

# Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung

Die Private Krankenversicherung (PKV) in Deutschland ist, soweit sie einen Versicherungsschutz bietet, der die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ersetzt (substitutive Krankenversicherung), ein System lebenslanger Verträge. Im Rahmen derartiger Verträge findet ein Kapitalaufbau für jeweils eine Altersgruppe statt. Wenn die Versicherten jung sind, übersteigt die Prämie die Leistungsausgaben und Verwaltungsausgaben des Versicherers. Die Sparbeiträge werden verzinst, und die Überlebenden eines Geburtsjahrgangs erben die Sparbeiträge ihrer verstorbenen Altersgenossen. Der auf diese Weise aufgebaute Kapitalstock, der in der Bilanz des Versicherers als Alterungsrückstellung auftritt, dient zur Senkung der Versicherungsprämien im Alter. Er wird zum Aussterben eines Geburtsjahrgangs hin aufgelöst. Auf diese Weise wird der ansonsten eintretende Prämienanstieg im Alter deutlich begrenzt. Kontrovers diskutiert wird seit einigen Jahren die Regelung, dass ein Versicherter, der seinen Versicherer wechseln möchte, keinerlei Ansprüche auf Mitgabe auch nur eines Teils der von ihm mit aufgebauten Alterungsrückstellung hat. Viele Ökonomen sehen darin eine erhebliche Beeinträchtigung des Wettbewerbs. In einem Gutachten des ifo Instituts im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen werden in einer Reihe von Simulationsrechnungen die Übertragungsfähigen Anteile der Alterungsrückstellungen ermittelt.

## Beeinträchtigung des Wettbewerbs

Die Alterung der Versichertengemeinschaft führt im Wesentlichen auf zwei Wegen zum Anstieg der erwarteten Krankheitskosten. Zum einen erfahren auch grundsätzlich gesunde Individuen eine kontinuierliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands. Zum anderen kommt es für viele Versicherte durch Krankheit oder Unfall zu einer dauerhaften erheblichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustands. Damit aber steigen die erwarteten jährlichen Krankheitskosten stark an. Würden die Versicherungsverträge nun jährlich auf Basis des aktuellen Gesundheitszustands erneuert, käme es in derartigen Fällen zu drastischen Prämienhöhungen. Diese Konsequenz bezeichnet man als das Prämienrisiko. Nun ist aber in Deutschland im Bereich der substitutiven Private Krankenversicherung das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, so dass im Wesentlichen nur ausbleibende Prämienzahlungen zur Kündigung durch den Versicherer führen können. Darüber hinaus ist eine Prämienanpassung nur aufgrund von Kostenerhöhungen für die Versichertengemeinschaft als ganzes zulässig, nicht aber auf Basis individueller Erfahrungen mit dem Versicherten. Durch diese gesetzli-

che Konstruktion ist der Versicherte gegen das Prämienrisiko geschützt.

Sehr kontrovers diskutiert wird seit einigen Jahren eine andere Regelung, die ebenfalls als Schutzmaßnahme gegen das Prämienrisiko verstanden werden kann. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung hat ein Versicherter, der seinen Versicherer wechseln möchte, keinerlei Ansprüche auf Mitgabe auch nur eines Teils der von ihm mit aufgebauten Alterungsrückstellung. Im Fall eines Versichererwechsels wird dieser Anspruch an das verbleibende Versichertenkollektiv vererbt. Durch den Verlust dieses Anspruchs ist ein Versichererwechsel im Bereich der privaten Krankenversicherung bereits nach einigen Jahren Vertragslaufzeit sehr kostspielig, was sich in geringen Wechselraten niederschlägt. Diese sind in den letzten Jahren noch weiter gefallen, weil die Regelung nach herrschender Rechtsauffassung auch anzuwenden ist auf den seit dem Jahr 2000 eingeführten gesetzlichen Beitragszuschlag zur Prämienreduzierung im Alter. Damit hat der Gesetzgeber die Wechselverluste noch weiter erhöht. Viele Ökonomen sehen in dem fehlenden Mitnahmeanspruch eine erhebliche Beeinträchtigung des Wettbewerbs (Monopolkommission 1996, Sachverständigenrat 2002), der sich tatsächlich im Wesentlichen auf den Bereich

der Neukunden beschränkt. Allerdings sollte klar sein, dass bereits durch den funktionierenden Wettbewerb um Neukunden starke Anreize zur Kostenreduktion und Qualitätsverbesserung im Service gesetzt sind. Der Hauptvorteil der Ausweitung des Wettbewerbs auf Bestandskunden besteht daher darin, dass Versicherte in die Lage versetzt werden, eine unbefriedigende Vertragsbeziehung mit ihrem Versicherer zu beenden.

Die besonders von Seiten der Versicherungswirtschaft und des PKV-Verbands hervorgehobene Schutzfunktion der kritisierten Mitgaberegeln für das verbleibende Versichertenkollektiv beim abgehenden Versicherer (Beutelmann 2001) ist auf jeden Fall anzuerkennen für den zunächst naheliegendsten alternativen Ansatz. Wenn beim Versichererwechsel die so genannte kalkulatorischen Alterungsrückstellungen mitgegeben wird, die den verzinnten Sparbeitrag des Versicherten zusätzlich der geerbten Alterungsrückstellungen wiedergibt, kommt es zur Zerstörung der Prämienversicherungsfunktion der langfristigen Krankenversicherung. In einem solchen Fall ist es für gesunde Versicherte stets finanziell attraktiv, das Kollektiv zu verlassen. Sie können dann zusammen mit anderen gesunden Individuen ein neues Kollektiv begründen, um durch die günstigere Risikostruktur Prämien einzusparen. Die Risikoentmischung beim ursprünglichen Versicherer führt dagegen zu einem Prämienanstieg für die verbleibenden, nunmehr überdurchschnittlich schlechten Risiken. Damit aber würden wieder die Versicherten das Prämienrisiko tragen, und nicht der Versicherer.

Intensiv diskutiert wird ein Vorschlag, der aus den Kreisen der früheren Vereinte Krankenversicherung vorgebracht wurde und die Übernahme von Instrumenten aus der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht (Henke et al. 2002). Die Idee besteht darin, beim Versichererwechsel die kalkulatorische Alterungsrückstellung mitzugeben und den negativen finanziellen Folgen einer Risikoentmischung vorzubeugen durch den Einsatz eines Kontrahierungszwangs sowie eines Risikostrukturausgleichs bei unternehmensübergreifend normierten Vertragsinhalten. Natürlich wird auf diese Weise die Produktvielfalt auf dem Markt beschränkt. Dem kann durch das Angebot von Ergänzungsverträgen begegnet werden, wobei sich allerdings das Problem der Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen dort erneut stellt. Die Hauptschwierigkeit des Vorschlags liegt allerdings in der praktischen Ausgestaltung eines gegenwärtig im Bereich der PKV nicht erforderlichen Risikostrukturausgleichs. Dieser sollte gleichzeitig kostengünstig zu verwalten sein, eine unproduktive Risikoselektionspolitik der Versicherer verhindern und schließlich auch Anreize zur Leistungsbegrenzung durch die Versicherer bestehen lassen. Im Prinzip wäre es angemessen, analog zu dem ab 2007 für die GKV geplanten morbiditätsabhängigen Risikostrukturausgleich die Ein- und Auszahlungen von den aktuellen Gesundheitsdiagnosen für die

Mitglieder im jeweiligen Versichertenbestand abhängig zu machen. Falls es dabei nicht gelingt, tatsächlich risikogerechte Transfers für jede einzelne Gruppe festzulegen, gibt es für die Versicherer einen Anreiz, gezielt bestimmte Risikogruppen zu umwerben. Dies wäre volkswirtschaftlich unproduktiv und kann etwa dazu führen, dass ein effizient wirtschaftender Versicherer, der sich an einer derartigen Politik nicht beteiligt, am Ende die höchsten Prämien aufweist. Weit aus weniger aufwendig in der Durchführung wäre ein Mechanismus, der einfach die Leistungsausgaben pro Versicherten ausgleicht. Dann besteht aber für den einzelnen Versicherer keinerlei Anreiz mehr, eine durch den Vertrag eigentlich nicht gedeckte Leistungsanspruchnahme zu verhindern. Die Folge wären Prämien erhöhungen auf breiter Front.

### Vom Gesundheitszustand abhängige Transferregelung

Die theoretische Ideallösung besteht in einem System individueller Alterungsrückstellungstransfers, das vor allem von Meyer (2001) propagiert wird und eine enge Verwandtschaft zum Konzept der zeitkonsistenten Krankenversicherung von Cochrane (1995) aufweist. Die Transfers beim Versichererwechsel wären abhängig von der aktuellen Gesundheitsprognose des wechselnden Versicherten. Die so genannte individuelle prospektive Alterungsrückstellung reflektiert den Unterschied zwischen den erwarteten zukünftigen Versicherungsleistungen und den erwarteten zukünftigen Prämienzahlungen, jeweils in Barwerten gemessen. Dann erhalten etwa wechselnde chronisch Kranke einen Transfer, der deutlich oberhalb der kalkulatorischen Alterungsrückstellung liegt. Die entsprechende Mitgabe an einen gesunden Versicherten liegt dagegen unterhalb der kalkulatorischen Alterungsrückstellung. Allerdings ist die Implementierung dieser Regel keineswegs einfach. Insbesondere ist zu erwarten, dass die längerfristige Gesundheitsprognose nicht kostengünstig gerichtlich verifizierbar ist. Trifft dies zu, wird eine vom Gesundheitszustand abhängige Transferregelung regelmäßig zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führen. Der aufnehmende Versicherer würde versuchen, den Versicherten als schlechtes Risiko zu klassifizieren, um einen höheren Rückstellungstransfer zu erreichen. Umgekehrt kann der abgehende Versicherer Transferzahlungen einsparen, wenn der wechselnde Versicherte als sehr gesund eingeschätzt wird.

Es ist daher von Interesse, ein System zur Übertragung von Alterungsrückstellungen zu entwerfen, das den aktuellen Gesundheitszustand unberücksichtigt lässt und nur an leicht zu erhebenden Merkmalen ansetzt, wie zum Beispiel Alter, Geschlecht und Vertragsdaten beim Vorversicherer. Natürlich ist dann stets zu erwarten, dass vor allem gesunde Versicherte ihren Versicherer wechseln wollen. Personen, de-

ren allgemeiner Gesundheitszustand sich während der Vertragslaufzeit wesentlich verschlechtert hat, werden dagegen weiterhin aufgrund der erneuten Risikoprüfung beim neuen Versicherer und den im Anschluss zu erwartenden hohen Prämien am Wechsel gehindert. Die Mitgaberegelung muss nun so ausgelegt sein, dass selbst im Fall des Abgangs aller gesunder Versicherter die verbleibenden schlechten Risiken gegen die finanziellen Folgen der Risikoentmischung geschützt sind.

Dies ist möglich durch die Rekonstruktion der Kalkulation der deutschen privaten Krankenversicherung mit Hilfe des Konzepts der garantiert erneuerbaren Verträge von Pauly, Kunreuther und Hirth (1995). In der deutschen privaten Krankenversicherung ist die Entwicklung der Alterungsrückstellung grundsätzlich derart auszugestalten, dass die Prämien im Zeitablauf konstant sind. Beim Konzept der garantiert erneuerbaren Verträge wird eine Serie jährlicher Krankenversicherungsverträge betrachtet, bei der der Versicherer eine Vertragserneuerung unabhängig vom aktuellen Gesundheitszustand zu einer im Voraus bestimmten Prämienentwicklung garantiert. Dies entspricht der Regelung des Ausschlusses des ordentlichen Kündigungsrechts des Vertrags. Die jährliche Prämie ist dabei gleich den erwarteten Krankheitskosten für ein gutes Risiko zuzüglich eines Zuschlags für die Prämienversicherung. Der Zuschlag reflektiert dabei die Erhöhung des Barwerts der zukünftigen erwarteten Krankheitskosten aufgrund einer im laufenden Jahr eintretenden dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustands eines bisher guten Risikos. Die Prämien für garantiert erneuerbare Verträge steigen typischerweise mit dem Alter, wobei sie allerdings bei Hochbetagten auch sinken können. Letztere Möglichkeit kann sich ergeben durch einen sinkenden Zuschlag für die Prämienversicherung, weil die verbleibende Lebenszeit, für die erhöhte Kosten zu finanzieren sind, sehr kurz wird. Wenn nun das Prämienprofil der garantiert erneuerbaren Verträge ergänzt wird um eine Rentenversicherung, die altersunabhängige Gesamtprämien herstellt, gelangt man zur Prämienkalkulation in der deutschen privaten Krankenversicherung. Die Alterungsrückstellung kann also im Prinzip aufgeteilt werden in einen Prämienversicherungsteil, der der Finanzierung schlechter Risiken dient, und einen Rentenversicherungsteil, der beim Versichererwechsel übertragbar ist.

### Simulationsrechnungen des ifo Instituts

In einem neuen Gutachten des ifo Instituts im Auftrag des Bundesministerium der Finanzen (Meier, Baumann und Werdung 2003) werden in einer Reihe von Simulationsrechnungen die übertragungsfähigen Anteile der Alterungsrückstellungen ermittelt. Die Rechnungen basieren auf Statistiken über alters- und geschlechtsspezifische durchschnittliche

Versicherungsleistungen sowie die für den Bereich der deutschen PKV anzuwendenden Sterbetafeln.

In allen Simulationsvarianten zeigt sich, dass der übertragungsfähige Anteil an der Alterungsrückstellung während der Vertragslaufzeit abnimmt. So kommt es in einem Basiszenario, das eine männliche Versichertengemeinschaft betrachtet, die mit 30 Jahren in den Vertrag eintritt und nach 60 weiteren Jahren ausstirbt, zu einem nahezu linearen Absinken dieses Anteils von etwa 93% nach einem Jahr Vertragslaufzeit bis etwa 25% nach 59 Jahren Vertragslaufzeit. Der im Zeitablauf fallende Anteil der Rentenversicherung an der Alterungsrückstellung ist die Konsequenz aus dem ständig wachsenden Anteil von Leistungsempfängern der Prämienversicherung. Frauen weisen ein weniger stark mit dem Alter ansteigendes Profil der Versicherungsleistungen auf. Daher fallen die Alterungsrückstellungen für Frauen tendenziell geringer aus als für Männer, und die Rentenversicherung hat ein geringeres Gewicht. Dies bewirkt, dass der übertragungsfähige Anteil der Alterungsrückstellungen für Frauen bei identischen Werten von Alter und Eintrittsalter niedriger ist als für Männer. Analog fällt der übertragbare Rückstellungsanteil bei einem gegebenem Lebensalter mit einem höheren Eintrittsalter niedriger aus. Da in diesem Fall die Jahre mit den niedrigsten erwarteten Krankheitskosten fehlen, verringert sich in der Vertragslaufzeit der Unterschied zwischen den höchsten Krankheitskosten und den niedrigsten Krankheitskosten. Damit aber hat die Rentenversicherungsfunktion der Alterungsrückstellung eine geringere Bedeutung.

Ein besonderes Problem für die Festlegung übertragbarer Bestandteile der Alterungsrückstellung liegt in den regelmäßig auftretenden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die die allgemeine Inflationsentwicklung oft übertreffen. Solche Kostensteigerungen treffen schlechte Risiken bezüglich der absoluten Kostenerhöhungen im allgemeinen stärker als gute Risiken. Diese Kostenerhöhungen sind in der Regel nicht vorhersehbar, da sie häufig auf technischem Fortschritt in Form von neuen Behandlungsmethoden beruhen. Die vom Versicherer geplanten Alterungsrückstellungen erweisen sich dann als zu gering, was eine Prämienhöhung erfordert. Für die Frage der Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen sind vor allem die Konsequenzen für den Prämienversicherungsteil wichtig. Dieser muss entsprechend der neuen Datenlage sofort aufgefüllt werden, und zwar durch Umwidmung von vermeintlichen Rentenversicherungsanteilen. Die Schlussfolgerung ist also, dass das Auftreten von Kostenüberraschungen den Anteil der übertragungsfähigen Alterungsrückstellungen reduziert. Allerdings sind die deutschen privaten Krankenversicherer seit dem Jahr 2000 gehalten, einen Beitragszuschlag zu erheben, der zur Reduktion der Prämien im Rentenalter verwendet wird. Die Simulationsrechnungen in der ifo-Studie legen nahe, dass die übertragbaren Anteile an der Summe

aus Alterungsrückstellung und der Rückstellung aus dem gesetzlichen Zuschlag ähnlich ausfallen wie in dem Szenario, wo es weder Kostenüberraschungen gibt noch der Zuschlag existiert.

Somit erscheint es sinnvoll, bei der Festlegung des beim Versichererwechsel übertragbaren Anteils aus der Summe von Alterungsrückstellung und Rückstellung aus dem Zuschlag eine Differenzierung nach Alter, Eintrittsalter und Geschlecht vorzunehmen. Eine derartige Regelung einzuführen schließt nicht aus, im Fall einer späteren Lösung des Problems der Festlegung gerichtsfester individueller prospektiver Alterungsrückstellungen auf diese Ideallösung überzugehen. Der Unterschied besteht darin, dass bei der Festlegung der individuellen prospektiven Alterungsrückstellungen den Individuen, die im Laufe der Zeit zu erhöhten Risiken geworden sind, beim Versichererwechsel zusätzlich zur Übertragung des Rentenversicherungsanteils gemäß der individuellen Diagnose auch Anteile aus der Rückstellung der Prämienversicherung zugesprochen werden.

## Literatur

- Beutelmann, J. (2001): »Abschlussbericht der Kommission »Wechsel« im PKV-Verband. Verbesserung des Wettbewerbs in der privaten Krankenversicherung durch Verstärkung der Wechseloptionen zwischen PKV-Unternehmen?«, in Verband der privaten Krankenversicherung (Hrsg.), *Zu den Wechseloptionen der PKV*, PKV-Dokumentation 25, Köln, 77–118.
- Cochrane, J.H. (1995), »Time-Consistent Health Insurance«, *Journal of Political Economy* 103, 445–473.
- Henke, K.-D., W. Johannßen, G. Neubauer, U. Rumm und J. Wasem (2002), *Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland*, München, prokon.
- Meier, V., F. Baumann und M. Werding (2003), *Modelle zur Übertragung individueller Altersrückstellungen beim Wechsel privater Krankenversicherer sowie Alternativen zur Vorfinanzierung der Krankheitskosten im Alter*, ifo Beiträge zur Wirtschaftsforschung, München (in Vorbereitung).
- Meyer, U. (2001), »Mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung durch Übertragung der Alterungsrückstellung«, Arbeitspapier, Universität Bamberg.
- Monopolkommission (1996), *Zwölftes Hauptgutachten der Monopolkommission 1996/97*, Bundestagsdrucksache 693/98, Bonn.
- Pauly, M.V., H. Kunreuther und R. Hirth (1995), »Guaranteed Renewability in Insurance«, *Journal of Risk and Uncertainty* 10, 143–156.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002), *Jahresgutachten 2002/03: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum*, Berlin.