung zunimmt. Annahmehemgemäß kann der Versicherer nicht zwischen guten und schlechten Risiken unterscheiden, so dass der Vertrag in Punkt B (Vollversicherung bei fairer Prämie für gute Risiken) auch von den schlechten Risiken nachgefragt werden würde. Der Grund ist, dass die schlechten Risiken durch Punkt B im Vergleich zu Punkt A ein höheres Nutzenniveau erreichen würden, was mit negativen Gewinnen für den Versicherer verbunden wäre. Damit nicht genug: Ein separater Vertrag für die guten Risiken darf für die schlechten Risiken nicht attraktiver als Punkt A sein, womit die Verträge für die guten Risiken auf jene südöstlich von \bar{U}^S beschränkt wären. Das hat zur Folge, dass C das einzig mögliche Marktgleichgewicht repräsentiert. Somit lässt sich schlussfolgern, dass die schlechten Risiken einen negativen externen Effekt auf die guten

Risiken haben, von der Existenz der guten Risiken aber nicht profitieren können. (1. Ergebnis)¹¹⁹ Nun stellt sich die Frage ob es sich bei C um ein Gleichgewicht handelt, dass die oben genannten Bedingungen erfüllt: Beide Gruppen würden einen Vertrag D (siehe Abbildung, S. 200) den Verträgen A bzw. C vorziehen. Ob D allerdings eine sinnvolle Alternative ist, hängt vom Anteil der schlechten Risiken ab. Ist der Anteil schlechter Risiken relativ groß, würde die Versicherungsgerade den Verlauf EF haben; D macht negative Gewinne und stellt somit keine Alternative dar. Gibt es jedoch nur relativ wenige schlechte Risiken, könnte die Versicherungsgerade für das durchschnittliche Risiko den Verlauf EF' haben – der Kontrakt D würde positive Gewinne abwerfen. Im letzten Fall existiert also kein Marktgleichgewicht. (2. Ergebnis).¹²⁰

¹¹⁹ Vgl. Rothschild, M. / Stiglitz, J. E. (1976), S. 635-636.

¹²⁰ Vgl. Rothschild, M. / Stiglitz, J. E. (1976), S. 636-637.

Literaturverzeichnis

Abgabenordnung (2004):

Vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 613) (1977, BGBl. I S. 269) zuletzt geändert durch Art. 1 Gesetz vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1753).

Aktiengesetz (2004):

Vom 06. September 1965 (BGBl. I S. 1089) zuletzt geändert durch Art. 5 Nr. 3 Gesetz vom 18. Mai 2004 (BGBl. I S. 974).

Arnoldussen, L. / Messmer, D. (2003):

Directors' and Officers' Versicherung: von der „forbidden“ zur „desired“ fruit, in: Franck, E. / Arnoldussen, L. / Jungwirth, C. (Hrsg.), Marktwertorientierte Unternehmensführung – Anreiz- und Kommunikationsaspekte, Düsseldorf / Frankfurt am Main, S. 37-49.

Deiters, M. (1976):

Die Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch privatrechtliche Pflichtversicherungen, in: Reichert-Facilides, F. / Rittner, F. / Sasse, J. (Hrsg.), Festschrift für Reimer Schmidt, Karlsruhe, S. 379-394.

Farny, D. (2000):

Versicherungsbetriebslehre, 3. überarbeitete Auflage, Karlsruhe.

Franck, E. / Arnoldussen, L. / Jungwirth, C. (Hrsg.) (2003):

Marktwertorientierte Unternehmensführung – Anreiz- und Kommunikationsaspekte, Düsseldorf / Frankfurt am Main.

Fromme, H. (2003):

Allianz verschärft Managerhaftpflicht, in: Financial Times Deutschland, 08.09.2003, URL: <http://www.ftd.de/ub/fi/1062937568822.html?nv=se> [Stand 14.04.2004].

Gesetz über den Versicherungsvertrag (2004):

Vom 30. Mai 1908 (RGBl. S. 263) zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954).

Gesetz betreffend die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (2002):

Vom 20. April 1892 (RGBl. S. 477) zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Juli 2002 (BGBl. I S. 2681).

Goodwin, J. (2002):

SECURING D&O IN A HARD MARKET, in: *Financial Executive* 18, Nr. 5, S. 54-56.

Götz, H. (1997):

Die Pflicht des Aufsichtsrats zur Haftbarmachung von Vorstandsmitgliedern, in: *Neue Juristische Wochenschrift*, Nr. 49, S. 3275-3278.

Gray, J. (2002):

Stormy Weather, in: *Canadian Business* 75, Nr. 19, S. 68-73.

Häuser, M. (2003):

D&O-Versicherung – Manager-Haftpflicht gewinnt an Bedeutung, in: *Versicherungsmagazin*, Nr. 5, S. 38-39.

Heitmann, L. (1999):

Neueste Entwicklungen der Managerhaftung und die D&O-Versicherung, in: *Versicherungswirtschaft*, Nr. 15, S. 1076-1081.

Herrmann, J. (2003):

Risikobewältigung in der D&O-Haftpflicht, in: *Versicherungswirtschaft*, Nr. 23, S. 1885-1887.

Ihlas, H. (1997):

Organhaftung und Haftpflichtversicherung, Berlin.

Ihlas, H. (2004):

Im D&O-Markt nehmen die Ausschlüsse zu, in: Versicherungswirtschaft, Nr. 6, S. 395-396.

Johnson, W. R. (1977):

Choice of Compulsory Insurance Schemes and Adverse Selection, in: Public Choice 31, S. 23-35.

Krüger, A. / Fromme, H. (2003):

Assekuranz zieht Haftpflichtbremse an, in: Financial Times Deutschland, 01.11.2003, URL: <http://www.ftd.de/ub/fi/1067066337385.html?nv=se> [Stand 14.04.2004].

Lange, O. (2002):

Praxisfragen der D&O-Versicherung (Teil I), in: Deutsches Steuerrecht, S. 1626-1631.

Lattwein, A. (1998):

Eine D&O-Versicherung für den deutschen Markt, in: Zeitschrift für Versicherungswesen, Nr. 10, S. 284-287.

Lattwein, A. / Krüger, B. (1997):

D&O: Von der Ablehnung wegen Unmoral bis zum Verbandskonzept, in: Versicherungswirtschaft, Nr. 19, S. 1366-1373.

Meßmer, D. (1999):

Die Änderung des AktG durch das KonTraG und ihre Auswirkungen auf die Haftungsverhältnisse in AG, GmbH und Genossenschaft, in: Versicherungsrecht, Nr. 13, S. 539-545.

Messmer, D. (2002):

Corporate Governance und D&O-Versicherung, in: Versicherungswirtschaft, Nr. 18, S. 1384-1387.

Olbrich, C. (2003):

Die D&O-Versicherung in Deutschland, Karlsruhe.

O. V. (2003):

Deutscher Corporate Governance – Kodex (in der Fassung vom 21. Mai 2003), URL: <http://www.corporate-governance-code.de/ger/kodex/index.html> [Stand 29.05.2004].

Parsons, C. (2000):

Directors' and Officers' liability insurance: a target or a shield?, in: The Company Lawyer Vol. 21, No. 3, S. 77-86.

Pauly, M. V. (1974):

OVERINSURANCE AND PUBLIC PROVISION OF INSURANCE: THE ROLES OF MORAL HAZARD AND ADVERSE SELECTION, in: Quarterly Journal of Economics 88, S. 44-62.

Plück, R. / Lattwein, A. (2000):

Haftungsrisiken für Manager – Deckungskonzepte und Praxisbeispiele für Geschäftsführer und Vorstände, Wiesbaden.

Puskás, G. von (1988):

Pflichtversicherung, in: HdV, S. 513-518.

Reichert-Facilides, F. / Rittner, F. / Sasse, J. (Hrsg.) (1976):

Festschrift für Reimer Schmidt, Karlsruhe.

Rothschild, M. / Stiglitz, J. E. (1976):

Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay in the Economics of Imperfect Information, in: Quarterly Journal of Economics 90, S. 629-649.

Sinn, H.-W. (1980):

Ökonomische Entscheidungen bei Ungewissheit, Tübingen.

Sinn, H.-W. (1988):

Versicherungspolitik, in: HdV, S. 1107-1113.

Strassl, W. (1988):

Externe Effekte auf Versicherungsmärkten, Tübingen.

Thümmel, R. C. (1996):

Persönliche Haftung von Managern und Aufsichtsräten, Stuttgart / München / Hannover et al.

Thümmel, R. C. / Sparberg, M. (1995):

Haftungsrisiken der Vorstände, Geschäftsführer, Aufsichtsräte und Beiräte sowie deren Versicherbarkeit, in: Der Betrieb, Nr. 20, S. 1013-1019.

Towers Perrin – Tillinghast (Hrsg.) (2003):

2003 DIRECTORS AND OFFICERS LIABILITY SURVEY - EXECUTIVE SUMMARY OF U.S. AND CANADIAN RESULTS, URL: <http://www.towersperrin.com/tillinghast> [Stand 02.05.2004].

Towers Perrin – Tillinghast (Hrsg.) (2004):

Der Deutsche D&O Versicherungsmarkt, URL: http://www.towersperrin.com/tillinghast/press/2004_press/pr022804a_german.htm [Stand 02.05.2004].

Vetter, E. (2000):

Aktienrechtliche Probleme der D&O-Versicherung, in: Die Aktiengesellschaft, Nr. 10, S. 453-458.

Absicherung von Produkthaftpflichtrisiken

Christian Hedrich

1. Einleitung	207
2. Phantomrisiken und Emerging Risks	208
3. Asbest und die internationale Haftungsproblematik	209
4. Die US-amerikanische Rechtsprechung und deren Auswirkungen	212
5. Entwicklung und Beobachtung der Marktverhältnisse	214
Literaturverzeichnis.....	218

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Thema „Absicherung von Produkthaftpflichtrisiken“. Die Versicherbarkeit von Produkthaftpflichtrisiken ist ein wesentlicher Faktor für die technologische und wissenschaftliche Entwicklung und Forschung von Produkten und tragen maßgeblich zur Produktinnovation sowie der Produktdiversifikation bei. Hierbei stellt sich für die Versicherungsunternehmen die Frage, inwieweit und in welchem Rahmen die traditionell großen Produkthaftpflichtrisiken versichert werden sollen, damit sich das Wirtschaftswachstum ungehemmt weiterentwickeln kann.

In dem weit umfassenden Versicherungszweig Produkthaftung stellt sich ein grundlegendes Problem dar. Bereits bekannte Risiken wie z. B. Asbestschäden, tragen im Zeitablauf sehr hohe und ungewisse Schadenpotenziale mit sich. Besonders hervorzuheben sind jedoch neue Produkte, die stellvertretend das Emerging Risk beinhalten. Hinzu kommt die fortschreitende Globalisierung, also die zunehmende Verflechtung und Bedeutung von Exporten. Die damit einhergehende Komplikation der unterschiedlichen Rechtssysteme der verschiedenen Länder ist nur eine von vielen Unsicherheitsfaktoren, dem sich die Unternehmen und damit verbunden die Versicherungswirtschaft stellen muss. Im nächsten Abschnitt werden die Risiken charakterisiert, mit denen sich vor allem die Produkthaftpflichtversicherer auseinandersetzen müssen. Es folgt im Abschnitt drei die aktuelle Entwicklung in der Versicherungsbranche anhand des Asbestrisikos. Außerdem werden die Gefahrenpotenziale und deren Auswirkungen der US-amerikanischen Rechtsprechung geschildert. Im letzten Abschnitt werden

einige Lösungsansätze vorgestellt, um eine Gewährleistung der Versicherbarkeit von Produkthaftpflichttrisiken aufrecht zu erhalten.

2. Phantomrisiken und Emerging Risks

Die Versicherungswirtschaft hat täglich mit Ungewissheiten zu arbeiten, deren Geschäft es ist, aufgrund statistischer Grundlagen die Unsicherheit so gut wie möglich monetär zu berechnen, um dadurch das Risiko tragen zu können und somit die viel größere Ungewissheit des Schadeneintritts eines einzelnen Unternehmens zu tragen. Bei Phantomrisiken und Emerging Risks handelt es sich um die extremste Form von Ungewissheit und Unsicherheit. Bei solchen Risiken ist keine objektive Einschätzung aufgrund von mathematisch-statistischen Zahlen möglich, weil die Ausmaße unmöglich vorherzusagen sind. Auch vergangenheitsbezogene Daten liegen hier nicht vor. Jedoch bilden sich auch hier Grenzen der Assekuranz heraus, um solche Risiken einschätzen zu können.¹

Phantomrisiken sind in ihren negativen zukünftigen Ausmaßen nicht bestimmbar und die technisch-wissenschaftlichen negativen Auswirkungen unklar. Dennoch ist ein potenzielles Risiko, wie es das Unbehagen der Gesellschaft widerspiegelt, möglich. Ein Beispiel für Phantomrisiken sind z. B. elektromagnetische Felder.²

Eine nicht-englische Definition des Wortes Emerging Risks kann nicht eindeutig gefunden werden. Dies betrifft sowohl das Wort an sich sowie eine dazugehörige Begriffserklärung. Die Übersetzung Emerging Risks in neue Risiken oder zukünftige Risiken beweist sich als nicht stichhaltig. Spühler versucht einen Ansatz zu finden, das Emerging Risk mit mehreren Stichworten genauer abzugrenzen. Es ist in der Regel nicht allumfassend beweisbar, erst später im Schadenpotenzial und –umfang feststellbar und besitzt eine schwere Monetarisierbarkeit.³ Eine Definition der Swiss Re lautet: „Emerging risks are risks which are not yet common or well known, but may become important in the future“.⁴

Es besteht kein Zweifel daran, welche Bedeutung und Auswirkungen Emerging Risks auf die Versicherungswirtschaft haben. Beispiele für Emerging Risks sind zum einen das Jahr 2000-Szenario (welches im Nachhinein praktisch gar nicht eintrat) und die Gentechnologie. Emerging Risks besitzen ein ausgesprochen hohes Katastrophenpotenzial und somit können sehr hohe Schadensersatzforderung auf den Haftpflichtigen zukommen in Bezug auf Perso-

¹ Vgl. Spühler, J. (2003), S. 9.

² Vgl. Spühler, J. (2003), S. 13 f.

³ Vgl. Spühler, J. (2003), S. 19.

⁴ Vgl. Spühler, J. (2003), S. 15.

nen-, Sach- und Vermögensschäden. Es ist noch hinzuzufügen, dass die Grenze zwischen Phantomrisiken und Emerging Risk fließend ist.⁵ Asbest ist als ein gutes Beispiel anzusehen, wie sich ein zukünftiges Risiko einschätzen und einstufen lassen kann. Hierbei handelte es sich früher um ein Phantomrisiko. Viel später wurde es als ein Emerging Risk eingestuft und schließlich zu einem tatsächlichen Risiko mit Schadenauswirkungen. Das Asbestrisiko kann man heutzutage auch als Re-Emerging Risk bezeichnen, da es durch seine hohe, unwissentliche Latenzzeit ein wieder aufgelebtes, früher bereits bekanntes Emerging Risk ist. Denn bereits in den 80ern gab es eine Flut von Klagewellen. Die Hauptschwierigkeit liegt jedoch darin, dass bezüglich der gewollten Versicherbarkeit solcher Risiken die Versicherungswirtschaft einen möglichen Lösungsansatz finden muss. Für die Unternehmenslandschaft und auch für die Gesamtwirtschaft ist es von wichtiger Bedeutung, dass solche Risiken versicherbar gemacht werden, da sonst der technische Fortschritt und somit das Wirtschaftswachstum leiden könnte.

3. Asbest und die internationale Haftungsproblematik

Asbest hat seine Beliebtheit durch die hervorragenden chemischen Eigenschaften erlangt. Er ist biegsam und widerstandsfähig gegen Hitze und schwache Säuren. Dadurch kam er besonders gern in Baumaterialien zwecks Isolierung und in feuerfesten Anzügen vor.⁶

Was macht diesen Werkstoff so gefährlich? Mikroskopisch kleine Fasern können über die Atemwege in die Lunge eindringen und können so Asbestose (Lungenkrebs) und Mesotheliom (Rippenfellkrebs) auslösen. Die Gefahr liegt darin, dass zwischen der Exponierung und dem Ausbruch eine Latenzzeit von bis zu 50 Jahren liegen kann, womit dann wiederum die Versicherer zu kalkulieren haben.⁷ Das Problem aus den Versicherungsverträgen entsteht dadurch, dass die Inkubationszeit zwischen Ursache des Schadens und der Manifestation weit auseinander liegen (time-lag). Schwierig ist dabei, die Schadenbelastung der Versicherungsverträge zu bestimmen und damit einhergehend die Prämienhöhe, da es sich um ungewisse Schadenzahlungen handelt, sowohl in der Höhe als auch in der Häufigkeit.⁸

Besonders hervorzuheben ist, dass Asbestschäden den größten Versicherungsschaden aller Zeiten darstellen und nicht, wie man glauben könnte, der Zusammensturz des World Trade Center oder irgendeine Naturkatastrophe. Bis zum Jahre 2000 wurden bereits Schäden

⁵ Vgl. Spühler, J. (2003), S. 12-20.

⁶ Vgl. Spühler, J. (2003), S. 13.

⁷ Vgl. Ziegenhagen, N. (2002), S. 692.

⁸ Vgl. Spühler, J. (2003), S. 9.

in Höhe von 54 Mrd. US-Dollar geltend gemacht. Und es ist bei weitem noch kein Ende in Sicht. Eine Schätzung besagt, dass die Schadensersatzansprüche in den nächsten 20 Jahren bis auf 275 Mrd. US-Dollar steigen werden. In Europa wird die Belastung für die Versicherungswirtschaft für europäische Schäden bei ca. bis zu 80 Mrd. US-Dollar liegen.⁹

Die Asbestproblematik beinhaltet eine starke Brisanz, da durch internationale Verflechtungen deutsche bzw. ausländische Wirtschaftsunternehmen, Erst- und Rückversicherer betroffen sind. Hierbei seien die Krisen namhafter Versicherer zu nennen wie die Münchener Rück und Allianz (Zukauf von American Re bzw. Fireman's Fund) und der Gerling-Konzern, die von den Auswirkungen des amerikanischen Marktes betroffen sind.¹⁰ In Großbritannien hat der Lloyd's of London mehrere Krisenjahre durchstehen müssen und andere Versicherer wie die Builders Accident Insurance und die Chester Street gingen 1998 bzw. 2001 in den Konkurs.¹¹

Wirtschaftsunternehmen, vor allem US-Unternehmen, hat es besonders stark getroffen. Über 50 Unternehmen sind in den Vereinigten Staaten an den Folgen der Asbestschadenzahlungen insolvent geworden und somit wurden hunderttausende von Arbeitsplätzen vernichtet.¹² In den USA stellt sich folgende Problematik dar. Die Firmen, die als Zulieferer für die herstellende Industrie Asbest produzierten und lieferten, sind heutzutage nahezu ausgelöscht. Mindestens 45 solcher Firmen haben schon Konkurs angemeldet. Können diese Zulieferer also nicht belastet werden, so taucht die verarbeitende Industrie als Nebenbeklagte auf. Hierzu zählen z. B. General Motors, Ford, General Electric und noch ca. 2400 weitere Unternehmen.¹³ Dabei sind die versicherten Firmen bestrebt, solche Klagen auf die Betriebshaftpflichtversicherung zu übertragen, in der dann in den meisten Fällen die Produkthaftpflichtversicherung enthalten ist.¹⁴

Die in Deutschland mit Asbest verbundenen Entschädigungszahlungen für Opfer haben eine andere Anspruchsgrundlage als im Resteuropa und angloamerikanischen Raum. Die Unternehmen sowie die Privatversicherer sind hier in keiner Weise mit den Belastungen konfrontiert, da das SGB VII den Arbeitgeber freistellt, wenn dieser nicht grob fahrlässig oder vorsätzlich gehandelt hat. Somit haften für derartige Fälle die hier in Deutschland vom Sozi-

⁹ Vgl. o. V. (2002a), S. 592.

¹⁰ Vgl. o. V. (2002a), S. 593.

¹¹ Vgl. o. V. (2003), S. 239.

¹² Vgl. o. V. (2002a), S. 592.

¹³ Vgl. Kingdollar, C (2002), S. 43.

¹⁴ Vgl. Kingdollar, C. (2002), S. 39.

alversicherungssystem getragenen Berufsgenossenschaften.¹⁵ Hierbei wäre für die Privatwirtschaft noch aufzuführen, dass in anderen europäischen Ländern Rückgriffsansprüche des Sozialversicherungsträgers möglich sind. In Deutschland ist es hingegen nicht üblich. Somit tritt hierzulande der Steuerzahler in die Pflicht und die Privatunternehmen werden nicht belastet. Außerdem wird in einigen Ländern die Arbeiterunfallversicherung in der Regel nicht vom Staat getragen, sondern z. B. vom Arbeitgeber.¹⁶

Bisher hat sich noch keine Einheitlichkeit der Haftung in der EU durchgesetzt, so dass gewünschte Harmonisierungen und eine gleichverteilte Rechtsprechung bezüglich der Schädiger nicht vorliegen. Das Problem der Haftung liegt somit in der Verschiedenheit. In Deutschland ist es vorrangig die Arbeiterunfallversicherung, in Großbritannien die Arbeitgeberhaftung und in anderen Ländern eine Mischung aus beidem. Eine Gefahr für die Versicherer ist dadurch gegeben, dass in vielen Fällen Europas die Arbeitgeberhaftung für Asbestschäden einspringt. Diese ist wiederum in der Betriebshaftpflichtversicherung eingeschlossen.¹⁷ In den USA steht jedoch die Produkthaftung im Vordergrund und somit werden ausnahmslos Unternehmen bzw. deren Produkthaftpflichtversicherer belastet.¹⁸ Auch in Bezug auf den Haftungsgrad gibt es europaweit und international starke Divergenzen. Der Rückgriffsanspruch (z. B. von Sozialversicherern) auf die Arbeitgeber reicht von Vorsatz (praktische Bedeutung nahezu irrelevant) über grobe Fahrlässigkeit (Schweiz und Österreich) bis hin zur einfachen Fahrlässigkeit (Spanien, Italien und Großbritannien).¹⁹ Die amerikanische Rechtsprechung ist der größte gefährdende Faktor für die Privatwirtschaft. Hier nur drei Beispiele, warum:

1. Es reicht schon aus, wenn mit dem Werkstoff gehandelt wurde, d. h. nicht nur das produzierende Gewerbe ist betroffen, sondern auch der Handel mit diesem Werkstoff.
2. Es muss nicht mehr nachgewiesen werden, dass eine Schädigung vorliegt. Der bloße Kontakt mit Asbest ist für eine Klage ausreichend.
3. Auch wenn noch keine Erkrankungen oder Symptome bezüglich Asbest vorliegen, darf man klagen. Alleine die Angst vor solchen durch Asbest ausgelösten Krankheiten berechtigt zur Klage (unimpaired claims).²⁰

¹⁵ Vgl. Ziegenhagen, N. (2002), S. 693.

¹⁶ Vgl. Spühler, J. (2003), S. 15.

¹⁷ Vgl. Lahnstein, C. (2003), S. 67.

¹⁸ Vgl. Lahnstein, C. (2003), S. 39.

¹⁹ Vgl. Lahnstein, C. (2003), S. 25.

²⁰ Vgl. o. V. (2002a), S. 592 f.

Von den deutschen Versicherern wird erwogen, für künftige Versicherungsverträge das Asbestrisiko explizit auszuschließen. Dies gilt besonders für Versicherungsnehmer, die Schutz in den USA suchen, vor allem vor dem Hintergrund der horrenden Schadenzahlungen. Die Gefahr, die der Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft sieht ist, dass die deutschen Versicherer sonst ein Sammelbecken für solche Unternehmen wären, die diesen Versicherungsschutz suchen und somit die private Versicherungslandschaft stark schädigen könnten.²¹

4. Die US-amerikanische Rechtsprechung und deren Auswirkungen

Bei der internationalen Haftung nimmt die Rechtsprechung der Vereinigten Staaten für Deutschland eine besondere Rolle ein. Hierfür sprechen zwei wichtige Gründe. Zum einen hat die USA bei der Rechtsprechung bezüglich der finanziellen Belastung der haftenden Unternehmen aufgrund der punitive damages international die stärksten Auswirkungen. Zum anderen ist Deutschland ein stark exportorientiertes Land. USA nahm 2003 mit einem Volumen von ca. 61,7 Mrd. Euro (das entspricht 9,3 % der Exporte) Platz zwei der Exportländer ein.²² Das Problem, welches sich den deutschen Unternehmen und Versicherern stellt entsteht dadurch, dass die Haftung für fehlerhafte Produkte gerade auch durch die punitive damages exorbitante Summen annimmt und dem Unternehmen sehr teuer zu stehen kommen können.

Eine Gefahr, mit der sich besonders die Hersteller von Produkten auseinandersetzen müssen, sind die verschärften Bedingungen in der Haftpflicht bei fehlerhaften Produkten. Hierbei werden häufig punitive damages (so genannter Strafschadenersatz) ausgesprochen. Diese werden jemandem auferlegt, wenn nachgewiesen werden kann, dass das Verhalten z. B. eines Unternehmers rücksichtslos gegenüber dem Konsumenten war, weil er wissentlich gefährliche Tatbestände, die von seinem Produkt ausgehen, aufgrund seiner vorangestellten Gewinnmaximierung verschwiegen hat. Damit soll eine Abschreckung geschaffen werden, die andere von diesem Verhalten abhalten soll. Beispielhaft sei hier das Versäumen von notwendigen Tests, nachdem Reklamationen eingegangen sind, genannt.²³

Weiterhin wird dem Kläger ein Schadensersatzgeld zugesprochen (compensatory damages). Hierbei sind vor allem special damages hervorzuheben. Dieses sind materielle Schäden wie Verdienstaufschlag und Heilungskosten. Ein wesentlicher Faktor spielt das Schmer-

²¹ Vgl. o. V. (2002b), S. 719.

²² Vgl. Stat. Bundesamt.

²³ Vgl. Sternberg, E. (1996), S. 23.

zengeld (general damages). Aufgrund der fehlenden Berechenbarkeit wird es sehr hoch angesetzt.²⁴ Sowohl die compensatory damages als auch die punitive damages können insgesamt gesehen auf zweistellige Millionenhöhen für einzelne Beklagte steigen, wobei dieses keine Ausnahme darstellt. Die Höhe der punitive damages wird von den Geschworenen, der Jury, bestimmt. Hierbei handelt es sich um Laien, deren Blickweise hauptsächlich die des Endverbrauchers vertreten, da sie selbst zu dieser Gruppe gehören. Um gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge, wenn z. B. eine hohe Schadenersatzforderung zum Konkurs eines Unternehmens führen kann, werden sich dort im Allgemeinen keine Gedanken gemacht. Hierbei tritt das Phänomen des deep-pocket-Prinzips auf. Dadurch wird tendenziell dem wirtschaftlich Schwächeren Recht zugesprochen. Außerdem bemisst sich die Zahlung dieser Summe nach dem Vermögensstand des Beklagten, so dass große und damit finanzstarke Firmen sich häufig mit Schadenersatzzahlungen in Millionenhöhe konfrontiert sehen, die im Extremfall zur Insolvenz führen können.²⁵

Ferner ist anzumerken, dass es sich in der Jury um Personen handelt, die auf dem Gebiet, in dem der Prozess anhängig ist, zufällig ausgewählte Bürger sind und nicht nach ihren technischen oder wirtschaftlichen Fähigkeiten ausgesucht werden. Somit haben die Geschworenen ohne jegliche Grundlagenbasis in Bezug auf Wissen in diesem Themenkomplex widersprüchliche Expertenaussagen zu bewerten. Dies kann demzufolge zu absolut willkürlichen Entscheidungen führen, die meist zu Ungunsten des finanzstärkeren Beklagten ausfallen und nicht selten von einem Mitgefühl seitens des Klägers beeinflusst werden.²⁶

Hervorzuheben ist die unterschiedliche Behandlung von Produkthaftpflichtfällen. Dem Unternehmen bzw. den meist darin verstrickten Versicherern, können sich auf die Rechtsprechung überhaupt nicht einstellen, da es keine Tendenzen gibt. Es handelt sich durch die Jury stets um Einzelfallentscheidungen. Somit geschieht es auch mitunter, dass derjenige den Prozess gewinnt, dessen Anwalt wortgewandter ist bzw. die besseren und schlagenden Argumente hat.²⁷ Speziell in den Asbestklagen ist man mit den punitive damages und compensatory damages konfrontiert. Dieses hat schon zu zahlreichen Konkursen geführt (siehe voriger Abschnitt). Am 30. September 2001 waren bisher 1.041.054 asbestbedingte Klagen gegen ein Dutzend Unternehmen eingegangen.²⁸ Eine weitere Besonderheit des amerikanischen Haft-

²⁴ Vgl. Sternberg, E. (1996), S. 20 f.

²⁵ Vgl. Sternberg, E. (1996), S. 23.

²⁶ Vgl. Moran, K. (2003), S. 1087.

²⁷ Vgl. Cherry, T. (2003), S. 66.

²⁸ Vgl. Kingdollar, C. (2002), S. 47.

pflichtrechts liegt darin, dass jeder einzelne Bundesstaat eigene Produkthaftpflichtgesetze erlassen darf.²⁹

5. Entwicklung und Beobachtung der Marktverhältnisse

Die Frage stellt sich gerade in der Haftpflichtversicherung, welches geeignete Prinzip im Versicherungsfall benutzt wird. In Deutschland herrscht das Schadenereignisprinzip vor. Schwierigkeiten entstehen vor allem dadurch, wenn es sich um einen Allmählichkeitsschaden handelt, d. h. der Schaden lässt sich konkret erst nach einer längeren Zeit feststellen. Diese Problematik kann vor allem in Verbindung mit Asbest entstehen. Zusätzlich sind diese Risiken mit der Gefahr der Spätschäden konfrontiert (long-tail-risks).³⁰

Dadurch bilden sich Schwierigkeiten bei der Prämienkalkulation für laufende Versicherungsverträge. Hierbei entstehen aber auch zusätzliche Kosten wegen Änderungen der sozio-ökonomischen, gesellschaftlichen und vor allem juristischen Rahmenbedingungen.³¹ Ein wesentlicher Nachteil durch den Versicherungsfall gemäß dem Schadeneintrittsprinzip ist die Ungewissheit der Höhe von Schadenzahlungen in den zurückliegenden Jahren. Dadurch ist der Versicherer im Nachhinein gezwungen, übermäßige Prämien erhöhungen, die mehrere hundert Prozent betragen können, zu erheben. Solche Maßnahmen geschehen dann zu Ungunsten der älteren Versicherer, wohingegen neue Wettbewerber dieses Problem nicht besitzen und in den Markt drängen. In einigen Ländern wird deswegen das Anspruchserhebungsprinzip (claims-made) angewendet. Der Versicherungsfall wird hierbei auf den Zeitpunkt der Erhebung von Schadenersatzansprüchen festgelegt. Somit können zurückliegende Versicherungsverträge nicht belastet werden und die Spätschadenproblematik entfällt.³² In Deutschland herrscht Uneinigkeit über dieses Thema. Nicht zuletzt, weil der Gesetzgeber solche Maßnahmen verbieten könnte.³³ Abhoff verlangt verschiedene Ansätze für Haftpflichtversicherer, damit die Risiken auch in Zukunft versicherbar bleiben. Hierzu zählen z. B.:

- Vollständiger Asbestausschluss,
- Umstellung der Anspruchsgrundlage claims-made für den Versicherungsfall in der Produkthaftpflichtversicherung und

²⁹ Vgl. Cherry, T. (2003), S. 3.

³⁰ Vgl. Spühler, J. (2001), S. 42 f.

³¹ Vgl. Schubert, M. (2003), S. 122.

³² Vgl. Spühler, J. (2003), S. 44.

³³ Vgl. Schubert, M. (2003), S. 124 f.

- Einschränkungen durch Selbstbehalte, geringere Deckungssummen und höhere Prämien.³⁴

Es scheint, als ob die Versicherungsbranche nicht mehr bereit ist, besonders die Großrisiken alleine zu tragen. Es stellt sich die Frage, ob das Verhältnis zwischen der Prämie und der Risikotragung noch in einem für den Versicherer günstigen Verhältnis liegt. Zu diskutieren wären dann hier andere Deckungsformen wie Staatshaftung, Pools oder Branchenlösungen.³⁵

Der Versicherer ist auch folgender Gefahr ausgesetzt. Wie im vorigen Abschnitt angesprochen, hat die amerikanische Rechtsprechung die größten finanziellen Auswirkungen sowohl für das Unternehmen als auch für den Verbraucher. Falls der Kläger irgendeine Verbindung in die USA hält, z. B. eine Wohnung oder die amerikanische Staatsbürgerschaft oder der Verursacher Geschäftstätigkeiten in diesem Land besitzt, ist der Kläger berechtigt, den Strafprozess dort abzuhalten (forum shopping).³⁶ Weitere Ungewissheiten liegen ebenfalls in den neuen Technologien wie der Gentechnik. Die Gesellschaft ist sich uneinig, ob diese neue Technologie mehr Fortschritt als Nachteile in sich birgt. Hier sieht sich die Versicherungswirtschaft dem gesellschaftspolitischen Änderungsrisiko gegenüber, die sich je nach der Entwicklung der Technologie ändert.³⁷ Anders ausgedrückt: Die Versicherungswirtschaft muss sich nicht nur dem Problem der Risikoeinschätzung und der daraus folgenden Risikoselektion stellen, sondern auch der Beeinflussung des public issues durch Issue-Management.³⁸ Es stellt sich die Frage, ob im Gegensatz zu traditionellen Risiken, alternative Deckungsmodelle entwickelt werden müssen, gerade bei Phantomrisiken und Emerging Risks. Einer Gleichbehandlung bedürfen sie sicherlich nicht. Es sind Wege für Alternativen zu suchen, solche Risiken finanziell zu decken, gerade bei Produkten, die im Grenzbereich zur Nicht-Versicherbarkeit stehen.³⁹ Besonders die Tendenz bei Asbestschäden kann sich drastisch verändern; inwieweit kann und will der Sozialversicherungsträger solche Asbestschädigungen tragen? Eine Möglichkeit, das Risiko zu reduzieren, besteht darin, dieses durch gesetzliche Bestimmungen den Haftpflichtversicherer zu übertragen.⁴⁰ Die Frage bleibt, inwieweit z. B. in Bezug auf Asbest der Versicherungsfall definiert wird. Bei Asbest liegt weitestgehend die

³⁴ Vgl. ABhoff, R. (2004), S. 10.

³⁵ Vgl. Heistermann, B. (2004), S. 2.

³⁶ Vgl. Spühler, J. (2001), S. 31.

³⁷ Vgl. Epprecht, T. (1998), S. 3.

³⁸ Vgl. Epprecht, T. (1998), S. 5.

³⁹ Vgl. Epprecht, T. (1998), S. 11.

⁴⁰ Vgl. Lahnstein, C. (2003), S. 29.

Definition des Ereignis-Versicherungsfalls vor (occurrence-trigger). Die Auslegung vor den verschiedenen inländischen sowie ausländischen Gerichten ist vielseitig, z. B.:

- Verursachung: Wann ist der Versicherungsnehmer mit dem Werkstoff in Kontakt gekommen,
- der Krankheitsprozess ist irreversibel (injury in fact),
- Manifestation: Zeitpunkt des Sichtbarwerdens einer Schädigung.⁴¹

Ein wesentliches Problem vieler im Moment auf dem Markt vorhandener Deckungsformen belasten Verträge, die Jahre zurückliegen und teilweise schon längst gekündigt sind.⁴² Die Umstellung des Versicherungsfalls auf das claims-made-Prinzip, wie es vielfach in der Fachliteratur diskutiert wird, wäre zu überlegen. Gerade bei Groß- oder Kumulschäden sind Harmonisierungsbestrebungen wünschenswert. Hierbei ist an der Zeit, eine weltweite Vereinbarung zu treffen, um festzulegen, welche Gerichtsbarkeit eines Landes für Schäden verantwortlich ist, sowie eine einheitliche Vertretung der Anspruchsteller, um Zeit und Kosten sowohl für die Gerichte als auch für die Endverbraucher zu sparen.⁴³

Es wäre gerade in der Asbestdebatte wünschenswert, sich europaweit auf einen Lösungsansatz für Haftung und Entschädigung zu einigen, damit einerseits die Versicherungsleistungen besser einkalkuliert werden können und andererseits ein unvernünftiges Verhalten bezüglich der Anspruchsteller und der Leistenden gewährleistet wird.⁴⁴ In einigen Ländern wird z. B. der Ansatz einer first-party-Deckung beobachtet. Dieses Prinzip geht von der Deckung des Geschädigten und nicht, wie herkömmlich, vom Schädiger aus (third-party-Deckung). Vorteile entstehen durch das Wegfallen langwieriger Streitigkeiten zwischen Verursacher und Geschädigtem sowie durch eine schnelle Schadenregulierung. Außerdem ist der Geschädigte nicht von der Finanzlage des Verursachers abhängig, z. B. wenn dieser keine Haftpflichtversicherung besitzt.⁴⁵

In Hinsicht auf die Diskussion, ob eine Pflichtversicherung, Versicherungspflicht oder keines von beiden Ansätzen gewählt werden soll, sei folgendes anzumerken. Lösungen für Produkthaftpflichtrisiken müssen international gefunden werden. Eine in Deutschland eingeführte Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht würde im Rahmen der zunehmenden

⁴¹ Vgl. Spühler, J. (2003), S. 43.

⁴² Vgl. Lahnstein, C. (2003), S. 59.

⁴³ Vgl. Koch, H. (2002), S. 53-55.

⁴⁴ Vgl. Koch, H. (2002), S. 71.

⁴⁵ Vgl. Spühler, J. (2001), S. 58.

Globalisierung keine wesentlichen Verbesserungen für die in Deutschland ansässigen, international agierenden Erst- und Rückversicherer auslösen. Harmonisierungsbestrebungen innerhalb der EU, aber auch mit den Vereinigten Staaten sind eine Grundvoraussetzung dafür, die aktuellen Schwierigkeiten zu bewältigen.

Literaturverzeichnis

Aßhoff, R. (2004):

Aktuelle Entwicklungen in der industriellen Haftpflicht-Versicherung, in: 8. Euro-Forum, Hamburg.

Cherry, T. (2003):

Merkmale der Produkthaftung in USA, in: 7. Euro-Forum, Hamburg.

Cherry, T. (2003):

Merkmale der Produkthaftung in USA, in: VersicherungsPraxis Heft 4, S. 62-70.

Epprecht, T. (1998):

Die Macht der öffentlichen Wahrnehmung, Swiss Re-Publikation.

Heistermann, B. (2004):

Risikomanagement und wertorientierte Steuerung im Kontext von Solvency II, in: Assets & Liabilities, Heft 2, S. 2-6.

Kingdollar, C. (2002):

Asbest ist wieder da – Mehr Schäden, mehr Beklagte, mehr Geld, General Re-Publikation.

Koch, H. (2002):

Großschäden und ihre Bewältigung: Haftungsgrundsätze, Verfahrensökonomie oder Entrechtlichung, in: 6. Internationales Haftpflicht-Forum, München.

Lahnstein, C. (2001):

Gentechnikrecht, Haftungsrecht und Haftpflichtversicherung, in: 5. Internationales Haftpflicht-Forum in München.

Moran, K. / Rösler, M. / Weisner, J. et al. (2003):

Vermeiden oder verteidigen? Mit Risikomanagement gegen Produkthaftungsfälle in den USA, in: Qualität und Zuverlässigkeit, Jg. 48, Nr. 11, S. 1087-1090.

o. V. (2002a):

Größter Versicherungsschaden aller Zeiten, in: Zeitschrift für Versicherungswesen, Nr. 19, 1.10.2002, S. 592-593.

o. V. (2002b):

Asbest-Schäden, in: Zeitschrift für Versicherungswesen, Nr. 22, 15.11.2002, S. 719.

Schubert, M. (2003):

Der Haftpflichtversicherer, das Änderungsrisiko und die Zeit, in: PHi, Haftpflicht international – Recht & Versicherung, Heft 4, S. 122-130.

Spühler, J. (2001):

Haftpflicht und Haftpflichtversicherung: Gestern – heute – morgen, Swiss Re-Publikation.

Spühler, J. (2003):

Emerging Risks – Eine Herausforderung für den Haftpflicht-Underwriter, Swiss Re-Publikation.

Statistisches Bundesamt (2004):

Pressemitteilung vom 26. April 2004, URL: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/abisz/außenhandel.htm>.

Sternberg, E. (1996):

Produkthaftpflicht für Exporte in die USA, Munich Re-Publikation.

Versicherungsfragen bei klinischen Studien

Dirk Holler

1. Einleitung.....	220
2. Klinische Forschung.....	220
3. Probandenversicherung.....	224
4. Zusammenfassung.....	229
Literaturverzeichnis.....	231

1. Einleitung

Die klinische Forschung an innovativen Arzneimitteln stellt eine der Säulen für medizinischen Fortschritt dar. Obwohl die Arzneimittelforschung erhebliche Erfolge in den vergangenen Jahrzehnten erzielt hat, sind bei ca. zwei Dritteln aller bekannten Krankheiten (ca. 20.000) bislang keine Erfolg versprechenden Behandlungen möglich.¹ Laut § 1 des Arzneimittelgesetzes müssen Arzneimittel wirksam, unbedenklich und von guter Qualität sein. Um Medikamente auf den Markt zu bringen, die diese Voraussetzungen erbringen, ist ein langer Entwicklungsprozess notwendig. Eine Kernphase ist die Durchführung der klinischen Studien mit dem Ziel die Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und die Qualität der Substanz und der Darreichungsform zu belegen. Im Rahmen dieser klinischen Prüfung werden einige Hundert Patienten mit dem zu untersuchenden Präparat behandelt und setzen sich somit wissentlich einer Gefahr aus. Um diese Probanden vor den Folgen unerwarteter Ereignisse zu schützen, sind Versicherungsaspekte ein wesentlicher Bestandteil der klinischen Erprobungsphase. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Prozess der klinischen Entwicklung aufgezeigt, versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen erläutert und relevante Versicherungsfragen dargelegt.

2. Klinische Forschung

Die klinische Forschung widmet sich der Entwicklung und Erprobung neuer diagnostischer Verfahren und Geräte, neuer Medikamente und operativer Verfahren. Die klinische For-

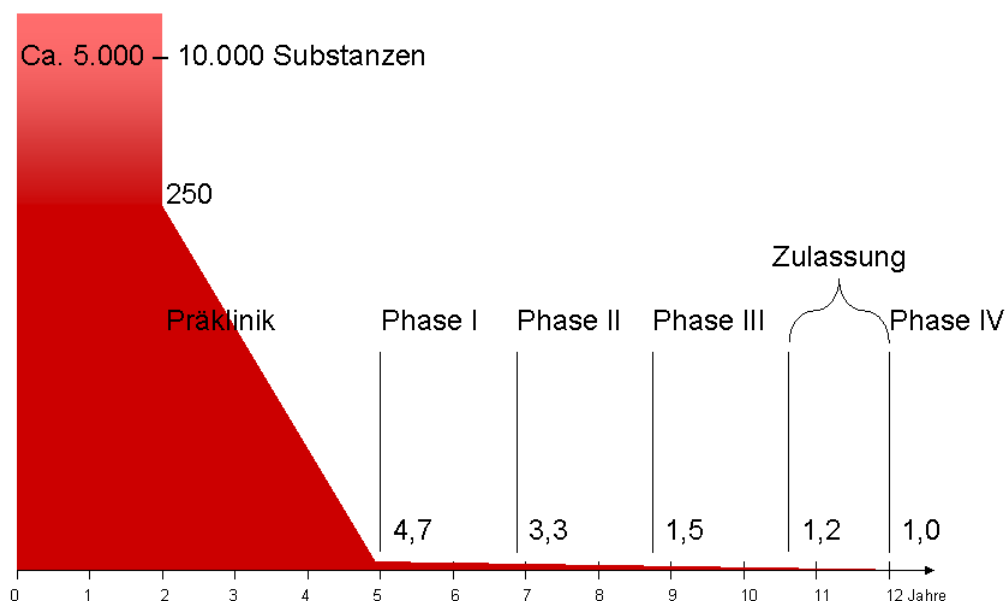
¹ Vgl. Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V. (2004), S. 3.

schung im engeren Sinne beschäftigt sich mit der Neu- oder Weiterentwicklung von Arzneimitteln.

Eine potenziell wirksame Substanz wird so lange in Tierversuchen getestet bis die Sicherheit besteht, dass eine Wirksamkeit gegeben ist und die Toxizität als extrem gering einzustufen ist. In der präklinischen Phase reduziert sich die Zahl der potenziell interessanten Substanzen erheblich, so dass sehr wenige in das nächste Stadium der Entwicklung – der klinischen Phase I – übergehen (vgl. Abbildung 4).

Der Einstieg in die klinischen Phasen bedeutet den Übergang in die Überprüfung des potenziellen Wirkstoffs am Menschen. Zu diesem Zeitpunkt beginnt die eigentliche klinische Studie. In der ersten Phase muss die Substanz die Wirksamkeit und Verträglichkeit am Menschen unter Beweis stellen. Vor Beginn der Prüfung ist neben einem detaillierten Prüfplan, den Aufklärungsunterlagen und der Einverständniserklärung der Probanden, der Abschluss einer Probandenversicherung einer unabhängigen Ethikkommission nachzuweisen. Diese hat die Aufgabe, den Schutz der Probanden vor einer möglichen Gesundheitsgefährdung bei der Durchführung einer klinischen Studie zu gewährleisten. Die Ethikkommission ist öffentlich organisiert und erst ein positives Votum berechtigt zur Einreichung der Studienunterlagen bei der zuständigen Bundesoberbehörde, dem Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), welches die Durchführung der Studie abschließend genehmigt.

Abbildung 4: Phasen der klinischen Entwicklung



Quelle: modifiziert nach Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V. (2004).

In der Phase I wird die neue Substanz an 60 - 80 gesunden Probanden auf Verträglichkeit und mögliche Wirkungs- und Abbauwege beim Menschen untersucht. Die Prüfung wird an gesunden Probanden durchgeführt, da bei Patienten krankheitsbedingte Faktoren die Untersuchungsergebnisse beeinflussen können.

Das Ziel der Untersuchungen in der klinischen Phase II ist die Überprüfung der Wirksamkeit und Verträglichkeit bei Kranken. Insbesondere sollen Nebenwirkungen und Dosierungen des Wirkstoffs erforscht werden. Diese Untersuchungen werden in der Regel an 100-500 Probanden in einem randomisierten, placebokontrollierten und doppelblinden Studiendesign durchgeführt.

In der klinischen Phase III wird der Wirkstoff unter praxisnahen Bedingungen multizentrisch an einer größeren Patientenklientel von mehreren Tausend Probanden erprobt, um mögliche, selten auftretende Nebenwirkungen zu entdecken. Nach Schätzungen des Verbands forschender Arzneimittelhersteller (VfA) erreichen statistisch nur 1,2 von 5.000 bis 10.000 geprüften Substanzen das Ende der klinischen Phase III.² Nach erfolgreichem Abschluss dieser Phase erfolgt die Zulassung durch die zuständige Behörde. Für eine deutsche Zulassung ist das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn verantwortlich.

Mit der Zulassung des Wirkstoffs und des Markteintritts des Arzneimittels ist die klinische Prüfung jedoch noch nicht abgeschlossen. Weitere Untersuchungen der Wirkungen und Nebenwirkungen der Substanz sind erforderlich, da bei Markteintritt insbesondere von innovativen Medikamenten eine extrem verbreiterte Anwendergruppe behandelt wird. Die Entdeckung von Nebenwirkungen, die mit einer Häufigkeit von kleiner 1:10.000 auftreten, ist die Wahrscheinlichkeit recht groß, dass diese in den Phase III-Studien nicht entdeckt werden. Aus diesem Grund ist der Arzneimittelhersteller gehalten, Arzneimittel in so genannten Anwendungsbeobachtungen (AWB) fallweise zu dokumentieren. Zur Klärung umfassender Fragestellungen mit meist langem Beobachtungshorizont hinsichtlich der Beeinflussung von Parametern wie der Mortalität werden große Phase IV-Studien durchgeführt. Diese Untersuchungen haben oftmals eine Indikationserweiterung der betreffenden Substanz zum Ziel. In der Regel handelt es sich dabei um internationale Studien mit mehreren 10.000 Patienten.

Trotz der umfangreichen Sicherheitsmaßnahmen ist das Auftreten von Arzneimittelschäden nicht auszuschließen. Unter Arzneimittelschäden können die Personenschäden, die durch Gebrauch eines oder mehrerer Arzneimittel entstehen, subsumiert werden. Es existiert

² Vgl. Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V. (2004), S. 5.

kaum ein Medikament, welches lediglich eine therapeutische Wirkung entfaltet. In der Regel steigt mit der Wirksamkeit einer Substanz in der gewünschten Indikation das Ausmaß der Nebenwirkungen. Als unerwünschte Wirkungen sind zu klassifizieren: toxische Nebenwirkungen, allergische Reaktionen, Wechselwirkungen, Arzneimittelabhängigkeit und Nebenwirkungen in der Schwangerschaft.³ Die Durchführung einer notwendigen Therapie rechtfertigt meistens das Auftreten vergleichsweise harmloser Nebenwirkungen, wie beispielsweise Hautrötungen oder Mundtrockenheit. Es muss davon ausgegangen werden, dass der Anteil schwerwiegender unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) im Bereich von 5-6% im stationären Bereich liegt. Im ambulanten Bereich liegt der Anteil vermutlich noch höher.⁴ Bleibende Schäden oder Todesfälle sind extrem selten und werden aus diesem Grund erst nach Markteinführung durch die große Verbreitung evident. Dies kann dazu führen, dass die Schäden durchaus Katastrophencharakter annehmen.

Ein Arzneimittelschaden großer Dimension in neuerer Zeit war der DES⁵-Schaden in den USA. Das Medikament wurde in den Jahren 1940 bis 1971 zur Verhütung von Schwangerschaftskomplikationen eingesetzt. Erst in der Tochtergeneration traten karzinogene Nebenwirkungen und schwere gynäkologische Störungen auf. Die Substanz wurde von ca. 200 Herstellern vertrieben und von schätzungsweise 29 Millionen Frauen benutzt. Es wurde 1971 vom Markt genommen. Angeblich wurden mehrere Hunderttausende geschädigt.⁶

Der bedeutendste Arzneimittelschaden in Deutschland war die Contergan-Katastrophe. Das Medikament kam 1957 auf den Markt und wurde als Schlaf- und Beruhigungsmittel auch bei Schwangeren eingesetzt. Durch das Arzneimittel wurden schwere Missbildungen bei den Nachkommen verursacht. Das Medikament wurde 1961 vom Markt genommen.⁷ Insgesamt wird die Gesamtzahl der Geschädigten auf ca. 10.000 geschätzt. Dieser Skandal war der Auslöser für die Entwicklung eines Arzneimittelgesetzes nach internationalem Vorbild. Insbesondere das fehlende Zulassungsverfahren für Arzneimittel wurde angeprangert, welches in den USA eine Markteinführung von Contergan verhinderte.⁸ Durch das Arzneimittelgesetz wurden ein verpflichtendes Zulassungsverfahren und weitere Instrumente zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit verbindlich in Deutschland eingeführt. Die Einführung des Arzneimittelgesetzes und die Festlegung verbindlicher Kriterien für die Arzneimittelzulassung können

³ Vgl. Mutschler, E. (1997), S. 78-94.

⁴ Vgl. Wasielewski, S. (2004), S. 332.

⁵ DES = Diethylstilbestrol = synthetisches Hormon

⁶ Vgl. Münchner Rück (1986), S. 62.

⁷ Vgl. Münchner Rück (1986), S. 61.

⁸ Vgl. Luhmann, H. J. (2000), S. 295.

jedoch auch in heutiger Zeit nicht verhindern, dass es zu schweren Arzneimittelzwischenfällen kommt. Mit Lipobay ist im Jahr 2001 ein Medikament vom Markt genommen worden, welches im Verdacht steht in Kombination mit einigen anderen Arzneimitteln eine Muskelschwäche auszulösen, die in 20-60% der Fälle zum Tod führt. Zum Zeitpunkt des Vertriebsstopps wurden 50 Todesfälle mit der Wechselwirkung zwischen diesen Medikamenten in Verbindung gebracht. Die Interaktion war bekannt, es wird jedoch vermutet, dass bei der ärztlichen Verordnung diese nicht berücksichtigt wurde. Weltweit wurden 6 Millionen Patienten mit dem Präparat behandelt und es traten bei einer von 100.000 Anwendungen Nebenwirkungen auf.⁹ Aufgrund der relativ geringen Wahrscheinlichkeit ist das Risiko in klinischen Studien vor Marktzulassung mit maximal 5.000 Patienten statistisch kaum zu erfassen. Die geschilderten Beispiele zeigen das Gefährdungspotenzial von Arzneimitteln. Insbesondere im Rahmen klinischer Studien sind die Erfahrungen äußerst gering und eine Absicherung für den Probanden zwingend erforderlich. Der Gesetzgeber reagiert darauf mit der Einführung einer Versicherungspflicht.

3. Probandenversicherung

Vor Beginn der Durchführung klinischer Studien ist von Seiten des Gesetzgebers vorgegeben, dass eine öffentlich besetzte Ethikkommission ein positives Votum nach intensiver Risiko-Nutzen-Abwägung abgibt und die zuständige Bundesoberbehörde (BfArM) ihre Zustimmung erteilt.¹⁰ Die zuständigen Behörden haben unter anderem auch zu prüfen, ob der Prüfplan die gewünschten Ergebnisse erwarten lässt, die Richtlinien zur „Good Clinical Practice (GCP)“ eingehalten werden, der Patient seine Einwilligung gegeben hat und entsprechend über die Bedeutung, die Risiken und die Tragweite der klinischen Prüfung informiert wurde, und ob eine Probandenversicherung nachgewiesen werden kann. Die Probandenversicherung muss Leistungen gewähren, wenn jemand getötet oder verletzt wird. Dabei wird die Gefährdungshaftung des Arzneimittelherstellers und in der Regel dem Sponsor der Studie noch einmal umfassender definiert. Die Versicherung muss nicht nur Leistungen gewähren, die losgelöst sind vom Verschulden des Herstellers, sondern auch in allen Fällen bei denen kein anderer haftet und ein Kausalzusammenhang zwischen Schaden und Arzneimittel hergestellt werden kann. Die Probanden und Patienten erhalten einen unmittelbaren Anspruch gegenüber einer Versicherungsgesellschaft, unabhängig ob sich der prüfende Arzt oder der Arzneimittelher-

⁹ Vgl. o. V. (2001).

¹⁰ Vgl. § 40 AMG (Allgemeine Voraussetzungen der klinischen Prüfung).

steller etwas zu Schulden hat kommen lassen. Laut 12. AMG-Novelle (§ 40 Abs. 3 AMG) ist ein Höchstwert von 500.000 € je Probanden zu versichern. Dabei handelt es sich jedoch tatsächlich um einen Höchstbetrag, der bei Studien mit bekannten Wirkstoffen und geringem Risikopotenzial oder bei zugelassenen Medikamenten im Rahmen von Phase IV-Studien unterschritten werden kann. Demzufolge ist es möglich, risikogestufte Prämienmodelle zu entwickeln und somit die Durchführung von klinischen Forschungsvorhaben zu erleichtern. Die Probandenversicherung ist als Versicherungspflicht ausgestaltet.

Die Probandenversicherung gehört aufsichtsrechtlich und hinsichtlich der Rechnungslegung der Unfallversicherung an.¹¹ Dennoch zeigt sie nicht nur die Elemente einer Summenversicherung, sondern auch die einer Schadenversicherung. Für eine Zuordnung zur Unfallversicherung spricht der fehlende Übergang von Ersatzansprüchen des Versicherten auf den Versicherer. Denn bei Erhalt von Leistungen aus der Probandenversicherung erlöschen weitere Ansprüche gegenüber dem Studienarzt, der Ethikkommission oder dem Arzneimittelhersteller. Ein Regress des Versicherers gegenüber dem haftenden Täter ist ausgeschlossen.¹² Dagegen spricht jedoch, dass der Versicherungsfall kein plötzlich eintretendes Ereignis, also kein Unfall ist, da die Arzneimittelanwendung über einen längeren Zeitraum erfolgt. Außerdem kann der Proband bei Erhalt von Leistungen aus der Probandenversicherung keine weiteren Ansprüche zum Beispiel von einer Haftpflichtversicherung geltend machen. Eine Bereicherung des Probanden gemäß dem Kumulationsprinzip ist demnach ausgeschlossen. Die Probandenversicherung ist somit keine echte Unfallversicherung. Der Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit hat zudem klargestellt, dass die Probandenversicherung nur Entschädigung für den tatsächlich entstandenen Schaden zu leisten habe.¹³ Für eine Klassifizierung als Haftpflichtversicherung spricht die Tatsache, dass bei Erhalt von Leistungen der Proband keine weiteren Ansprüche gegenüber dem pharmazeutischen Unternehmer oder dem Studienarzt geltend machen kann. Der pharmazeutische Unternehmer hat einen Anspruch auf Freistellung gegen den Versicherer. Die Probandenversicherung ist jedoch auch zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer nicht haftpflichtig geworden ist. Per Gesetz ist die Probandenversicherung auch zur Leistung verpflichtet, wenn niemand sonst haftet.¹⁴ In der Probandenversicherung sind demnach unterschiedliche Elemente vorhanden, die keine eindeutige

¹¹ Vgl. Wenckstern, A. (1999), S. 247.

¹² Vgl. Wenckstern, A. (1999), S. 248.

¹³ Vgl. Deutscher Bundestag (1976).

¹⁴ Vgl. § 40 Abs. 1 AMG.

Zuordnung in bestehende Versicherungszweige zulassen. Es handelt sich um eine Versicherung „sui generis“.

Beim Abschluss einer Probandenversicherung wird Versicherungsschutz für alle Schäden gewährt, die kausal mit dem Einsatz des Medikaments in Verbindung gebracht werden können. Dies umfasst auch Gesundheitsschädigungen, die auf die Rahmenbedingungen der klinischen Studie zurückzuführen sind (z. B. Spritzen, Placebo)¹⁵. Ersetzt werden alle tatsächlich entstandenen Schäden, wie z. B. Verdienstausfall oder Heilkosten. Bei Eintreten einer Erwerbsunfähigkeit wird eine Geldrente gezahlt. Nicht eingeschlossen ist die Zahlung eines Schmerzensgelds. Versichert sind alle Gesundheitsschädigungen, die spätestens 5 Jahre nach Abschluss der Studie aufgetreten sind und nicht später als 10 Jahre nach deren Beendigung gemeldet werden. Der Schadeneintritt wird zeitlich definiert mit dem ersten Aufsuchen eines Arztes wegen Symptomen, die Zeichen der Gesundheitsschädigung sind.

Von der Deckung ausgeschlossen sind Nebenwirkungen, die bereits vor Durchführung der Studie bekannt waren und die nicht über ein medizinisch vertretbares Maß hinausgehen. Weiterhin werden Verschlimmerungen von bereits bestehenden Erkrankungen, die auch unabhängig von der klinischen Studie aufgetreten wären, ausgeschlossen. Das Auftreten von genetischen Schädigungen als eine der drastischsten und unkalkulierbaren Risiken, kann nicht durch eine Probandenversicherung gedeckt werden. Außerdem sind Wegeunfälle als Risiken, die mit der Durchführung der klinischen nur in einem zufälligen zeitlichen Zusammenhang stehen, nicht von der Deckung erfasst. Ebenso sind Gesundheitsschäden, die deshalb eingetreten sind, weil sich der Proband vorsätzlich nicht an die Anweisungen der Studiendurchführenden gehalten hat, ausgeschlossen.

Probandenversicherungen können in Form von Objektdeckungen für einzelne Studien abgeschlossen werden. In Unternehmen, die regelmäßig klinische Studien durchführen, werden jedoch meistens Jahresverträge geschlossen, die alle, während der Laufzeit der Versicherung begonnenen, Studien einschließen.

Zur Risikoanalyse werden dem Versicherungsunternehmen der zugrunde liegende Prüfplan, die teilnehmenden Studienzentren, die zuständige Ethikkommission und die gesamten Aufklärungsunterlagen für die Probanden eingereicht.¹⁶ In Einzelfällen ist die Einreichung von Substanzinformationen, wie Nebenwirkungsprofile oder bisherige Studienergebnisse notwendig. Eine Bewertung der Risiken erfolgt daraufhin anhand der Anzahl der teilnehmenden

¹⁵ Vgl. Ohnesorge, L. v. (1999), S. 181.

¹⁶ Vgl. Hess, T. (1997), S. 686.

den Probanden, der erforderlichen Versicherungssumme, der Phase der klinischen Prüfung und der Laufzeit der Studie. Der Abschluss von Jahresverträgen ist meistens günstiger, da eine größere Anzahl Risiken eingebracht werden können.¹⁷

Die Deckungssummen belaufen sich – wie vom Gesetzgeber gefordert – auf einen Höchstbetrag von 500.000 € pro Patient. Die Gesamtdeckung für die Durchführung einer Studie an einem Medikament ist nach Patientenzahlen gestaffelt (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Deckungsstaffeln

Anzahl Patienten	Höchstdeckungssumme
< 1.000	10,2 Mio. € (= 20 Mio. DM)
1.000 – 3.000	20,4 Mio. € (= 40 Mio. DM)
> 3.000	30,6 Mio. € (= 60 Mio. DM)

Quelle: Ohnesorge, L. v. (1999).

Die Allianz-Versicherungs-AG hat im Jahr 1999 eine Erhöhung der Deckungsstaffel auf ca. 50 Mio. € angekündigt. Dies ermöglicht eine Deckung zum Höchstbetrag bei Studien bis 100 Probanden. Nach Angaben der Allianz liegen 80% der durchgeführten klinischen Studien unter dieser Probandenzahl.¹⁸ Die Deckungssummenstaffeln stellen einen Kompromiss aus den gesetzlichen Vorgaben und dem wirtschaftlich Machbaren für die Versicherer dar, der zwischen den Behörden und den Versicherungsverbänden ausgehandelt wurde.¹⁹

Der Abschluss einer Probandenversicherung wird von vielen Erstversicherern angeboten. Ca. 25 Erst- und Rückversicherer²⁰ haben sich zur Bildung eines offenen Rückversicherungspools für Probandenversicherungen (Probanden-Cover) unter Führung der Münchner Rück entschlossen. Vor dem Hintergrund eines schlecht kalkulierbaren Risikos und hoher Leistungssummen stellt die Bildung dieses Pools eine Möglichkeit zur Gewährleistung einer hohen Sicherheitsgarantie für ein hohes Schadenspotenzial (insbesondere Spätschadenspotenzial) und eine koordinierte Schadenregulierung dar. Bei einem durchschnittlichen jährlichen Prämienvolumen von ca. 2,5 Mio. € ist in Deutschland die Deckung von Großschäden nicht

¹⁷ Vgl. Huy, F. / Sertl, P. (2000), S. 8.

¹⁸ Vgl. Ohnesorge, L. v. (1999), S. 181.

¹⁹ Vgl. Huy, F. / Sertl, P. (2000), S. 7.

²⁰ Vgl. Huy, F. / Sertl, P. (2000), S. 7.

möglich. Bislang sind diese in Deutschland noch nicht aufgetreten.²¹ Im Ausland sind jedoch bereits Großschadensfälle bekannt geworden.

Von den Ethikkommissionen werden eine Reihe von Fragen aufgeworfen, die sich auf die Gestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die klinische Forschung und die geltenden Versicherungsbedingungen der Anbieter beziehen. Ausschlaggebend ist die Überzeugung unter anderem der Arbeitsgruppe „Probandenversicherung“ des Arbeitskreises medizinischer Ethikkommissionen²², dass die herrschende Versicherungspraxis die gesetzlichen Bedingungen nicht zu erfüllen vermag.

Der erste Kritikpunkt setzt an der Höchstsummenbegrenzung an. Vom Gesetz gefordert ist eine Mindestdeckung von 500.000 € pro Patient beim Eintreten eines Todesfalls oder einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit. Dies würde bei Studien mit mehreren Tausend Patienten eine immense Deckungssumme erfordern, die sich in entsprechenden Prämienforderungen der Versicherung niederschlagen würde. Bislang existieren Angebote von Versicherungsunternehmen, die eine Höchstleistungsbegrenzung von ca. 50 Mio. € vorsehen, so dass lediglich bei Studien bis 100 Patienten die gesetzliche Forderung erfüllt wäre.

Ein weiteres Problemfeld ergibt sich aus der Versicherung von Spätschäden, die bei Durchführung klinischer Studien auftreten können. Insbesondere der Nachweis einer Kausalität zwischen der klinischen Prüfsubstanz und dem aufgetretenen Schaden – wie in den allgemeinen Versicherungsbedingungen gefordert – bereitet Schwierigkeiten. Bislang ist ein vollständiger Beweis zu führen, dass der aufgetretene Schaden im Zusammenhang mit der klinischen Prüfung entstanden ist. Dieser Beweis ist insbesondere bei Spätschäden sehr schwierig zu erbringen. Verbesserungsvorschläge zum Probandenschutz zielen auf die Anerkennung eines Schadensfalls bei einer „an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit einer Kausalität“.

Der Ausschluss genetischer Schäden von der Versicherung stellt einen weiteren Problembereich der Probandenversicherung dar. Aktuell sind lediglich somatische Schäden und Schädigungen der Keimbahn durch die Versicherung abgedeckt. Dies schließt auch Schäden bei Embryonen mit ein, die zum Zeitpunkt der Studie bereits in der Entwicklung waren. Schäden bei der ersten Filialgeneration sind jedoch bei einer Schwangerschaft nach Abschluss der Studie nicht erfasst. Die Relevanz dieser Fragestellung wurde durch den DES-Fall bereits auf tragische Weise deutlich gemacht. Weiterhin stellt der Einsatz gentechnischer Methoden und Medikamente eine große Herausforderung für die Zukunft dar. In letzter Zeit kommen

²¹ Vgl. Huy, F. / Sertl, P. (2000), S. 8.

²² Vgl. Rittner, C. / Kratz, E. J. / Walter-Sack, I. (2000), S. 689.

verstärkt virale Genfährden zum Einsatz. Da eine Infektion Dritter nicht ausgeschlossen werden kann, ist der Versicherungsschutz auf diese Personen auszudehnen. Der Gesetzgeber hat dieser Gefahr bereits in der 12. AMG-Novelle Rechnung getragen.²³

Probandenversicherungen schließen gemäß den allgemeinen Versicherungsbedingungen die Haftung bei Wegeunfällen aus. Es wird die Ansicht vertreten, dass für Risiken des Alltags keine Haftung übernommen werden kann.²⁴ Von Seiten der Ethikkommissionen wird hingegen die Auffassung vertreten, dass in einer Studie nicht von einem normalen Arzt-Patienten-Verhältnis ausgegangen werden kann, sondern eher von einem Verhältnis ähnlich dem des Arbeitgebers zum Arbeitnehmer. Der Proband stellt seinen Körper für die klinische Forschung zur Verfügung und hat teilweise keinen persönlichen Nutzen dabei. Eventuell ist sogar der durchführende Studierarzt haftbar zu machen, wenn kein adäquater Versicherungsschutz vorliegt. Der Abschluss einer separaten Wegeunfallversicherung wird aus diesem Grund von allen Ethikkommissionen für ein positives Votum vorausgesetzt.

Bislang ist ein positives Votum aller Ethikkommissionen - in deren Region sich ein klinisches Studienzentrum befindet - Voraussetzung für den Beginn einer Studie. Diese Tatsache und das teilweise uneinheitliche Vorgehen der Kommissionen hinsichtlich der Anforderungen, führen zu einem immensen bürokratischen Aufwand, der vom Hersteller bzw. der durchführenden Organisation getragen werden muss. Der Gesetzgeber hat zum Abbau dieser bürokratischen Hürden bereits eine Vereinfachung im Gesetzentwurf eingebracht.²⁵ In Zukunft wird das Votum einer Ethikkommission für den Beginn einer klinischen Studie ausreichend sein.

4. Zusammenfassung

Die klinische Forschung ist das Kernstück der Arzneimittelentwicklung. Das Risiko der Arzneimittelanwendung - insbesondere im Forschungsbereich - ist mit nicht zu unterschätzenden Risiken behaftet. Dies haben Großschadenfälle bereits auf tragische Weise deutlich gemacht. Die Einführung einer gesetzlichen Versicherungspflicht stellt in diesem Zusammenhang ein probates Mittel dar. Für die Zukunft wird es wichtig sein, dass der Gesetzgeber, die Ethikkommissionen und die Vertreter der Versicherungswirtschaft pragmatische Lösungen für die

²³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2004), S. 77.

²⁴ Vgl. Rittner, C. / Kratz, E. J. / Walter-Sack, I. (2000), S. 690.

²⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2004), S. 22.

bestehenden Probleme finden, um ein forschungsfreundliches Klima in Deutschland und Europa zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis

Arzneimittelgesetz (AMG) (2004):

Vom 24. August 1976 in der Fassung der Bekanntmachung vom 11.12.1998 I 3586, zuletzt geändert durch Art. 23 § 1 G v. 14.11.2003 I 2190).

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2004):

Entwurf eines zwölften Gesetzes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes.

Deutscher Bundestag (1976):

Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit, BT 7/5091.

Hess, T. (1997):

Haftung für Arzneimittel und Versicherung – Probandenrisiko und Versicherung, in: Versicherungswirtschaft, S. 682-687.

Huy, F. / Sertl. P. (2000):

Versicherung klinischer Tests in Deutschland, ERC Frankona Forum, Nr. 5, S. 6-8.

Luhmann, H. J. (2000):

Die Contergan-Katastrophe revisited – Ein Lehrstück vom Beitrag der Wissenschaft zur gesellschaftlichen Blindheit, in: Umweltmedizin in Forschung und Praxis, 5, S. 295-300.

Münchner Rück (1986):

Arzneimittelschäden – Risiko, Haftung, Versicherung, Münchner Rückversicherungsgesellschaft, München.

Mutschler, E. (1997):

Arzneimittelwirkungen, 7. Auflage, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.

Ohnesorge, L. v. (1999):

Risiken und Chancen von „Clinical Trials“ – Neuerungen bei der Probandenversicherung, in: Allianz Report, S. 178-181.

o. V. (2001):

Pharmakologen halten Verkaufsstopp für voreilig, in: Pharmazeutische Zeitung, www.pharmazeutische-zeitung.de [Stand:11.05.04].

Rittner, C. / Kratz, E. J. / Walter-Sack, I. (2000):

Zur Angemessenheit des Probandenschutzes nach §40 Abs. 1 Nr. 8 AMG, in: Versicherungsrecht, 16, S. 688-694.

Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V. (2004):

Klinische Forschung in Deutschland – Eine Standortbestimmung, Berlin.

Wasielewski, S. (2004):

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ein Problem ungeahnten Ausmaßes, in: Deutsche Apotheker Zeitung, 144, Nr. 4, S. 331-332.

Wenckstern, A. (1999):

Die Haftung bei der Arzneimittelprüfung und die Probandenversicherung – Haftungersetzung durch Versicherungsschutz, Dissertation, Peter Lang Verlag, Frankfurt/M.

Probleme der Malpractice Insurance in den USA

Susanne Cloppenburg

1. Einleitung	233
2. Die Malpractice Insurance in den USA.....	234
2.1. Hintergründe und Bedarf.....	234
2.2. Prämienkalkulation.....	235
3. Die Krise der Malpractice Insurance.....	236
3.1. Kennzeichen der Krise	236
3.2. Gründe für den Prämienanstieg.....	237
3.3. Auswirkungen der Krise.....	239
3.4. Veränderungen nach früheren Krisen	240
3.5. Beispiel Deutschland	241
4. Zusammenfassung.....	242
Literaturverzeichnis.....	244

1. Einleitung

Seit 1999 erleben viele Staaten in den USA eine Krise der Medical Malpractice Insurance mit rapide ansteigenden Prämien, nachdem zuvor in einer Periode von mehreren Jahren relativ stabile Prämien zu beobachten waren. Dabei folgt die aktuelle Problematik nur einem scheinbar vorgegebenen Kreislauf, denn sowohl in den 80er Jahren gab es eine Krise, in der Versicherungsschutz nicht erschwinglich war, als auch Mitte der 70er Jahre mit nicht verfügbarem sowie nicht bezahlbarem Schutz.¹ Während Amerika die dritte Krise in drei Jahrzehnten erlebt und damit verbunden Ärzte in besonders betroffenen Regionen entweder ihren Dienst beenden oder Risikopatienten nicht weiter behandeln, wird offen über Gründe und Auswirkungen der Krise gestritten. Auch die Frage, ob die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bedroht ist, wird heftig diskutiert.²

Diese Arbeit beschäftigt sich gleichzeitig mit der aktuellen wie altbekannten Problematik der Malpractice Insurance in den USA. Zur Einführung wird die Versicherungsart als solche mit ihren Hintergründen vorgestellt. Anschließend folgt die Beschreibung der Krise

¹ Vgl. Danzon, P. / Epstein, A. / Johnson S. (2003), S. 1.

² Vgl. Marchev, M. (2002), S. 1.

mit ihren Kennzeichen, Gründen, Auswirkungen und Strategien zur Bekämpfung der Problematik, wobei die Diskussion der Gründe den Schwerpunkt bildet. Abschließend werden im 4. Gliederungspunkt die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

2. Die Malpractice Insurance in den USA

2.1. Hintergründe und Bedarf

Nahezu alle Anbieter im Gesundheitswesen - Ärzte oder Krankenhäuser - beziehen irgendeine Art von Versicherungsschutz, der Kosten abdeckt, die durch Malpractice-Schäden gegen einen Anbieter entstehen.³ Dabei bezeichnet Malpractice das Fehlverhalten eines Arztes während der Behandlung eines Patienten, wobei Fahrlässigkeit kausal für eine Verletzung des Patienten sein muss.⁴ Die meistverbreitete Versicherung für Ärzte deckt Kosten von \$1 Million pro Ereignis und \$3 Millionen pro Jahr. Ein Großteil der heutigen Versicherungsanbieter sind Unternehmen, die entweder im Besitz von Ärzten sind oder zumindest von diesen betrieben werden. Andere Anbieter sind kommerzielle Versicherungsunternehmen, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit oder staatliche Versicherungsprogramme. Es besteht auch die Möglichkeit der Selbstversicherung, bei der Ärzte selbstverantwortlich Schäden gegenüberstehen.

Bei den Versicherungsverträgen lassen sich zwei Arten unterscheiden. Die Mehrheit umfasst eine claims-made Deckung, die Schäden übernimmt, die aufgrund eines Ereignisses während der Vertragslaufzeit entstanden und gemeldet wurden. Weniger häufig wird eine occurrence Deckung angeboten, die den Versicherungsnehmer auch nach Vertragskündigung schützt. Entscheidend ist hier nicht der Tag der Meldung, sondern der Tag des Ereignisses, welches einen Schaden auslöst.⁵

Es besteht zum einen eine Nachfrage nach Versicherungsschutz, da in einigen Staaten eine gesetzliche Versicherungspflicht besteht. Insgesamt neun Staaten verpflichten ihre Ärzte und Krankenhäuser, Schutz in einem bestimmten Umfang zu kaufen.⁶ Die Erfordernisse unterscheiden sich von Staat zu Staat sowohl in der Höhe als auch der Art des minimalen Versicherungsschutzes. Eine zweite Staatengruppe von fünf Staaten verpflichtet ihre Ärzte indirekt zum Versicherungskauf, indem sie ihnen im Falle einer Klage Schutz durch ein bestimmtes Gesetz bietet, falls sie einen gewissen Mindestversicherungsumfang haben.⁷ Eine letzte Grup-

³ Vgl. General Accounting Office (GAO) (2003a), S. 6.

⁴ Vgl. Cornell, E. (2002), S. 1.

⁵ Vgl. Cornell, E. (2002), S. 2.

⁶ Versicherungspflicht per Gesetz besteht in Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Kansas, Massachusetts, Pennsylvania, Rhode Island und Wisconsin.

⁷ Indirekte Versicherungspflicht besteht in Indiana, New Mexico, Nebraska, North Carolina und Oregon.

pe von vier Staaten fordert von ihren Ärzten einen gewissen Versicherungsschutz, wollen sie bei einer Einrichtung des Gesundheitswesens angestellt sein.⁸ In diesen Staaten dürfen in Krankenhäusern keine Ärzte ohne Versicherung arbeiten.⁹ Zum anderen liefert das Zivilrecht eine Begründung für die Versicherungsnachfrage. Es ist jedem Patienten gestattet, einen Arzt zu verklagen, der ihn während einer medizinischen Behandlung verletzt.¹⁰ Ärzte haften grundsätzlich für Verletzungen, die von ihnen fahrlässig verursacht werden. Dieses Deliktsrecht dient zur Entschädigung des Opfers sowie zur Abschreckung von ärztlichem Fehlverhalten, wobei die Abschreckfunktion in Vordergrund steht.¹¹ Aufgrund dieser Gegebenheiten lastet ein enormer Druck auf Ärzten, sich gegen Klagen zu versichern, und führt zu einer faktischen Versicherungspflicht im ganzen Land.

Die Funktionsweise der Malpractice Insurance ähnelt denen anderer Versicherungen. Der Versicherer erhält vom Versicherten eine Prämie und übernimmt dafür alle künftigen Ansprüche im Rahmen des Vertrags. Die gezahlten Prämien investiert der Versicherer und reduziert mit dem erwirtschafteten Ertrag die zukünftige Prämienhöhe des Versicherungsnehmers.¹²

2.2. Prämienkalkulation

Der Prämienatz spiegelt diskontierte erwartete Schadensumfänge sowie -regulierungskosten des jeweiligen Vertrags wider. Dabei existieren je nach Region, Jahr und Fachrichtung verschiedene Einflüsse durch Bestimmungen des Deliktsrechts oder Versicherungsregulierungen. Allgemein verlaufen Prämienanstiege parallel zu steigenden Schadenerwartungen und invers zu steigenden Investitionsgewinnen. Dagegen können bereits aufgetretene Zyklen und Krisen im Versicherungsgewerbe hierdurch nicht erklärt werden.¹³

Die Prämienhöhe basiert auf den aus Schäden entstehenden erwarteten Zahlungen. Dabei ist es gerade in der Malpractice Versicherung schwierig, zukünftige Verluste richtig zu antizipieren. Erstens ist die Schadenverteilung pro Risiko extrem verzerrt. Ungefähr 5 % der Schäden sind für über 50 % der Ersatzzahlungen verantwortlich. Zusätzlich sind in jeder Risikoklasse aufgrund der Einteilung nach Regionen und Fachrichtungen nur wenig Versicherte, und dieser Informationsnachteil führt zeitweise zu erheblichen Unterschieden des Durchschnittsverlustes pro Versicherungsnehmer. Zweitens ist die Anzahl an Jahren zu berücksich-

⁸ Versicherungspflicht als Einstellungsbedingung an Krankenhäusern besteht in Kalifornien, Missouri, Arizona und Indiana.

⁹ Vgl. American Medical Association (AMA) (2004).

¹⁰ Vgl. GAO (2003b), S. 8.

¹¹ Vgl. Danzon, P. (2000), S. 1341.

¹² Vgl. GAO (2003a), S. 7.

¹³ Vgl. Danzon, P. / Epstein, A. / Johnson, S. (2003), S. 11 f.

tigen, die ein Schaden zur vollständigen Abwicklung braucht. Ein Zeitraum von fünf bis zehn Jahren ist keine Seltenheit, da nach Aufdeckung des Fehlverhaltens des Arztes sowohl Schadenmeldung als auch Einigung mit nachfolgender Zahlungsabwicklung folgen. Verstärkend wirkt die Tatsache, dass die Verjährungsfrist erst mit dem Datum der Schadenerkennung beginnt. Drittens führen veränderte gesellschaftliche und gesetzliche Normen dazu, dass Schäden mit ähnlichen Hintergründen und Gegebenheiten in unterschiedlichen Verlusten für den Versicherer enden.¹⁴

Die Prämienberechnung der Malpractice Insurance verletzt den Punkt der herrschenden Versicherungstheorie, dass beim Vertragsabschluss keine Möglichkeiten zur Vermeidung von moral hazard wahrgenommen werden, obwohl der Versicherte das Risiko beeinflusst. Einerseits werden keine Selbstbeteiligungen gefordert, andererseits werden die Prämien nicht unter Einbezug früherer Schäden des Versicherten berechnet. Während die Argumente, dass nur eine sehr geringe Anzahl an Ärzten den Großteil aller Schäden verursacht sowie dass durch drohende Prämienhöhung bei fahrlässigem Verhalten die Sorgfalt der Ärzte erhöht wird, für eine Erfahrungstarifizierung sprechen, wird entgegnet, dass Ärzte in einer höheren Risikoklasse nicht automatisch unvorsichtiger sind. Und solange Justizirrtümer auftreten, wird es aufgrund von Risikoaversion stets nur eine geringe Nachfrage nach Versicherungen mit Erfahrungstarifizierung geben. Die fehlende Anwendung von Selbstbeteiligungen wird durch die Existenz von nicht versicherbaren Kosten bei einer Beklagung begründet. Zeitliche Aspekte sowie die Befürchtung um und die Bedrohung des guten Rufs sind genauso schwerwiegend wie eine Selbstbeteiligung. Es besteht auch die Möglichkeit, dass eine Schadensersatzsumme oberhalb der Vertragsgrenze verhängt wird und vom Arzt selbst zu tragen ist.¹⁵

3. Die Krise der Malpractice Insurance

3.1. Kennzeichen der Krise¹⁶

Seit 1999 steigen die Prämien der Malpractice Versicherung rapide an. Sowohl Ausmaß der Prämienanstiege als auch Höhe der Prämien variieren entlang medizinischer Fachgebiete und Regionen. Während ein Anbieter die Prämien der inneren Medizin stärker erhöht als die der Chirurgie, beobachtet man bei einem anderen Versicherer ein gegensätzliches Verhalten. Die

¹⁴ Vgl. Danzon, P. (2000), S. 1362 f.

¹⁵ Vgl. Danzon, P. (2000), S. 1359-1361.

¹⁶ Folgende Informationen über Prämienhöhe und -anstieg basieren auf einem Report des General Accounting Office, in dem die sieben Staaten Kalifornien, Minnesota, Florida, Mississippi, Nevada, Pennsylvania und Texas repräsentativ für das ganze Land analysiert wurden, wobei die beiden Erstgenannten keine aktuellen Probleme und die restlichen fünf Krisensituationen vorweisen. Repräsentative Daten existieren nur für den Zeitraum von 1992 bis 2002 und nur in den Fachgebieten der inneren Medizin, der Chirurgie und der Gynäkologie. In dieser Reihenfolge repräsentieren sie Sparten mit niedrigem, mittlerem und hohem Risiko.

Änderung der Prämie für Gynäkologen zwischen 1999 und 2002 reicht von einer Verringerung um 9 % in Kalifornien bis hin zu einer Erhöhung von 170 % in Pennsylvania. Auch die Prämienhöhe für sowohl die gleiche Deckung als auch das gleiche Fachgebiet variiert so stark, dass sie in einem Staat 17mal so hoch ist wie in einem anderen Staat.¹⁷

3.2. Gründe für den Prämienanstieg

Eine seit den 60er Jahren stattfindende Liberalisierung des Common Law führte zu einem Anstieg der Schadenhäufigkeit, da es die Stellung des Klägers in einem Prozess stärkt und der Entschädigung des Opfers einen größeren Stellenwert beimisst als der Nachweisbarkeit der Fahrlässigkeit. Auch die Schadenhöhe steigt durch etwaige Sympathiegefühle, die ein Richter oder eine (Laien-)Jury dem Opfer gegenüber zeigt, an, weil die Schuldfrage aus diesem Grund zulasten des Arztes beantwortet wird.¹⁸

Seit 1998 steigen sowohl die jährlich bezahlten als auch eingetretenen Schäden auf dem Versicherungsmarkt für Malpractice rapide an. Als bezahlte Schäden gelten die Zahlungen eines Versicherers in einem Jahr unabhängig davon, in welchem Jahr die zugrunde gelegten Schäden entstanden oder gemeldet worden sind. Eingetretene Schäden spiegeln die Erwartungen des Versicherers über die Höhe zukünftiger Zahlungen wider, die aufgrund von Schäden zu leisten sind, die in dem entsprechenden Jahr gemeldet werden. Zusätzlich beinhalten die eingetretenen Schäden Berichtigungen bezüglich der erwarteten Zahlungen in diesem Jahr aufgrund von in früheren Jahren gemeldeten Schäden. Waren die Schätzungen zu niedrig, so führt eine Berichtigung zu steigenden eingetretenen Schäden und diese Komponente stellt mit ca. 78 % den größten Kostenfaktor des Versicherers dar. Auf nationaler Ebene sind zwischen 1998 und 2001 die bezahlten Schäden um 8,2 % und die eingetretenen Schäden um 18,7 % gestiegen. Auf Staatenebene variierten die Anstiege sehr stark zwischen 1998 und 2001. Während in Mississippi die bezahlten Schäden um 142,1 % stiegen, war in Minnesota eine Steigerung von 8,7 % zu beobachten. Ähnlich verlief es mit den eingetretenen Schäden. Einer Erhöhung um 197,5 % in Mississippi stehen 40,5 % in Kalifornien gegenüber. Aus verschiedenen Gründen führen ansteigende bezahlte Schäden zu Prämienanstiegen. Höhere bezahlte Schäden lassen die Erwartungen eines Versicherers über zukünftige Schäden ansteigen. Erschwerend kommt hinzu, dass Versicherer bei unsicheren Schätzungen eher zu hohe Verluste ansetzen. Große Verluste aufgrund einzelner Schäden lassen die Erwartungen von potenziellen Klägern ansteigen, für ähnliche Schäden ebenfalls hohe Zahlungen zu erhalten. Daraus folgt, dass Versicherer eine steigende Anzahl von Klagen als solche sowie Klagen mit anschließenden

¹⁷ Vgl. GAO (2003a), S. 9 f.

¹⁸ Vgl. Flatten, J. (1996), S. 44 f.

Zahlungen erwarten. Als Konsequenz aus diesen Punkten werden die Prämien erhöht, um die erwarteten Verluste abzudecken.¹⁹

Versicherer sind gesetzlich dazu verpflichtet, eine konservative Investitionspolitik zu betreiben. 2001 investierten die Versicherer 79 % ihres Anlagenbestandes in Bonds. Seit 2000 fallen die Jahreserträge stetig und die erzielte Rendite ist von 5,6 % im Jahr 2000 auf geschätzte 4 % im Jahr 2002 gesunken. Da es den Versicherungsunternehmen vorgeschrieben ist, erwartete Kapitalerträge bei der Prämienberechnung zu berücksichtigen, waren die Prämien in den 90er Jahren aufgrund hoher Renditen niedrig. Seit 2000 erwarten die Versicherer geringere Erträge, so dass die Prämien steigen, um größere Anteile des möglichen Verlusts abzudecken.²⁰

Während der 90er Jahre erwiesen sich die eingetretenen Schäden, die aufgrund von Verträgen in den späten 80er Jahren erwartet wurden, als zu hoch, so dass hohe Reserven für die Versicherer entstanden. Diese Reserven wurden im Laufe der Zeit durch Angleichungen der aktuellen Schadenreserven abgebaut. Hieraus folgte, dass die eingetretenen Schäden fielen und die Erträge weiter stiegen. Diese Berichtigungen führten zusammen mit hohen Kapitalerträgen dazu, dass auch bei niedrigen Prämien das Versicherungsgeschäft rentabel blieb. Zusätzlich sorgte ein Preiskampf während der 90er Jahre für nicht steigende Prämien zwischen 1992 und 1998. Doch seit 1990 weist die Eigenkapitalrendite im ganzen Land einen Abwärtstrend auf, der nach 1998 und 2001 besonders stark war. Diese abnehmende Rentabilität zwang einige große Versicherer dazu, entweder gar keine oder eine verringerte Zahl von Versicherungsverträgen im Bereich des Malpractice anzubieten. Neben der St. Paul Company, die bis 2002 der zweitgrößte Anbieter von Malpractice Versicherungen war, verließen seit 1999 noch andere große Versicherer den Markt. Wenn allerdings große Versicherer den Markt verlassen, sinkt das Angebot und die verbleibenden Unternehmen müssen nicht weiter auf Preisbasis miteinander konkurrieren. Unter diesen Umständen ist eine einfache und schnelle Erhöhung der Prämien zur Abdeckung von erwarteten Verlusten möglich.²¹

Ein weiterer Grund für steigende Prämien sind ebenfalls steigende Rückversicherungskosten. Versicherer beziehen Rückversicherung, um sich vor unvorhergesehenen Schäden zu schützen. Zwei bekannte Gründe ließen die Rückversicherungsprämien in den letzten Jahren steigen. Zum einen waren zunehmende Verluste der Rückversicherer nach den Terror-

¹⁹ Vgl. GAO (2003a), S. 15-22.

²⁰ Vgl. GAO (2003a), S. 24-27.

²¹ Vgl. GAO (2003a), S. 28-32.

anschlügen vom 11. September 2001 zu verbuchen zum anderen wurden Rückversicherer mit höheren Verlusten seitens der Malpractice Versicherer konfrontiert.²²

Die genannten Faktoren beeinflussen den Zyklus der Malpractice Insurance, der wie andere Sach- und Haftpflichtversicherungen „hard“ und „soft markets“ erlebt. Hard markets zeichnen sich durch rapide Prämienanstiege, strenge Zeichnungsvorschriften, verkleinerte Deckungsbereiche sowie Marktaustritte einiger Versicherer aus, wie es seit 1998 zu beobachten ist. Soft markets sind das Gegenteil mit stabilen Prämien, weniger strengen Zeichnungsvorgaben, ausgeweiteten Deckungen sowie starkem Wettbewerb zwischen Versicherern, der für flache Prämien sorgt. Zwischen 1990 und 1998 erlebte der Markt für Malpractice Versicherungen einen soft market. Grundsätzlich folgt dieser Versicherungsmarkt demselben Zyklus wie andere Versicherungen, allerdings neigt er und damit die Prämienhöhe zu einer stärkeren Volatilität, deren Gründe bei den in Punkt 2.2. beschriebenen Schwierigkeiten, zukünftige Zahlungen vorherzusagen, liegen. Diese führen dazu, dass der Versicherer unwissentlich die Prämien zu hoch oder zu niedrig ansetzt. Werden diese Fehlkalkulationen erkannt, kommt es zu einer so starken Berichtigung, wie sie sich seit 1999 durch extrem steigende Prämien abzeichnet.²³

3.3. Auswirkungen der Krise

Nach den rapiden Anstiegen der Prämien zeigten Ärzte Reaktionen auf den zunehmenden Druck, indem sie ihren Dienst komplett oder gegenüber Risikopatienten einschränken.²⁴ Trotz dieser Beispiele ist die Gesundheitsversorgung als solche nicht gefährdet. Schließungen von Geburtsstationen sind durch eine niedrige Nachfrage bedingt, so dass umliegende Stationen problemlos weitere schwangere Frauen betreuen können. Die Abwanderung von Ärzten aus Problemregionen lässt sich nicht alleine durch steigende Prämien erklären, da eine schlechte Bezahlung von Ärzten bei der Behandlung von nicht oder niedrig versicherten Patienten ein weiterer wichtiger Grund ist. Beispiele aus Krisenstaaten über eine sinkende Gesundheitsversorgung erweisen sich häufig als Einzelberichte, und Angaben über ein Verlassen von Ärzten sind häufig falsch. In einigen Fällen übernehmen auch die Krankenhäuser für ihre fest angestellten Ärzte teilweise oder ganz die Prämien, um mögliche Engpässe zu verhindern.²⁵

Eine weitere Auswirkung ist die Praktizierung von „defensive medicine“, worunter Überbeanspruchungen von Diagnostiktests, Überweisungen zu Spezialisten in erweitertem Um-

²² Vgl. GAO (2003a), S. 32 f.

²³ Vgl. GAO (2003a), S. 33-36.

²⁴ Vgl. GAO (2003b), S. 12-16.

²⁵ Vgl. GAO (2003b), S. 16-26.

fang sowie die Verschreibung medizinisch nicht zwingend notwendiger Medikamente verstanden werden. Verfügbare Daten über das Ausmaß von defensive medicine basieren auf Umfragen bei den Ärzten, die eine Repräsentativität als fragwürdig erscheinen lassen, da nur sehr wenige Ärzte auf Umfragen reagieren und auch unklar bleibt, ob diese Maßnahmen täglich und bei jedem Patienten vorgenommen werden. Deutlich wird, dass zusätzliche Diagnostests besonders in Situationen mit hohem Risiko verwendet werden. Da alle Untersuchungen auf bestimmten Zuständen und Bevölkerungen beruhen, können Ergebnisse nicht auf das ganze Land übertragen werden, um entstehende Kosten abzuschätzen. Zusätzlich erklärt das Motiv der Einkommenssteigerung bei Ärzten die Verwendung weiterer Diagnostests.²⁶

3.4. Veränderungen nach früheren Krisen

Nach der ersten Krise Mitte der 70er Jahre wechselten die Versicherungsanbieter von der occurrence zur claims-made Deckung, um Verluste und damit die Prämienhöhe besser bestimmen zu können. Weil die claims-made Deckung nur bereits gemeldete Schäden abdeckt, können die Versicherer ihre zukünftigen Zahlungsverpflichtungen genauer abschätzen.

Eine steigende Anzahl von Schäden und Schadenszahlungen ließen Mitte der 70er Jahre viele kommerzielle Versicherer den Markt für Malpractice verlassen, was zu einer Krise des nicht verfügbaren Versicherungsschutzes führte. Diesem begegneten Ärzte mit der Schaffung von Versicherungsunternehmen, die in ihrem eigenen Besitz sind. Diese neuen Unternehmen zeichneten nur claims-made Verträge, um Verluste besser abschätzen zu können. Zusätzlich erzielten sie in den ersten Jahren Kostenersparnisse, weil die claims-made Verträge nur künftiges Fehlverhalten von Ärzten abdecken. Weiterhin haben sie durch mehr Wissen über Ärzte und Krankenhäuser sowie deren Umfeld Vorteile beim Vertragsabschluß. Außerdem legen diese Unternehmen mehr Wert auf Risikomanagement, damit sich die Zahl von Schäden verringert. Heute dominieren solche Unternehmen den Versicherungsmarkt für Malpractice, wobei sie sich auf diesen Zweig beschränken und oft nur in einem Staat operieren.²⁷

In den letzten Jahren zeichnete sich ein Trend bei Ärzten und Krankenhäusern ab, sich selbst zu versichern. Dies bedeutet entweder die Bildung von Fonds zur Deckung von Schäden oder die Beteiligung an alternativen Mechanismen zur Risikoverteilung, die bestimmte Auflagen der staatlichen Regulierungsbehörde umgehen. Diese Vereinbarungen bringen Kosteneinsparungen im administrativen Bereich, aber Ärzte und Krankenhäuser sehen sich einer größeren finanziellen Verantwortung gegenüber, womit das potentielle Risiko der Insolvenz

²⁶ Vgl. GAO (2003b), S. 26-30.

²⁷ Vgl. GAO (2003a), S. 37 ff. und vgl. Danzon, P. (2000), S. 1363 f.

steigt, da Ärzte mit ihrem Privatvermögen haften. Auch Patienten haben größere Schwierigkeiten, ihrem Schadensersatz zu erhalten, da sie im Falle einer Zahlungsunfähigkeit leer ausgehen.²⁸

Ebenfalls nach der ersten Krise führten alle Staaten Gesetze ein, um den Aufwärtstrend der Prämien zu reduzieren. Am stärksten verbreitet ist die Begrenzung der Nichtvermögensschäden wie Schmerzen und Leid. Schäden in Malpractice Fällen setzen sich grundsätzlich aus zwei Arten zusammen: Vermögensschäden beinhalten finanzielle Schäden der Vergangenheit und Zukunft wie Einkommensausfall oder Ausgaben für eine medizinische Betreuung. Dagegen sind Nichtvermögensschäden subjektive nicht finanzielle Schäden wie Schmerzen, Leid, Eheprobleme und Seelenqualen. Auch wenn einige Staaten die gesamte Höhe von Schadenersatzsummen begrenzen, so erließen die meisten Staaten Gesetze zur Begrenzung der Schmerzensgelder. Während Versicherungs- und Ärztevereinigungen in einer solchen Begrenzung die Möglichkeit sehen, Verluste zu kontrollieren und damit Prämien zu senken, befürchten Anwälte und Konsumentengruppen eine Benachteiligung von Patienten, für ihre erlittenen Verletzungen nicht ausreichend entschädigt zu werden.²⁹

3.5. Beispiel Deutschland

In Deutschland besteht eine rein standesrechtliche Versicherungspflicht, die zu einer Versicherungsdichte von 95-100% führt.³⁰ Es zeichnen sich zwar ähnliche Prämienentwicklungen wie in Amerika ab, doch sind wir noch weit von deren Spitzenprämien entfernt.³¹ Der Unterschied liegt in der Höhe der zugesprochenen Schmerzensgeldsummen für geschädigte Patienten, da in Amerika wesentlich höhere Summen als in Deutschland zugesprochen werden und Vermögensschäden genau zu kalkulieren sind.³² Laut § 253 Abs. 2 BGB kann auch eine billige Entschädigung für Nichtvermögensschäden gefordert werden. Da eine Wiederherstellung nicht möglich ist, soll ein Ausgleich geschaffen werden, wobei die genaue Höhe der Entschädigung von der Rechtsprechung auszuformen ist. Der Anspruch nach § 253 Abs. 2 BGB ist kein gewöhnlicher Schadensersatzanspruch, sondern zeigt mit der Ausgleichs- und Genugtuungsfunktion einen doppelten Charakter, wobei der Ausgleich der Schäden im Vordergrund steht.³³ Obwohl die genauen Schmerzensgeldhöhen im Einzelfall zu bestimmen sind, verpflichtet der BGH jedes Gericht unter Berücksichtigung von Rechtssicherheit und Gleichbe-

²⁸ Vgl. GAO (2003a), S. 39 f.

²⁹ Vgl. GAO (2003a), S. 41, 51 und vgl. Hamm, W. / Coloretti, N. / Salant, D. / Shah, S. (1998), S. 2-14.

³⁰ Vgl. Flatten, J. (1996), S. 221.

³¹ Vgl. Flatten, J. (1996), S. 256.

³² Vgl. Hempfing, W. (1989), S. 10 f.

³³ Vgl. Hacks, S. / Ring, A. / Böhm, P. (2004), S. 9-14.

handlung dazu, bei vergleichbaren Sachverhalten auch vergleichbare Schmerzensgeldbeträge festzusetzen. In diesem Zusammenhang sind Schmerzensgeldtabellen sinnvoll.³⁴

4. Zusammenfassung

Diese Arbeit bietet eine Übersicht über die Problematik der Malpractice Insurance in den USA. Als Akteure treten kommerzielle sowie Versicherungsunternehmen im Besitz von Ärzten auf, die Verträge sowohl mit occurrence als auch claims-made Deckung anbieten. Auf der Nachfragerseite stehen Ärzte mit einer gesetzlichen oder faktischen Versicherungspflicht, die je nach Staat und Fachgebiet in Risikoklassen eingeteilt werden. Die Funktionsweise basiert auf dem Prinzip, dass Ärzte jährlich Prämien zahlen und Versicherer im Falle eines Schadens die Zahlungen übernehmen, wobei Schwierigkeiten bei der Abschätzung zukünftiger Schäden die Prämienkalkulation erschweren. Der geringe Einsatz von Mechanismen gegen moral hazard ist zwar untypisch für die Versicherungsbranche, aber hier unumgänglich. Die Beschreibung der Krise weist darauf hin, dass Prämienhöhe und Ausmaß der Prämienanstiege landesweit stark variieren und die Probleme konzentriert in den vergangenen fünf Jahren aufgetreten sind. Zusätzlich zur Liberalisierung des Common Law beeinflussen Faktoren wie steigende Verluste, sinkende Kapitalerträge, konkurrierende Preispolitik, steigende Rückversicherungsprämien sowie Zyklen mit hard und soft markets die Versicherer und führen zu steigenden Prämien. Die Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung aufgrund mangelnder Ärzte und der Praktizierung von defensive medicine sind weitestgehend noch unklar und müssen in den nächsten Jahren weiter untersucht werden. Reaktionen auf diese langfristige Problematik schlagen sich in Deliktsrechts- und Versicherungsreformen nieder. So werden heute fast ausschließlich claims-made Verträge angeboten, Versicherungsunternehmen im Besitz von Ärzten dominieren den Markt und es besteht auch ein Hang zur Selbstversicherung. Bei der Reform des Deliktsrechts steht die Begrenzung der Schmerzensgelder im Mittelpunkt der Diskussion. In Deutschland gilt eine standesrechtliche Versicherungspflicht und der Ausgleich der Nichtvermögensschäden ist durch die Doppelfunktion mit Ausgleich und Genugtuung geprägt. Die herrschende Rechtsprechung verhindert, dass das Land in eine derartige Problematik gerät wie Amerika.

Die derzeitige Krise zwingt Amerika zum Handeln, denn dieses Thema wird sich auch in Zukunft nicht von alleine erledigen. Die hohen Prämien sind unzumutbar für Ärzte und die Existenz der Versicherungsunternehmen ist bedroht. Eine allzu exakte Analyse ist oftmals

³⁴ Vgl. Hempfing, W. (1989), S. 1 f.

aufgrund mangelnder Daten nicht möglich, oder aber die Unterschiede zwischen den Staaten sind so gravierend, dass allgemeingültige Aussagen nicht zu treffen sind.

Literaturverzeichnis

American Medical Association (o. J.):

Liability Insurance Requirements, Chicago, URL: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4544.html> [Stand Mai 2004].

Cornell, E. (2002):

Addressing the Medical Malpractice Insurance Crisis, Dezember 2002, Washington D.C., URL: <http://www.nga.org/cda/files/1102MEDMALPRACTICE.pdf>

Culyer, A. / Newhouse, J. (Hrsg.) (2000):

Handbook of Health Economics, Amsterdam.

Danzon, P. (2000):

Liability for Medical Malpractice, in: Culyer, A. / Newhouse, J. (Hrsg.), Handbook of Health Economics, Amsterdam, S. 1339-1404.

Danzon, P. / Epstein, A. / Johnson, S. (2003):

The "Crisis" in Medical Malpractice Insurance, Dezember 2003, Philadelphia, URL: <http://fic.wharton.upenn.edu/fic/papers/04/Danzon%20%20Paper.pdf>.

Flatten, J. (1996):

Die Arzthaftpflichtversicherung in den Vereinigten Staaten von Amerika – Eine versicherungsrechtliche Analyse mit vergleichender Bewertung der Situation in der Bundesrepublik Deutschland, Europäische Hochschulschriften, Reihe II Rechtswissenschaften, Bd. 2009, Frankfurt am Main, Berlin, Bern u. a.

General Accounting Office (2003a):

Medical Malpractice Insurance: Multiple Factors Have Contributed to Increased Premium Rates, Juni 2003, Washington D. C., URL: <http://www.gao.gov/new.items/d03702.pdf>

General Accounting Office (2003b):

Medical Malpractice: Implications of Rising Premiums on Access to Health Care, August 2003, Washington D. C., URL: <http://www.gao.gov/new.items/d03836.pdf>

Hacks, S. / Ring, A. / Böhm, P. (2004):
Schmerzensgeld Beträge, 22. Auflage, o. O.

Hamm, W. / Coloretti, N. / Salant, D. / Shah, S. (1998):
California's MICRA Reforms: How Would A Higher Cap on Non-Economic Damages Affect
the Cost of Access to Health Care?, Herbst 1998, Emeryville, URL: [http://www.micra.org/
lecgreport.pdf](http://www.micra.org/lecgreport.pdf) [Stand Mai 2004].

Hempfung, W. (1989):
Ärztliche Fehler: Schmerzensgeld-Tabellen, Köln, Berlin, Bonn u. a.

Marchev, M. (2002):
The Medical Malpractice Insurance Crisis: Opportunity for State Action, Juli 2002, Portland,
URL: http://www.nashp.org/Files/gnl48_medical_malpractice.PDF.

