

Neusius, Thomas

Working Paper

Wettbewerb um Bestandskunden in der PKV

WIFI Working Paper, No. 1/2017

Provided in Cooperation with:

RheinMain University of Applied Sciences, Wiesbaden Institute of Finance and Insurance (wifin)

Suggested Citation: Neusius, Thomas (2017) : Wettbewerb um Bestandskunden in der PKV, WIFI Working Paper, No. 1/2017, RheinMain University of Applied Sciences, Wiesbaden Institute of Finance and Insurance (wifin), Wiesbaden

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/266221>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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

WIFI WORKING PAPER 1/2017

Der Wettbewerb um Bestandskunden in der PKV

Thomas Neusius

06. Juni 2017

Der Wettbewerb um Bestandskunden in der PKV

Thomas Neusius*

*Hochschule RheinMain
Wiesbaden Business School
Bleichstr. 44
D-65183 Wiesbaden*

06. Juni 2017

Abstract: The german monopoly commission, an official regulatory authority, recommends to enhance the competition in the german health insurance market, in particular with respect to the german private health insurance. We review the arguments of the commission and of their critics. It is demonstrated how the portability of risk-adjusted old-age provisions may enable clients to change from one providing insurance company to another. The concern that this would be beneficial only for those switching their provider but detrimental for the remainers turns out to be unfounded.

Kurzzusammenfassung: Die Vorschläge der Monopolkommission zur Ausweitung des Wettbewerbs um Bestandskunden in der Privaten Krankenversicherung (PKV) sowie die daran geäußerte Kritik werden vorgestellt und einer Analyse unterzogen. Es wird deutlich, dass die Übertragbarkeit einer risikogerechten Alterungsrückstellung bei einem Anbieterwechsel Bestandkundenwettbewerb in der PKV ermöglichen würde. Die Befürchtung, dies stelle die nichtwechselnden Bestandskunden schlechter als die vom Wechselrecht Gebrauch machenden erweist sich als wenig begründet.

Keywords: Private Krankenversicherung, Wettbewerb, Bestandskunden, Alterungsrückstellungen, Portabilität

JEL classifications: I11, I13, I18, G22

Die Diskussion um den Wettbewerb um Bestandsversicherte der PKV wird schon mehrere Jahrzehnte geführt. Da es bis in die Neunziger Jahre auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für viele Versicherte keine Wahlmöglichkeiten

*thomas.neusius@hs-rm.de

gab, wurde auch im Rahmen der Privaten Krankenversicherung (PKV) hingenommen, dass sich der Wettbewerb der Versicherer im Wesentlichen auf das Neugeschäft beschränkt. Dies ist insofern bemerkenswert, weil die Private Krankenversicherung für sich in Anspruch nimmt, besser auf die Präferenzen der Kunden einzugehen (ZWEIFEL 2013, S.318f).

Hinsichtlich der Diversität der verschiedenen Produkte ist der Anspruch nachzuvollziehen – die Vielfalt an Gestaltungsmöglichkeiten der Absicherung ist in der PKV zweifellos deutlich größer als im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Er beschränkt sich de facto jedoch auf Neukunden, da Bestandskunden schon nach wenigen Jahren PKV-Zugehörigkeit nur noch unter erheblichen finanziellen Nachteilen von einem Anbieter zu einem anderen wechseln können – der Verlust der bereits gebildeten Alterungsrückstellung und eventuell in der Zwischenzeit aufgetretene Erkrankungen führen bei einem Anbieterwechsel zu einer erhöhten Prämie, die den Wechsel meist so unattraktiv macht, dass er unterbleibt. Die Wettbewerbsbeschränkung auf Neukunden führt also dazu, dass eine Berücksichtigung der individuellen Präferenzen vor allem auf den Zeitpunkt des Vertragsbeginns konzentriert bleibt. Spätere Änderungen der individuellen Präferenzen können hingegen nur sehr eingeschränkt abgebildet werden.

Es ist offensichtlich, dass eine Versicherte der PKV bei ihrem Eintritt in die PKV nicht abschließend überblicken kann, welche Gesundheitsversorgung sie später einmal beanspruchen wird.¹

Eine Vielzahl von Rahmenbedingungen sind bei Eintritt in die PKV noch unbekannt, darunter die Entwicklung des eigenen Gesundheitszustands und die der medizinischen Forschung. Deswegen können auch individuelle Präferenzen einem Wandel unterliegen und die Wahl eines Produktes mag sich später als unpassend erweisen. Dies alles wäre unproblematisch, wenn sich die Versicherungsnehmer in der PKV nicht für das ganze Leben binden würden bzw. eine Korrekturoption hätten.

Seit die Gesetzliche Krankenversicherung 1996 mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes die Kassenwahlfreiheit eingeführt hat und im Bereich der GKV ein nicht zu unterschätzender Wettbewerbsdruck herrscht, sticht die Regelung der PKV noch stärker ins Auge. In den Neunziger Jahren begann eine wissenschaftliche Diskussion darüber, wie ein Wettbewerb um Bestandskunden in der PKV etabliert werden könnte. Es ist offensichtlich und unumstritten, dass die Übertragung der rechnerisch ermittelten Alterungsrückstellung auf kollektiver Basis keine akzeptable Lösung darstellt, weil sie Anreize zu einer Entmischung der Kollektive setzen würde (MEIER, BAUMANN und WERDING 2004, S.21ff; ZÄHLE 2010, S.40f; MONOPOLKOMMISSION 2017, Rz.254f).

Im Folgenden soll die derzeitige Vorgehensweise erläutert werden. Einer näheren Betrachtung unterzogen werden die Vorschläge der Monopolkommission zur Ausweitung des Wettbewerbs (MONOPOLKOMMISSION 2017, 103f), die Kritik daran

¹Die Zeit- und Altersabhängigkeit von Risikopräferenzen wurde verschiedentlich empirisch gezeigt, z.B. (DOHMEN u. a. 2015).

durch den PKV-VERBAND (2017). Schließlich sollen Vorschläge zu einer Ausgestaltung eines Übergangs vom derzeitigen System auf einen Bestandskundenwettbewerb in der PKV aufgezeigt werden.

1 Konzept der Privaten Krankenversicherung

Die Gestaltung der Privaten Krankenversicherung „nach Art der Lebensversicherung“ (§146 VAG) erfordert die Bildung versicherungsmathematisch bestimmter Deckungsrückstellungen, die im Rahmen der PKV als *Alterungsrückstellungen* bezeichnet werden.

Das Konzept der Prämienkalkulation in der PKV unterstellt, dass der Versicherungsnehmer sich stets vom Vertragsbeginn bis zum Lebensende bei einem Unternehmen krankenversichert. Der Vertrag ist so angelegt, dass er planmäßig mit dem Tod² des Versicherungsnehmers endet und für die gesamte Lebenszeit eine konstante Prämie ansetzt. Zudem ist dem Versicherungsunternehmen keine ordentliche Kündigung des Vertrages möglich und der vereinbarte Leistungsumfang kann nur auf Initiative des Versicherungsnehmers geändert werden. Eventuelle Vorerkrankungen, die für die Zukunft eine überdurchschnittlich teure Vorsorgung des Versicherungsnehmers erwarten lassen (z.B. chronische Krankheiten), werden über Risikozuschläge ausgeglichen. Liegt also bei Vertragsbeginn eine relevante Vorerkrankung vor, so wird der Beitrag um einen vom Versicherer festgelegten Prozentsatz erhöht. Nach Vertragsbeginn bleibt jedoch der individuelle Gesundheitszustand ohne Einfluss auf die Prämienentwicklung.

In den Jahren unmittelbar nach dem Vertragsbeginn liegt die zu zahlende Prämie typischerweise über den durchschnittlichen Krankheitskosten, welche ein Versicherter dieses Alters verursacht (sog. *altersspezifische Kopfschäden*). Diese überschüssigen Prämienanteile (sog. *Sparbeitrag*) dienen der Bildung der Alterungsrückstellung. Neben den Zuführungen des Sparbeitrages verzinst sich die Alterungsrückstellung mit dem Rechnungszins und wächst zudem durch Vererbung von Alterungsrückstellungen der Versicherungsnehmer, die aus dem Kollektiv ausscheiden. Deren freigesetzte Alterungsrückstellungen werden dann den verbleibenden Versicherungsnehmern zugeführt.

Mit steigendem Alter steigen auch die altersspezifischen Kopfschäden und übersteigen ab einem bestimmten Zeitpunkt die im Vertrag vereinbarte Prämie (Abb. 1). Ab dann ist die Prämie zu gering, um die durchschnittlichen Leistungen zu bezahlen und es wird begonnen, aus der Alterungsrückstellung Gelder zu entnehmen, mit denen diese Finanzierungslücke gefüllt werden kann. Die versicherungsmathematische Kalkulation soll sicherstellen, dass in der Summe zukünftigen die Leistungen aller Versicherten durch die zukünftigen Prämien des Kollektivs und die Alterungsrückstellungen gedeckt sind.

²Eine vorzeitige Beendigung durch Storno wird ebenfalls in der Berechnung berücksichtigt. Diese muss aber von der Versicherungsnehmerin ausgehen.

Tatsächlich sind aber die Gesundheitsausgaben nicht statisch, sondern entwickeln sich im Laufe der Zeit. Erfahrungsgemäß wirkt im Gesundheitswesen neben der allgemeinen Inflation der medizinisch-technische Fortschritt ausgabensteigernd (BREYER und ULRICH 2000; BREYER 2015). Für die PKV ist diese Kostensteigerung nur durch nachträgliche Anpassungen der Prämien aufzufangen. Das Recht zu Prämienanpassungen wird als Gegenstück zum Verzicht des Versicherers auf das Recht der ordentlichen Kündigung im §146 VAG eingeräumt. Im Rahmen dieser Prämienanpassung wird die bereits gebildete Alterungsrückstellung einzelvertraglich angerechnet. Die prozentualen Risikozuschläge bleiben bei der Prämienanpassung unverändert. Während Vorerkrankungen beim Vertragsbeginn in die Bestimmung der Prämienhöhe miteinfließen, werden nach Vertragsbeginn einsetzende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes ausdrücklich nicht auf individueller Basis in die Kalkulation miteinbezogen.

Es hilft beim Verständnis der folgenden Ausführungen das Krankheitskostenrisiko, dessen Tragung Aufgabe der Krankenversicherung ist, in folgende Komponenten aufzuteilen, wie es von NELL und ROSENBROCK (2007c) vorgeschlagen wurde:

1. Kurzfristiges Krankheitskostenrisiko: Die Abweichung der Krankheitskosten einer Periode vom erwarteten Wert.
2. Altersbedingte Kostensteigerung: Der Anstieg der erwarteten Gesundheitsausgaben mit fortschreitendem Alter
3. Individuelles Prämienrisiko: Möglichkeit einer nachhaltigen Verschlechterung der Gesundheit mit der Folge erwartbar höherer Gesundheitsausgaben.
4. Kollektives Prämienrisiko: Alle Rahmenbedingungen, die letztlich zu einer höheren Belastung des Kollektivs führen können, wie steigende Löhne im Gesundheitswesen, teure Innovationen oder eine unerwartet hohe Morbidität des Kollektivs.

2 Wettbewerbssituation auf dem Versicherungsmarkt der PKV

Die Wettbewerbssituation auf dem Versicherungsmarkt der PKV, um den es hier ausschließlich gehen soll, ist geprägt von der Konkurrenz um Neukunden. Ein Wechsel zwischen zwei verschiedenen Unternehmen ist für privat Krankenversicherte rechtlich jederzeit möglich, sofern ein Unternehmen ein Versicherungsangebot unterbreitet. Versicherte, die vor dem 01.01.2009 versichert waren, lassen dabei die Alterungsrückstellung vollständig im Herkunftskollektiv zurück. Die Alterungsrückstellung wird dem Herkunftskollektiv *vererbt*.

Seit dem 01.01.2009 schreibt der Gesetzgeber vor, dass bei einem Unternehmenswechsel ein Teil der Alterungsrückstellung übertragen wird. Der sog. *Übertragungswert* ist im Wesentlichen die Alterungsrückstellung, die sich gebildet hätte,

wenn die Versicherungsnehmerin von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre. Der Übertragungswert ist typischerweise deutlich kleiner als die in anderen Tarifen gebildete Alterungsrückstellung. Empirisch zeigte sich bislang kein Anstieg der Anbieterwechsel seit Einführung des Übertragungswertes (KARLSSON, KLEIBRINK und ZIEBARTH 2016, S.15). Der Teil der AR, welcher den Übertragungswert überschreitet, wird dem Herkunftskollektiv vererbt.

Die vererbte Alterungsrückstellung wird in der Prämienberechnung bereits durch Einrechnung einer Stornowahrscheinlichkeit vorweggenommen. Anderenfalls würde es automatisch durch die vom Wechsler zurückgelassene Alterungsrückstellung zu einem Risikoüberschuss kommen. Die Vorwegnahme der Stornofälle neutralisiert den erwartbaren stornobedingten Überschuss. Sie führt zu einer günstigeren Prämie und sichert dem Kollektiv die stornobedingten Zuflüsse – alle, die das Kollektiv nicht verlassen, partizipieren an diesem Effekt. Seit Einführung des Übertragungswertes führt ein Wechsel zwischen zwei PKV-Unternehmen (sog. PKV-Storno) zu einer reduzierten Vererbung und muss von einem Wechsel zurück in die GKV unterschieden werden (sog. GKV-Storno). Von den Ausführungen dieses Artikels ist nur das PKV-Storno betroffen. Es wird unterstellt, dass bei GKV-Storno weiterhin eine Vererbung der Alterungsrückstellung erfolgt.

Die zwangsweise Vererbung der Alterungsrückstellung oder großer Teile davon an das Herkunftskollektiv macht einen Wechsel des Anbieters bereits nach wenigen Versicherungsjahren unattraktiv. Deswegen finden Stornierungen in der Praxis ganz überwiegend in den ersten Jahren nach Vertragsbeginn statt (BECKER 2017, S.27). Später überwiegt der Verlust der bereits gebildeten Alterungsrückstellung eventuelle Vorteile eines Wechsels. Weiter erschwert wird ein Wechsel, wenn sich seit Vertragsbeginn der Gesundheitszustand dauerhaft verschlechtert hat, denn dann wäre bei einem anderen Anbieter neben dem Verlust der Alterungsrückstellung ein Risikozuschlag zu tragen. In der Konsequenz sind Versicherte nach wenigen Jahren an ihren Anbieter gebunden, ein Wechsel ist praktisch ausgeschlossen. Dies ist der Grund für die Kritik am PKV-System, dass der Wettbewerb auf die Neukunden beschränkt sei (z.B. ALBRECHT u. a. 2010, S.124).

Das gegenwärtige System beschränkt die Wechselmöglichkeiten der Bestandsversicherten aber nicht ohne Grund. Dies wird deutlich, wenn man sich vorstellt, die Versicherten könnten unter Mitnahme der Alterungsrückstellung den Anbieter wechseln. Diejenigen, deren Gesundheitszustand sich seit Vertragsbeginn verschlechtert hat, würden von dieser Möglichkeit kaum profitieren, denn bei einem neuen Anbieter wären sie mit einem Risikozuschlag konfrontiert, der den Wechsel auch bei Mitnahme der Alterungsrückstellung meist unattraktiv machen würde. Die gesunden Versicherten könnten jedoch uneingeschränkt wechseln. Dies würde eine Risikoentmischung³ der Kollektive befördern. Bei Vertragsbeginn ist unklar, welche Versicherten im Vertragsverlauf zu den über- und unterdurchschnittlich teu-

³Analog zum Begriff der adversen Selektion wurde für eine solche Risikoentmischung der Begriff *adverses Zurückbleiben* (adverse retention) in die Diskussion eingebracht (ALTMANN, CUTLER und ZECKHAUSER 1998).

ren Versicherungsnehmern gehören werden. Später differenzieren sich die Versicherungsnehmer bezüglich ihres individuellen Prämienrisikos aus. Eine Alterungsrückstellung, die diese Ausdifferenzierung ausblendet, ist systematisch zu niedrig für die kränkeren und systematisch zu hoch für die gesünderen Versicherungsnehmer. In einem gleichmäßig durchmischten Kollektiv gleichen sich diese Effekte jedoch gegenseitig aus. In diesem Sinne ist die Alterungsrückstellung zwar vertragsindividuell ermittelt, sie ist jedoch eine Größe, die auf der Annahme eines durchmischten Kollektivs beruht und einen Durchschnittswert angibt.

Würde man diese Alterungsrückstellung bei Anbieterwechsel übertragen, so würde dies zur Entmischung des Kollektivs führen und damit die Versicherbarkeit des individuellen Prämienrisikos untergraben: Die Versicherten, deren individuelles Prämienrisiko sich nicht realisiert, könnten sich durch Wechsel der Solidarität mit den Versicherten entziehen, deren individuelles Prämienrisiko eingetreten ist. Im Ergebnis müssten die Versicherten mit schlechtem Gesundheitszustand im alten Kollektiv verbleiben und ihre gesteigerten Gesundheitskosten im Wesentlichen selbst tragen.

Die Vererbung der Alterungsrückstellung verhindert effektiv diese Entmischung und garantiert eine nachhaltige Tragung des individuellen Prämienrisikos durch das Kollektiv, ist zudem für die Versicherten nachvollziehbar und organisatorisch leicht umzusetzen (WASEM, BUCHNER und WALENDZIK 2016, S.62). Allerdings ist der seit dem 01.01.2009 eingeführte Übertragungswert in dieser Hinsicht kritisch zu bewerten, weil hier eine Alterungsrückstellung übertragen wird, die gerade nicht die Morbidität im Wechselzeitpunkt berücksichtigt und daher systematisch die weniger gesunden Versicherten benachteiligt. Mutmaßlich sorgt allein die Tatsache, dass der Übertragungswert deutlich geringer ausfällt als die reguläre gebildete Alterungsrückstellung, dafür, dass dies keine erkennbaren Auswirkungen auf das Wechselverhalten zeigte (KARLSSON, KLEIBRINK und ZIEBARTH 2016, S.15). Die internen Wechsel sind durch die vollständige Übertragung der Alterungsrückstellung zudem so ausgestaltet, dass sie gesunde Wechsler bevorzugen und, innerhalb der Tarifwelt eines Unternehmens, grundsätzlich Anreize zur Antiselektion setzen. Auch dies hat bislang nicht zu erkennbaren Verwerfungen geführt – insgesamt wird das Tarifwechselrecht selten wahrgenommen (CHRISTIANSEN u. a. 2016).

Alternativen zum Status Quo müssen sich daran messen lassen, ob sie insbesondere hinsichtlich der Nachhaltigkeit, also einer Verhinderung der Risikoentmischung, ähnlich gute Ergebnisse versprechen.

3 Ausweitung des Wettbewerbs in der PKV auf Bestandskunden – Vorschläge und Kritik

Als Alternative wurde von Ulrich Meyer in den Neunziger Jahren der Vorschlag gemacht, die Alterungsrückstellung in Abhängigkeit des Gesundheitszustands beim Wechsel zu bemessen und damit Selektionsanreize zu beseitigen (s. MEYER 2001;

WASEM, BUCHNER und WALENDZIK 2016, S.31). Dieser Kerngedanke wurde in verschiedenen Varianten ausgearbeitet. Die bisher erwähnte Alterungsrückstellung, die im Folgenden als *rechnerische Alterungsrückstellung* (RAR) bezeichnet wird, kann nicht übertragen werden ohne unerwünschte Wechselanreize zu schaffen. Stattdessen, so Meyers Gedanke, solle im Wechselfall eine *individuelle Alterungsrückstellung* (IAR) bestimmt werden, die den aktuellen Gesundheitszustand beim Wechsel berücksichtigt. Ähnlich wie in der Berechnung der RAR wurde auch für die IAR ein prospektiver Ansatz diskutiert: Der Barwert der zukünftigen Gesundheitsausgaben – unter Berücksichtigung des aktuell verfügbaren Informationsstandes – abzüglich des Barwerts der zukünftigen Prämienzahlungen. Gesunde bekämen nur eine geringe IAR zugeteilt, was deren Wechsel weniger attraktiv machen würde, kranke Wechsler bekämen eine hohe IAR, was diesen trotz der Risikozuschläge einen Wechsel zu akzeptablen Konditionen ermöglichen soll.

Noch 2004 stieß auch dieser Vorschlag jedoch auf die vehemente Ablehnung durch die Aktuarien (MILBRODT 2004), welche neben den erheblichen Problemen einer Bestimmung dieser IAR (Bestimmbarkeitsproblem, NELL und ROSENBROCK 2007a, S.58) darauf aufmerksam machten, dass es zwischen dem abgebenden und dem aufnehmenden Unternehmen einen Interessenkonflikt gebe, der eine erhebliche Rechtsunsicherheit produziere (Verifikationsproblem, NELL und ROSENBROCK 2007a, S.58). Schließlich sei wegen der nicht bekannten weiteren Entwicklung der Gesundheitsausgaben und der damit verbundenen zukünftigen Prämienanpassungen eine faire Festsetzung einer IAR schlicht nicht möglich: die kränkeren Wechsler bekämen zwar eine akzeptable Prämie beim Wechsel, wären durch den hohen Risikozuschlag nun aber stärker beansprucht bei zukünftigen Beitragssteigerungen. Für sie bleibe ein Wechsel mit IAR unattraktiv (MILBRODT 2004).

In den Ausarbeitungen von NELL und ROSENBROCK (2007b, 2007c) wurde jedoch gezeigt, wie sich zumindest die Anreizproblematik lösen ließe. Sie stellten grundlegend fest, dass die Summe der IAR über das ganze Kollektiv gerade wieder der Summe der RAR entsprechen müsse (sog. Summenregel). Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die zukünftigen Gesundheitskosten des Kollektivs nicht vollständig durch die Prämieinnahmen gedeckt sein werden: Durch die medizinische Inflation ist mit Prämienanpassungen zu rechnen. Nur insoweit die zukünftigen Leistungsausgaben durch die aktuellen Prämien und Alterungsrückstellungen gedeckt sind, kann auch eine risikogerechte Alterungsrückstellung ermittelt werden.

Werde der Versicherer verpflichtet, für alle Versicherten regelmäßig, z.B. einmal jährlich, eine IAR so zu bestimmen, dass die Summe der IAR der Summe der RAR entspricht, so hat der Versicherer selbst einen Anreiz, dies möglichst ausgewogen zu tun: Da der Versicherer nicht weiß, welche Versicherungsnehmer Wechselabsichten hegen, kann er die Versicherten nicht gezielt benachteiligen, da eine zu niedrige IAR einiger Versicherungsnehmer notwendigerweise eine zu hohe IAR bei anderen Versicherungsnehmern zur Folge hat.

In ihrem 75. Sondergutachten zum Wettbewerb im Gesundheitswesen hat die Monopolkommission die Vorschläge, insbesondere die Summenregel, von Nell

und Rosenbrock aufgegriffen und schlägt dem Gesetzgeber eine entsprechende Reform der PKV vor (MONOPOLKOMMISSION 2017, Rz.404f). Dabei wird der Problematik Rechnung getragen, dass die Versicherer nicht notwendigerweise zu allen Versicherten ausreichende Daten zur Verfügung haben, um die IAR zu bestimmen. Die Monopolkommission bringt daher die Idee ins Spiel, einen Anteil von z.B. bis zu 20 Prozent der Versicherungsnehmer bei der Bestimmung der IAR auszuklammern. Für diese Versicherten würde dann keine IAR bestimmt. Eine Wechselmöglichkeit könnte aber bei Bereitschaft zu einer Risikoprüfung eingeräumt werden. In jedem Fall solle sichergestellt werden, dass die Versicherten, welche in einem Jahr keine IAR ausgewiesen bekommen, im Folgejahr berücksichtigt werden (MONOPOLKOMMISSION 2017, Rz.407).

Der PKV-VERBAND (2017) hat die Vorschläge der Monopolkommission umgehend zurückgewiesen und auf verschiedene Schwierigkeiten verwiesen: Die Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigten sowohl für die GKV als auch für die PKV, dass die tatsächliche Wechselbereitschaft vor allem bei jungen und gesunden Kunden hoch sei. Damit würden die abgehenden Versicherten dem verbleibenden Kollektiv Mittel entziehen – auch weil in der Produktgestaltung mit Vererbung bei Stornofällen kalkuliert wurde. Da zudem die meisten privat Krankenversicherten zufrieden seien, werde ein recht kleiner Teil von Wechselwilligen zu Lasten der restlichen Versicherten begünstigt. In der Tat ist dieses Argument auch schon von WASEM, BUCHNER und WALENDZIK (2016, S.9,61) geäußert worden, wo die Einrichtung einer Wechseloption für Bestandsversicherte als Umverteilung von den verbleibenden zu den wechselnden Versicherten bezeichnet wird.

Die hier genannten Kritikpunkte halten einer genaueren Betrachtung kaum Stand. Erstens soll durch die Individualisierung der Alterungsrückstellung gerade der Tatsache Rechnung getragen werden, dass gesunde Versicherte tendenziell bessere Konditionen bei einem Wechsel erhalten. Dies durch eine abgesenkte Alterungsrückstellung zu kompensieren ist gerade der Kerngedanke der Übertragung risikogerechter Alterungsrückstellungen.

Ein beachtenswerter Einwand ist die Verteuerung der Prämien im Bestand, die sich durch Einführung einer Wechseloption ergäbe. Da in diesem Fall keine Vererbung der Alterungsrückstellung oder von Teilen davon vorgesehen wäre, müssten in der Kalkulation alle PKV-Stornowerte auf Null abgesenkt werden. Diese Absenkung der PKV-Storno-Werte würde prima facie zu einer steigenden Beitragsbelastung führen (ZÄHLE und ZÄHLE 2013, S.116f). Dies könnte man unter Hinweis auf den Vertrauensschutz ablehnen: Die an einem Wechsel uninteressierten Versicherungsnehmer hatten ihren Vertrag schließlich im Wissen um die alte Stornoregelung abgeschlossen. Dennoch ist dieser Einwand weniger überzeugend als es den Anschein hat.

Es ist bekannt, dass das Stornoverhalten weniger vom Alter abhängt, als von der Bestandszugehörigkeit – je länger der Eintritt in einen Tarif zurückliegt, desto unwahrscheinlicher, dass nochmal ein Unternehmenswechsel erfolgt (BECKER 2017, S.72; MILBRODT und RÖHRS 2016, S.170; CHRISTIANSEN u. a. 2016). In der Praxis findet dies aber keinen Eingang in die Produktkalkulation, es werden

stattdessen altersabhängige Stornotafeln verwendet (BECKER 2017, S.165; MILBRODT und RÖHRS 2016, S.170).

Dies ist eine Folge der Regelung in §146 Abs. 2 VAG, die verbietet, dass Neugeschäftsprämien niedriger sind, als die Prämien gleich alter Bestandsversicherter ohne Berücksichtigung der Alterungsrückstellung. Da tatsächlich die kürzlich Neueingetretenen weitgehend für die Stornofälle verantwortlich sind, würden bei einer Berücksichtigung der Bestandszugehörigkeit in der Kalkulation genau deren Prämien gesenkt (MILBRODT und RÖHRS 2016, S.144; RUDOLPH 2005). Da dies zu den unzulässigen niedrigeren Neugeschäftsprämien führte und nach §146 VAG unzulässig wäre, wird in der aktuariellen Praxis nur eine altersabhängige Stornotafel verwendet. Die rein altersabhängige Stornotafel führt aber zur Überschätzung der Stornofälle.

Insbesondere bei geschlossenen, also für das Neugeschäft nicht mehr zugänglichen Tarifen⁴ bleiben Stornierungen mangels Neuzugängen weitgehend aus, weil bekannt ist, dass ein Unternehmenswechsel nach längerer Bestandszugehörigkeit nachteilig wäre (CHRISTIANSEN u. a. 2016). Die PKV-Stornowahrscheinlichkeiten⁵ müssen folglich im Laufe der Beitragsanpassung abgesenkt werden, da die antizipierten Vererbungen nicht stattfinden. Es ist insofern auch bei der gelten Rechtslage ungewiss, ob das durch die Stornowahrscheinlichkeiten reduzierte Prämienniveau tatsächlich angemessen ist und nicht im Laufe der Zeit durch steigende Prämien nachfinanziert werden muss.

Die Prämien der Bestandskunden steigen bei Einführung einer übertragbaren IAR nicht deswegen, weil es zusätzliche Wechsler geben wird, sondern weil die Vererbung durch die bisherigen Wechsler wegfällt. Wenn es diese bisherigen Wechsler jedoch in der Praxis gar nicht gibt, so ist dies auch keine Schlechterstellung der nicht wechselinteressierten Bestandsversicherten, da sie auch ohne Einführung einer übertragbaren Alterungsrückstellung Prämienanpassungen zu tragen haben. Die Wechseloption, welche durch die Übertragbarkeit der IAR geschaffen würde, ist per se nicht mit Kosten verbunden. Deswegen ist die befürchtete Umverteilung von den verbleibenden zu den wechselnden Versicherten (WASEM, BUCHNER und WALENDZIK 2016, S.61) möglicherweise ein theoretisches Problem.

Zudem haben sich in den letzten Jahren zunehmend unabhängige Wechselberater daran gemacht, unzufriedene PKV-Kunden bei einem unternehmensinternen Wechsel zu beraten. Da bei diesen internen Wechseln die RAR von einem zum anderen Tarif transferiert wird, bestehen hier genau die Fehlanreize, die man

⁴Dies sind insbesondere alle Bisextarife, zu denen Zugänge nur aus internen Wechseln möglich sind, da Neukunden nur noch in Unisexstarifen versichert werden dürfen und interne Wechsel aus der Unisex-Welt in die Bisex-Welt nicht erlaubt sind (§204 Abs. 1 VVG).

⁵Für die GKV-Stornowahrscheinlichkeiten ist die Sachlage weniger klar: Die Beitragsbelastung in der GKV ist von einer eventuellen Alterungsrückstellung unabhängig. Insofern ist nicht offensichtlich, dass der Wechsel in die GKV bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen davon abhängig ist, wie lange die Bestandszugehörigkeit in der PKV war. Allerdings schließt §6 Abs. 3a SGB V einen Wechsel ab Alter 55 fast immer aus. CHRISTIANSEN u. a. (2016) finden entsprechend einen schwächeren Zusammenhang zwischen Bestandszugehörigkeit und GKV-Storno als zwischen Bestandszugehörigkeit und PKV-Storno.

durch die Nichtübertragbarkeit der Alterungsrückstellung bei externen Wechseln verhindern will – nur dass hier das aufnehmende Unternehmen gleichzeitig das abgebende Unternehmen ist (WASEM, BUCHNER und WALENDZIK 2016, S.59). Auf Ebene des Betriebs gleichen sich die Effekte zwar aus, nicht jedoch auf der Ebene der betroffenen Tarife. Und damit können die Beitragsentwicklungen der Versicherungsnehmer durch interne Wechsel verstärkt werden. Das aktuelle Tarifwechselrecht öffnet also einer Entsolidarisierung die Tür. Eine Änderung dieser Praxis – statt Übertragung der RAR nur noch Übertragung der IAR – würde zwar die internen Wechsler schlechterstellen, wäre aber ökonomisch sinnvoll (WASEM, BUCHNER und WALENDZIK 2016, S.23). Tatsächlich zeigte sich, dass im Rahmen der Einführung des Übertragungswertes, welcher der Sache nach die Anbieterwechsel erleichtern sollte, die internen Tarifwechsel zunahm, obwohl diese von der Änderung nicht betroffen waren (KARLSSON, KLEIBRINK und ZIEBARTH 2016). Insgesamt sind interne Wechsel häufiger zu beobachten als Anbieterwechsel (CHRISTIANSEN u. a. 2016).

In Anbetracht dieser Sachlage erscheint es wenig prinzipielle Gründe zu geben, die Einführung einer Wechselmöglichkeit für Bestandskunden abzulehnen und damit den Wettbewerb der PKV auf den Bereich der langjährig Versicherten auszuweiten, solange sichergestellt ist, dass die abgebenden Kollektive durch Abgänge nicht geschädigt werden. Wie oben ausgeführt wurde, ist dies derzeit bei unternehmensinternen Wechseln keineswegs selbstverständlich. Eine Einführung von übertragbaren risikogerechten Alterungsrückstellungen bei internen und externen Wechseln würde auch im Status Quo bestehende Fehlanreize beseitigen (WASEM, BUCHNER und WALENDZIK 2016, S.23).

4 Erweiterungen der bestehenden Vorschläge

Ob die Einführung einer Wechseloption mit Übertragung der IAR in der Praxis aber gelingt, hängt von den Details der Umsetzung ab. Dazu sollen hier allgemeine Überlegungen angestellt werden.

In jedem Fall muss sichergestellt werden, dass der abgehende Versicherungsnehmer sein Ursprungskollektiv nicht schädigt. Dazu wird der beim Wechsel vorliegende Gesundheitszustand maßgeblich sein für die Höhe der Alterungsrückstellung, wie oben ausgeführt. Die praktische Umsetzung einer risikogerechten Zuteilung der Alterungsrückstellung könnte sich an die Vorgehensweise bei den Risikozuschlägen anlehnen. Grundsätzlich wird hier ebenfalls die erwartbar höhere Kostenbelastung durch einen prozentualen Faktor abgeschätzt. Methodisch könnte dies direkt auf die Anpassung der Alterungsrückstellung übertragen werden. Ein wichtiger Unterschied besteht jedoch darin, dass das Unternehmen bei Risikozuschlägen im Neugeschäft mit Sicherheiten kalkulieren kann. Einzig der Wettbewerb zwingt den Versicherer, die Zuschläge nicht zu hoch anzusetzen. Durch die Summenregel liegen die Dinge bei der IAR anders, weil eine vorsichtige Kalkulation mit Sicherheiten bei einigen Versicherten zwangsläufig eine ungewollte

Begünstigung anderer Versicherter nach sich zöge. Zudem müssen die Belange der bestehenden Kollektive geschützt werden vor Prognosefehlern. Es ist deswegen sinnvoll, einen Teil der Summe der RAR von der Zuteilung auszunehmen und als *kollektiven Risikopuffer* zurückzuhalten. Dieser kollektive Risikopuffer kann abhängig von der Größe des Kollektivs bestimmt werden und ggf. weitere Risikomerkmale umfassen. Die Festsetzung seines Umfangs sollte jedoch brancheneinheitlich und nachprüfbar geregelt sein (vgl. ZÄHLE und ZÄHLE 2013, S.116). Die Wirkung eines solchen Risikopuffers ist vergleichbar einem Stornoabschlag. Dies reduziert die Attraktivität eines Wechsels, was jedoch angesichts der insgesamt deutlich verbesserten Wechselmöglichkeiten eine hinnehmbare Einschränkung ist, die in den Belangen des Ursprungskollektivs ausreichende Rechtfertigung findet. Ob darüber weitere Stornoabzüge zulässig sein sollen, ist eine Gestaltungsfrage: Die zweifellos durch Einführung eines Wechselrechts entstehenden Aufwendungen stehen einer verbesserten Position aller Versicherten gegenüber. Andererseits könnte es gerechtfertigt sein, den tatsächlich vom Wechselrecht Gebrauch machenden Versicherungsnehmern auch einen größeren Teil der Verwaltungsaufwendungen anzulasten.

Bislang fehlt ein ausgearbeitetes Modell, welches den Zusammenhang von Gesundheitszustand und Kostenerwartung beschreibt. Es stellt sich daher die Frage, ob hier ein Bestimmbarkeitsproblem vorliegt. Erste Ansätze zur Analyse von Risikofaktoren des Stornoverhaltens finden sich bei CHRISTIANSEN u. a. (2016), die den Zusammenhang der Stornowahrscheinlichkeit mit verschiedenen erklärenden Variablen untersucht haben. Je mehr Informationen vorliegen, wie sich das Wechselverhalten unter der neuen Regelung gestaltet, umso mehr werden die Unternehmen geeignete Modelle bzw. Algorithmen finden, um die Bestimmung der IAR vorzunehmen. In gewissem Sinne handelt es sich um ein Problem der Datenanalyse, die derzeit unter dem Schlagwort Big Data erhebliche Aufmerksamkeit findet. Derartige Risikoeinschätzungen fallen in die Kernkompetenz der Versicherungsbranche. Besonders herausfordernd dürfte die Einführungsphase einer solchen Zuteilungsregel sein, weil noch Erfahrungswerte für die Wechselbereitschaft fehlen. Diese werden jedoch nach einer Übergangsphase in zunehmendem Maße vorliegen. Die Bestimmung der Größe des kollektiven Risikopuffers könnte zur Absicherung bei Einführung größer gewählt werden und nach einer Übergangsphase auf einen geringeren Wert abgeschmolzen werden, um die Unsicherheiten der Umstellung abzufangen.

Die verpflichtende Zuteilung der Summe der RAR auf die Versicherten im Kollektiv macht eine systematische Benachteiligung der Wechselwilligen unmöglich. Es wird hier ausdrücklich die Meinung vertreten, die Bestimmung der IAR möge der Geschäftspolitik zugerechnet werden. Damit entfällt die Notwendigkeit einer brancheneinheitlichen Vorgabe, weswegen ein Verifizierungsproblem nicht gegeben ist. Einzig die Anforderung der vollständigen Zuteilung der Summe der RAR abzüglich des kollektiven Risikopuffers muss nachgewiesen werden. Die Werte der IAR sind den Versicherten einmal jährlich mitzuteilen, die mit dieser Information Angebote anderer Anbieter einholen können.

Konsequent im Sinne der Idee von einer Übertragung risikogerechter Alterungsrückstellungen wäre es, auch negative Alterungsrückstellungen zu ermöglichen, also ein aufnehmendes Unternehmen zu einer Ablösungszahlung zu zwingen. Es erscheint jedoch fraglich, ob dies rechtlich möglich und für die Versicherten akzeptabel wäre (MEIER, BAUMANN und WERDING 2004, S.31). Allerdings entsteht dieses Problem nicht durch die Einführung einer Übertragbarkeit. Es liegt bereits im geltenden Rechtsrahmen vor. Sollte der Gesundheitszustand eines Versicherten so gut sein, dass seine Prämie zu einer negativen IAR führte, so hieße dies, dass ein Neuvertrag bei einem anderen Versicherer für ihn günstig wäre, da er in seinem Herkunftskollektiv schlechter gestellt ist als ein Neueintretender. Die Schädigung des Herkunftskollektivs könnte sogar noch verschärft werden, wenn gleichzeitig die RAR positiv ist und bei einem unternehmensinternen Wechsel übertragen werden müsste. Daher ist die Einführung einer übertragbaren IAR keine Verschlechterung ggü. dem geltenden Regelwerk. Im Rahmen des kollektiven Risikopuffers könnte zudem Vorsorge getroffen werden, um derartige Fälle auszugleichen.

Oftmals wurde darauf hingewiesen, dass auch die Wechseloption mit Übertragung einer IAR nicht allen Versicherten gleichermaßen eine realistische Wechseloption ermögliche. Durch die größere IAR beim Wechsel werde die höhere Beitragsbelastung von morbidem Wechsler durch dann fällige Risikozuschläge zwar aufgefangen. Jedoch ändere sich dadurch auch die Belastung bei zukünftigen Prämienanpassungen im Zieltarif (MILBRODT 2004; NELL und ROSENBROCK 2007a). Diese seien für die morbidem Wechsler so nachteilhaft, dass sie die Wechseloption tatsächlich nicht nachfragen würden. Weiterhin wechselten dann die gesünderen Versicherten und es käme, wenngleich in abgemilderter Form, zu einer Risikoentmischung zu Ungunsten des Herkunftskollektivs (MILBRODT 2004). Als Entgegnung haben NELL und ROSENBROCK (2007a) vorgeschlagen, zusätzliche Ausgleichsmechanismen für die zukünftige Prämiensteigerung miteinzubeziehen und z.B. die zukünftige Kostensteigerung bei der Bestimmung der IAR abzuschätzen.

Wie werden die Versicherer reagieren, wenn man ihnen die Freiheit belässt, einen Zuteilungsalgorithmus individuell festzulegen? Im Bestreben, stets maximal die IAR zu übertragen, die ökonomisch der Einschätzung des Risikos eines Versicherungsnehmers entspricht, werden die Unternehmen besonders die Gruppen von Versicherungsnehmern im Blick behalten, die verstärkt von einem Wechselrecht Gebrauch machen. Dabei ist aus Sicht des Versicherers nicht entscheidend, ob die erhöhte Wechselneigung ihre Ursache in einer zu hoch bemessenen IAR oder in anderen Rahmenbedingungen hat, die für die Wechselneigung bedeutsam sein können. Der Versicherer wird geneigt sein, diesen Gruppen tendenziell weniger IAR zuzuteilen. Dadurch fließen im Fall eines erfolgreichen Wechsels weniger Mittel ab (EEKHOFF und ARENTZ 2013, S.109f). Gleichzeitig wird dadurch aber auch zu einem Ausgleich bestehender Wechselhürden beigetragen. In diesem Sinne ist die Zuteilung der Summe der RAR auf die Versicherten ein Vorgehen, welches sicherstellt, dass der Versicherer keine Anreize hat, einzelne Gruppen von Versicherten gezielt zu benachteiligen. Im Gegenteil wird der Versicherer sinnvollerweise dazu beitragen, alle einer Wechselmöglichkeit entgegenstehenden Hürden

auszugleichen, soweit ein Effekt auf die Wechselbereitschaft sichtbar wird. Es ist deswegen zu vermuten, dass es keine strukturelle Benachteiligung von Versicherten mit Vorerkrankungen geben wird.

Die von NELL und ROSENBROCK (2007a) angesprochene Problematik der Überzinsen erscheint nachrangig, da die Überzinsen zu 90 Prozent dem Versicherungsnehmer zustehen (§150 Abs. 2 VAG). Allerdings könnte eine umfangreiche Wechseldynamik auch Einfluss auf die Liquiditätsplanung eines Versicherers gewinnen mit nachteiligen Auswirkungen auf die Kapitalanlage. Dieser Aspekt soll hier nicht weiter thematisiert werden.

Weiterhin wurde die Frage aufgeworfen, inwieweit Informationsasymmetrien im Kontext der Übertragung von Alterungsrückstellungen zu Problemen führen können (MONOPOLKOMMISSION 2017, S.102f). Tatsächlich ist aufgrund von Selbstbehalten und Beitragsrückerstattungen die Informationslage bezüglich des Gesundheitszustandes auf Seiten der Versicherer eingeschränkt. Die den Versicherten zugängliche Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes beim Wechsel liegt dem abgebenden Unternehmen eventuell nicht vor. Allerdings kann der Versicherte dies nicht gezielt ausnutzen, da seine Gesundheit eher besser eingeschätzt wird, als es bei Kenntnis der genauen Leistungsanspruchnahme der Fall wäre. Die auf ihn entfallende IAR wäre geringer als angemessen. Dies hätte indirekt eine zu hohe Zuteilung für die übrigen Kollektivmitglieder zur Folge. Allerdings dürfte der dadurch entstehende Effekt problemlos durch den oben angesprochenen kollektiven Sicherheitspuffer eingegrenzt werden. Es könnte sinnvoll sein, seine Höhe auch an den vereinbarten Selbstbehalt zu koppeln, da bei hohen Selbstbehalten über größere Teile des Kollektivs keine Leistungsdaten verfügbar sind.

Im Unterschied dazu besteht gegenüber dem aufnehmenden Unternehmen kein wesentlicher Informationsvorsprung, der nicht durch die üblichen Risikoprüfungen bei Vertragsabschluss ausgeglichen werden könnte. Denkbar scheint zudem, eine Offenlegung der Risikoinformationen des abgebenden Versicherers ggü. dem aufnehmenden Versicherer zu fordern (MEIER, BAUMANN und WERDING 2004, S.29).

Ein weiterer von Vertretern der PKV geäußelter Kritikpunkt ist die Gefahr, dass die Einführung einer solchen Wechseloption erhebliche Verwaltungsaufwendungen erfordere. Allein aus Stornoabschlägen dürfte dies nicht finanzierbar sein, so dass auch die nicht wechselinteressierten Versicherten zusätzliche Kosten zu tragen hätten, während nur wenige von einem Wechselrecht tatsächlich Gebrauch machten. Dies könne dazu führen, dass den möglichen Vorteilen für wenige eine unverhältnismäßige Kostenbelastung für alle anderen gegenüberstünde (WEBER 2014).

Eine zentrale Frage für die Beurteilung der Einführung risikogerechter Übertragungswerte bezieht sich daher auf die Höhe der Transaktionskosten. Zweifellos wird die Umstellung der bestehenden Bestandsführung aufwendig sein. Die Ressourcen insbesondere für die Pflege eines Systems, das einmal jährlich auf Basis der Informationen aus dem Leistungsgeschehen eine individuelle Alterungsrückstellung ausweist, dürfen jedoch nicht unverhältnismäßig hoch ausfallen. Aller-

dings scheinen in dieser Hinsicht Ansätze als problematisch, die eine Clearing-Stelle (MEIER und WERDING 2007, S.23) oder laufende Ausgleichzahlungen (BUCHNER und WASEM 2006) vorsehen. Es erscheint aber schlüssig, dass die Anreize für eine faire Zuteilung der vorhandenen finanziellen Mittel bei einer Verwendung der Summenregel ausreichend sind, um eine Bewertung im Wechselzeitpunkt allein durch das abgebende Unternehmen zu ermöglichen. Die Summenregel selbst wäre dann gegenüber der Aufsichtsbehörde zu dokumentieren und könnte ggf. gerichtlich überprüft werden. Möglich wäre es auch, ein gerichtlich überprüfbares Rechenverfahren basierend auf zulässigen Risikokriterien für die jeweilige IAR zu fordern, so dass zumindest der Vorwurf einer willkürlichen Benachteiligung durch den Versicherer überprüfbar wäre, während die konkrete Schätzung der zukünftigen Kosten auf Basis der verfügbaren Information grundsätzlich eine unternehmenspolitische Entscheidung des Versicherers darstellt, die nicht objektiv als richtig oder falsch beurteilt werden kann. Aus dieser Sicht fällt das Verifikationsproblem allein auf die Überprüfung der Summenregel zurück.

5 Fazit

Die hier dargelegten Betrachtungen machen es nachvollziehbar, dass die von der Monopolkommission vorgeschlagene Weiterentwicklung des Wettbewerbs in der PKV eine Möglichkeit darstellt, durch eine Wechselmöglichkeit langjährig Versicherter den Wettbewerb auch auf diese Kundengruppe auszuweiten. Selektionsproblemen kann durch eine risikogerechte Übertragung der Alterungsrückstellung vorgebeugt werden. Mit einem Sicherheitszuschlag versehen sollte es möglich sein, ausreichend genaue Einschätzungen der zukünftigen Kostenbelastung vorzunehmen, so dass eine Schädigung der Herkunftskollektive in jedem Fall verhindert werden kann. Die Forderung einer regelmäßigen Zuteilung der Summe aller Alterungsrückstellungen setzt Anreize, die den Versicherer zu einer möglichst risikogerechten Zuteilung zwingen und es erlauben, die Details dieser Zuteilung der Geschäftspolitik der Unternehmen anzuvertrauen. Nach den Aufwendungen der Einführung einer solchen regelmäßigen Zuteilung dürfte der weitere Verwaltungsaufwand überschaubar bleiben, da sowohl auf Clearing-Stellen als auch auf laufende Ausgleichzahlungen verzichtet werden kann.

Die Versicherten können von einer solchen Regelung einmal durch die Wechselmöglichkeit direkt profitieren. Es ist aber zu erwarten, dass auch die nichtwechselnden Bestandsversicherten von den Bemühungen der Unternehmen profitieren werden, welche diese im Rahmen des Wettbewerbs ergreifen, um alte Kunden zu halten und neue Kunden hinzuzugewinnen. Insbesondere schließt aber die Bestimmung eines risikogerechten Übertragungswertes mit ausreichenden Sicherheitszuschlägen eine Schlechterstellung der verbleibenden Versicherten im Kollektiv aus. Die Befürchtung steigender Bestandsprämien durch die wegfallenden Vererbungen aus dem PKV-Storno sind zwar nicht unbegründet, jedoch auch ohne Einführung der Wechseloption zu erwarten.

Auch das Tarifwechselrecht sollte derart modifiziert werden, dass nur eine risikoadäquate Alterungsrückstellung zwischen den Tarifen übertragen wird. Damit würde den aktuell bestehenden Selektionsanreizen begegnet.

Literatur

- ALBRECHT, Martin, Christoph de MILLAS, Susanne HILDEBRANDT und Anke SCHLIWEN (2010), *Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung*, Berlin.
- ALTMANN, Daniel, David M. CUTLER und Richard J. ZECKHAUSER (1998), Adverse selection and adverse retention, in: *American Economic Review* **88**(2), S. 122–26.
- BECKER, Torsten (2017), *Mathematik der privaten Krankenversicherung*, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- BREYER, Friedrich (2015), Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* **16**(3), S. 215–30.
- BREYER, Friedrich und Volker ULRICH (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* **220**(1), S. 1–17.
- BUCHNER, Florian und Jürgen WASEM (2006), *Wettbewerb der Krankenversicherungen aus gesundheitsökonomischer Sicht*, online verfügbar unter: http://www.hzv-uhh.de/fileadmin/gemeinsam/Veranstaltungen/Symposien/1._Symposium/Workshop7BuchnerWasem.pdf (zuletzt besucht am 08.06.2017).
- CHRISTIANSEN, Marcus C., Martin ELING, Jan-Philipp SCHMIDT und Lorenz ZIRKELBACH (2016), Who is changing health insurance coverage? Empirical evidence on policyholder dynamics, in: *Journal of Risk and Insurance* **83**(2), S. 269–300.
- DOHMEN, Thomas J., Armin FALK, Bart GOLSTEYN, David HUFFMANN und Uwe SUNDE (2015), Risk attitudes across the life course, in: *Netspar Discussion Paper* **11**.
- ECKHOFF, Johann und Christine ARENTZ (2013), Zur Zukunft der PKV: Probleme und Perspektiven, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* **18**(3), S. 106–10.
- KARLSSON, Martin, Jan KLEIBRINK und Nicolas R. ZIEBARTH (2016), Exit, voice or loyalty? An investigation into mandated portability of front-loaded private health plans, in: *Discussion Paper*.
- MEIER, Volker, Florian BAUMANN und Martin WERDING (2004), *Modelle zur Übertragung individueller Altersrückstellungen beim Wechsel privater Krankenversicherer*, ifo-Beiträge zur Wirtschaftsforschung 14.

- MEIER, Volker und Martin WERDING (2007), *Übertragbarkeit risikoabhängiger Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung*, Ifo-Forschungsberichte 38, München.
- MEYER, Ulrich (2001), *Mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung durch Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung*, Arbeitspapier, Bamberg.
- MILBRODT, Hartmut (2004), Wird es ernst? Zur Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV, in: *Der Aktuar* **10**(4), S. 137–45.
- MILBRODT, Hartmut und Volker RÖHRS (2016), *Aktuarielle Methoden der deutschen Privaten Krankenversicherung*, 2. Aufl., Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft.
- MONOPOLKOMMISSION (2017), *Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75*.
- NELL, Martin und Stephan ROSENBROCK (2007a), Das Inflationsproblem bei der Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* **96**(1), S. 55–79.
- (2007b), Die Diskussion über die Portabilität von risikogerechten Transferbeiträgen in der Privaten Krankenversicherung, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* **96**(Suppl. 1), S. 39–51.
- (2007c), *Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen: Ein konsistenter Ansatz zur Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung*, Working Papers on Risk and Insurance 19, University of Hamburg, Institute for Risk und Insurance.
- PKV-VERBAND (2017), *Vorsicht: Portabilität wäre unsolidarisch und ginge zu Lasten der Kranken*, online verfügbar unter: <http://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/portabilitaet/> (zuletzt besucht am 04.06.2017).
- RUDOLPH, Jürgen (2005), Stornowahrscheinlichkeiten in der privaten Krankenversicherung, in: *Der Aktuar* **11**(3), S. 119–20.
- WASEM, Jürgen, Florian BUCHNER und Anke WALENDZIK (2016), *Qualitative Analysen zur harmonisierten Berechnung einer Alterungsrückstellung und der verfassungskonformen Ausgestaltung ihrer Portabilität. Studie im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbandes*, IBES Diskussionsbeiträge 218.
- WEBER, Roland (2014), *Nachteilsfreie PKV-Wechsel mit Übertragungswerten – in der aktuariellen Praxis realisierbar?*, Vortrag bei der Herbsttagung der Deutschen Aktuarvereinigung am 18.11.2014 in Hannover.
- ZÄHLE, Henryk (2010), Ein Risikoklassenmodell für die Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV, in: *Blätter der DGVM* **31**(1), S. 39–64.
- ZÄHLE, Henryk und Katrin ZÄHLE (2013), Prämienanpassungen im Risikoklassenmodell der Privaten Krankenversicherung, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* **102**(2), S. 111–40.
- ZWEIFEL, Peter (2013), Die Arbeitsteilung zwischen privater und sozialer Krankenversicherung aus ökonomischer Sicht, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* **102**(4), S. 311–24.

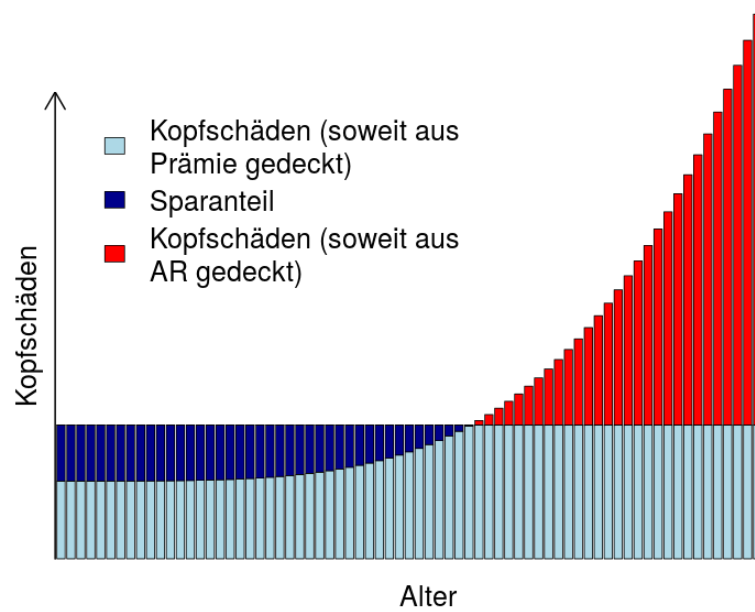


Abbildung 1: Verlauf der altersspezifischen Kopfschäden (schematisch). Zu Beginn ist die Prämie (horizontale Linie) höher, als die altersspezifischen Kopfschäden. Es verbleibt ein Anteil, der in der Alterungsrückstellung (AR) angelegt und verzinst wird. Durch die mit dem Alter steigenden Kopfschäden übersteigen die Kopfschäden im Alter die Prämie. Dann wird aus der AR der Fehlbetrag entnommen. Quelle: Eigene Darstellung.

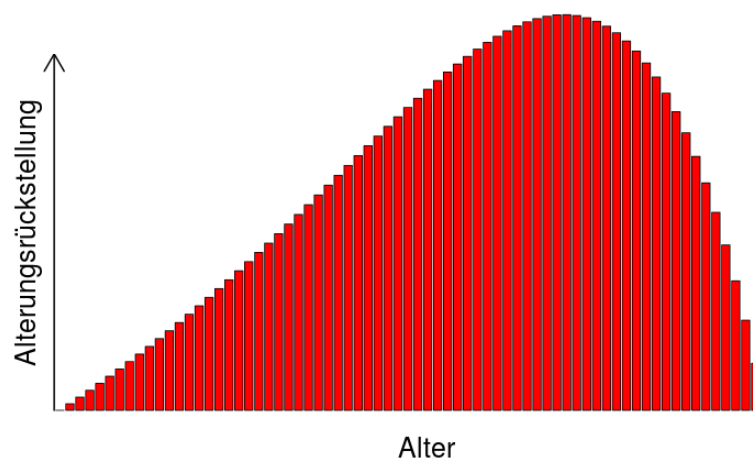


Abbildung 2: Verlauf der Alterungsrückstellung (AR). Die AR wächst durch die Zuführung des Sparanteils, den Rechnungszins und die Vererbung von freiwerdenden ARen ausscheidender Versicherter. Entnahmen aus der AR dienen zur Finanzierung von Kopfschäden, welche durch die Prämien nicht vollständig gedeckt sind. Quelle: Eigene Darstellung.