



Universität Hamburg

Martin Nell, Stephan Rosenbrock

Wettbewerb in kapitalgedeckten Kranken- versicherungssystemen: Ein konsistenter Ansatz zur Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung

Working Papers on Risk and Insurance
Hamburg University

No 19
February 2007

Martin Nell¹, Stephan Rosenbrock²

**Wettbewerb in kapitalgedeckten
Krankenversicherungssystemen:
Ein konsistenter Ansatz zur Übertragung
von individuellen Alterungsrückstellungen
in der Privaten Krankenversicherung³**

No 19

Februar 2007

ISSN 1617-8653

¹ Prof. Dr. Martin Nell, Universität Hamburg, Institut für Versicherungsbetriebslehre, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg, Tel.: +49 40 428384014, Fax: +49 40 428385505, Email: martin.nell@rrz.uni-hamburg.de.

² Stephan Rosenbrock, Universität Hamburg, Institut für Versicherungsbetriebslehre, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg, Tel.: +49 40 428383585, Fax: +49 40 428385505, Email: rosenbrock@econ.uni-hamburg.de.

³ Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen des DFG-Projekts NE 1202/1-2 entstanden. Für die Finanzierung dieses Projekts möchten die Autoren der Deutschen Forschungsgemeinschaft an dieser Stelle danken.

Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen:
Ein konsistenter Ansatz zur Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in
der Privaten Krankenversicherung

Zusammenfassung

Das kapitalgedeckte System der substitutiven Privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland leidet unter mangelndem Wettbewerb. Der Grund ist die fehlende Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung. Sie bewirkt, dass Versicherungsnehmer in der Regel bereits nach kurzer Vertragslaufzeit keine sinnvolle Wechsoption besitzen. Zur Lösung des Problems wird seit vielen Jahren der Transfer individueller Alterungsrückstellungen (IAR) diskutiert. Allerdings wird ein solcher Transfer bislang mehrheitlich zwar als wünschenswert, aber aufgrund gravierender Informations- und Anreizprobleme als unrealisierbar angesehen. In dieser Arbeit wird gezeigt, dass bei einer präzisen Definition der IAR, die bislang in der Diskussion fehlt, die mit einem Transfersystem verbundenen Informations- und Anreizprobleme lösbar sind. Im Ergebnis stellt sich eine PKV mit Übertragung von IAR als ordnungspolitisch hochattraktives Modell zur Versicherung des Krankheitskostenrisikos heraus.

Abstract

The capital funded health insurance system in Germany (the PKV) is afflicted with a lack of competition because insureds lose their ageing provisions if they switch their insurer. Therefore the transfer of “individual ageing provisions” (IAR) has been discussed for many years, but it is mostly regarded as impracticable due to information and incentive problems. This article points out that with a precise definition of the IAR, which is missing in the discussion so far, the information and incentive problems linked with a transfer mechanism can be solved. Therefore the PKV with a transfer of IAR is a very attractive model to organize health insurance markets.

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor gravierenden Herausforderungen, die es seit Jahren zu einem Dauerthema in der politischen Diskussion machen. Zentrale Problemfelder sind zum einen die demografische Entwicklung, die zu stark steigenden Gesundheitsausgaben in der Zukunft führen wird, zum anderen der mangelnde Wettbewerb im Gesundheitssystem, der zu erheblichen Ineffizienzen führt. Die Ausgestaltung der Krankenversicherung ist dabei für beide Aspekte von zentraler Bedeutung. Das Umlageverfahren, wie es in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angewendet wird, ist sehr empfindlich gegenüber demographischen Verwerfungen, da die im Lebenszyklus steigenden Gesundheitsausgaben der Versicherten nicht durch den Aufbau eines Kapitalstocks, sondern im Wesentlichen aus laufenden Beiträgen der Versicherten bestritten werden. Dies bedeutet, dass die Gesundheitsausgaben der jeweils älteren Generation zu einem erheblichen Teil aus den Beiträgen der erwerbstätigen Generation finanziert werden. Die Funktionsfähigkeit des Umlageverfahrens hängt davon ab, dass nachwachsende Generationen hinreichend stark besetzt sind. Dies ist bekanntermaßen in Deutschland, wie in vielen anderen Industrieländern, nicht der Fall.⁴

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist es nahe liegend, im Bereich der Krankenversicherung stärker auf kapitalgedeckte Systeme zu setzen. In der Rentenversicherung wurde genau dieser Weg bereits beschritten, in dem die gesetzliche Rente durch kapitalgedeckte und staatlich geförderte Instrumente wie die Riester- und Rürup-Rente ergänzt wurde.

Allerdings ist die Situation in der Krankenversicherung deutlich komplizierter als in der Rentenversicherung, da die Wahl zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren massive Auswirkungen auf den Wettbewerb nicht nur auf dem Krankenversicherungsmarkt, sondern im gesamten Gesundheitsbereich hat. Es ist nämlich ein ausgesprochen schwieriges und bislang ungelöstes Problem, ein kapitalgedecktes Krankenversicherungssystem zu entwickeln, in dem ein funktionsfähiger Wettbewerb in dem Sinne besteht, dass die Versicherten ohne prohibitive Kosten den Anbieter wechseln können. Daher existiert ein ausgeprägtes kapitalgedecktes System international nur in der substitutiven Privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland.^{5,6}

⁴ Fetzer und Raffelhüschen untersuchen die Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die GKV. Die implizite Verschuldung der GKV, definiert als der Barwert zukünftiger Gesundheitsausgaben abzüglich des Barwerts zukünftiger Prämieinnahmen, wird bezogen auf das Jahr 2001 in einem realistischen Kostendruck-szenario bei 232,2 Prozent des BIP (4,8 Billionen Euro) liegen. Dies entspricht einer impliziten Pro-Kopf-Verschuldung von 99.300 Euro pro Kopf, vgl. Fetzer und Raffelhüschen (2005), S. 264.

⁵ Daneben sind Elemente der Kapitaldeckung im Bereich der privaten Krankenversicherung in Österreich und der Schweiz vorhanden, allerdings in einem anderen institutionellen Rahmen und von weitaus geringerer Bedeutung, vgl. Meier et al. (2004), Kapitel 4.

Innerhalb der PKV erfolgt die Kapitaldeckung über die Bildung von Alterungsrückstellungen. Diese sollen im Prinzip eine im Lebenszyklus konstante Versicherungsprämie trotz altersbedingt steigender Gesundheitsausgaben ermöglichen.⁷ Bei einem Versichererwechsel dürfen die Versicherten nach bisheriger Rechtslage ihre Alterungsrückstellungen nicht mitnehmen. Dies führt bereits nach wenigen Jahren zu prohibitiv hohen Wechselkosten, so dass die Versicherungsnehmer dann de facto an ihren Versicherer gebunden sind. Aus diesem Grund existiert bislang in der PKV Wettbewerb nur um Neukunden, nicht aber um Bestandskunden.

Dies ist schon in der momentanen Situation, in der Krankenversicherer noch vorwiegend als Kostenerstatter auftreten, wettbewerbspolitisch höchst unbefriedigend. Gänzlich inakzeptabel wird sie vor dem Hintergrund von Bemühungen, zur Vermeidung von ex post moral hazard⁸ im Gesundheitswesen verstärkt auf Managed Care, also einer vertikalen Integration von Krankenversicherern und Leistungserbringern zu setzen. Im Rahmen einer solchen vertikalen Integration schließen Versicherer direkt Verträge mit den Erbringern medizinischer Leistungen ab oder erbringen diese Leistungen selber.⁹ Dabei ist es möglich und auch intendiert, dass einzelne Versicherer durch ihre Netzwerke mit Leistungserbringern Qualitäts- und/oder Effizienzvorteile bei der Behandlung bestimmter Krankheiten erzielen. Für ein effizientes Gesundheitssystem ist es aber unabdingbar, dass Patienten, die an diesen Krankheiten leiden, ohne größere Nachteile zu diesem Versicherer wechseln können. Solange die Alterungsrückstellungen nicht portabel sind, ist dies nicht der Fall. Daher ist eine vertikale Integration im Bereich der PKV nur sinnvoll, wenn ein Wechsel des Krankenversicherers gerade auch für ältere Versicherungsnehmer mit hohen Alterungsrückstellungen und altersbedingt hoher Krankheitsanfälligkeit sinnvoll möglich ist. Die Schaffung von Wechselmöglichkeiten für Bestandskunden in der PKV durch Portabilität der Alterungsrückstellungen ist daher ökonomisch zwingend geboten.

⁶ Auch in umlagefinanzierten Sozialversicherungssystemen treten gravierende Wettbewerbsprobleme auf. Sie entstehen dadurch, dass dort typischerweise die Versicherungsnehmer keine risikoadäquaten Prämien zahlen. Dies führt zu einem Selektionswettbewerb, bei dem die Krankenkassen versuchen, gute Risiken an sich zu binden und schlechte Risiken fernzuhalten. Ein solches Wettbewerbsverhalten ist aus Sicht der einzelnen Krankenkassen zwar rational, bringt aber keine gesamtgesellschaftlichen Vorteile. Daher wird versucht, dieses Wettbewerbsverhalten durch einen Risikostrukturausgleich zu unterbinden, bei dem Kassen mit günstiger Risikostruktur Ausgleichszahlungen an Kassen mit ungünstiger Risikostruktur leisten müssen. Wenn aber ein Risikostrukturausgleich die Risikounterschiede nicht perfekt ausgleicht, wovon in der Realität auszugehen ist, kann der Selektionswettbewerb nicht ausgeschaltet werden, vgl. Breyer et al. (2005), Kapitel 7.4.

⁷ Dies gilt allerdings nur bei konstanten Rechnungsgrundlagen. Erhöhen sich die Ausgaben für Gesundheitsleistungen im Zeitablauf durch Inflation oder neue Behandlungsmethoden, so führt dies zu Prämienerrhöhungen.

⁸ Vgl. Kifmann (2002).

⁹ Dabei gibt es eine Vielzahl von Ausgestaltungs- und Organisationsmöglichkeiten, wie ein Blick auf den amerikanischen Managed Care – Markt beweist, vgl. Glied (2000).

Um dieses Wettbewerbsproblem zu lösen, liegt es nahe, Alterungsrückstellungen portabel zu gestalten. Allerdings ist die Konstruktion eines Transfersystems für Alterungsrückstellungen nicht trivial, da es sich bei den Alterungsrückstellungen nicht um einen reinen Sparvorgang handelt. Vielmehr differenzieren die Risiken sich im Zeitablauf aus. Bei einem Teil der Versicherten kommt es zu chronischen Erkrankungen, die erhöhte Gesundheitsausgaben in der Zukunft nach sich ziehen. Würde man allen Versicherungsnehmern eines Kollektivs identische Alterungsrückstellungen mitgeben, käme es zu einer gravierenden Risikoselektion, da für gesunde Versicherungsnehmer ein Wechsel attraktiv wäre, während Versicherungsnehmer mit chronischen Erkrankungen (schlechte Risiken) bei einem Wechsel hohe Prämienzuschläge zahlen müssten. Daher würden nur die schlechten Risiken im Kollektiv verbleiben.

Eine weitere Möglichkeit könnte der Übergang zu kurzfristigen Krankenversicherungsverträgen sein, wie sie in der privaten Krankenversicherung in den USA vorherrschen. Bei kurzfristigen Krankenversicherungsverträgen treten keine Wettbewerbsprobleme auf, da Alterungsrückstellungen nicht gebildet werden. Vielmehr werden die Versicherungsprämien jährlich neu festgesetzt. Kurzfristige Versicherungsverträge haben aber den gravierenden Nachteil, dass sie das Risiko nicht absichern, durch eine chronische Erkrankung in Zukunft höhere Versicherungsprämien zahlen zu müssen. Dieses sogenannte Prämienrisiko ist aber substantiell, und daher bieten kurzfristige Versicherungsverträge nur einen sehr unvollständigen Versicherungsschutz.

Daher verbleibt als sinnvolle Option zur Stärkung des Wettbewerbs in der PKV nur die Mitgabe von Alterungsrückstellungen, die die Ausdifferenzierung der Risiken berücksichtigt. Damit ist man beim Konzept des Transfers individueller Alterungsrückstellungen (IAR) angekommen. Hierzu sind in der Literatur bereits Vorschläge unterbreitet worden¹⁰, deren Implementierbarkeit jedoch aufgrund von Informations- und Anreizproblemen überwiegend skeptisch beurteilt wird.¹¹ Aus theoretischer Sicht haben die Vorschläge zudem die Schwäche, dass sie nicht präzise an der im Rahmen der PKV durchgeführten Risikoallokation ansetzen und daher die zum Wechselzeitpunkt realisierten Risiken nicht konsequent zuweisen. Dies würde bei einer Implementierung wiederum zu unerwünschten Risikoselektionseffekten führen.

Daher wird in diesem Beitrag ein Ansatz zur Bestimmung individueller Alterungsrückstellungen entwickelt, der konsistent in dem Sinne ist, dass er konsequent auf der impliziten Risikoallokation des PKV-Vertrages basiert. Dabei wird sich zeigen, dass dieser Ansatz auch geeignet ist, die gravierenden Informationsprobleme zu lösen, die als Hauptargumente gegen die Einführung übertragbarer IAR vorgebracht werden. Das Ziel dieses Beitrages besteht daher in

¹⁰ Insbesondere von Meyer (1992,1994,1997,1999,2001a,2001b,2004).

¹¹ Vgl. UEK (1996), Meier et al. (2004), VVG-Kommission (2004), Bürger (2005).

der Entwicklung eines konsistenten Transfermechanismus für Alterungsrückstellungen, der einen funktionsfähigen Wettbewerb innerhalb der PKV ermöglicht. Damit wäre die PKV ein ordnungspolitisch äußerst attraktives Modell zur Absicherung des Krankheitskostenrisikos.

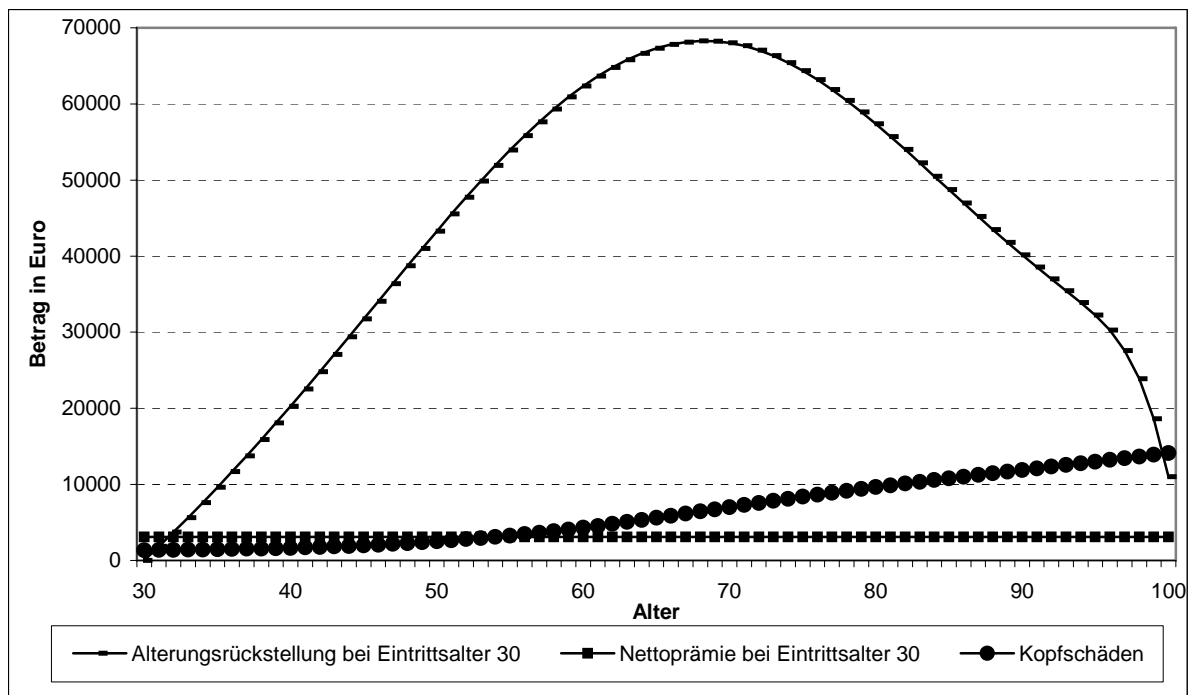
Das weitere Vorgehen gestaltet sich wie folgt: Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit der Struktur des Krankenversicherungsvertrages innerhalb der deutschen PKV. Die Eignung verschiedener Ansätze zur Übertragung von Alterungsrückstellungen ist Gegenstand des dritten Abschnitts. Der vierte Abschnitt hat die Herleitung einer konsistenten Bestimmungsregel für IAR zum Gegenstand. Informationsprobleme bei einer Übertragung der IAR werden im 5. Abschnitt behandelt. Die Arbeit schließt mit einer zusammenfassenden Schlussbetrachtung.

2. Die Abdeckung des Krankheitskostenrisikos im Rahmen der PKV

Bei der substitutiven PKV in Deutschland handelt es sich grundsätzlich um einen langfristigen Versicherungsvertrag. Dies kommt dadurch zum Ausdruck, dass nur der Versicherungsnehmer nicht aber der Versicherer ein ordentliches Kündigungsrecht besitzt.¹² Die Langfristigkeit des Vertrages hat für den Versicherungsnehmer den entscheidenden Vorteil, dass er gegen das Risiko einer dauerhaften Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abgesichert ist, da dies nicht wie bei kurzfristigen Verträgen zu einer Erhöhung seiner Versicherungsprämie führt. Des Weiteren ist die substitutive PKV nach Art der Lebensversicherung zu betreiben.¹³ Dies bedeutet, dass die Kalkulation nach dem Kapitaldeckungsverfahren erfolgt, um trotz altersbedingt stark steigender Gesundheitsausgaben eine - bei konstanten Rechnungsgrundlagen - im Lebenszyklus gleich bleibende Prämie zu ermöglichen. Daher ist die kalkulierte Versicherungsprämie zu Vertragsbeginn höher als zur Deckung der erwarteten Gesundheitsausgaben benötigt. Die überschüssigen Prämienbestandteile bilden einen Kapitalstock, die Alterungsrückstellung. Diese wird im Alter wieder abgebaut, wenn der Versicherte gemessen an den tatsächlichen Gesundheitsausgaben eine zu niedrige Prämie zahlt. Die folgende Abbildung veranschaulicht die dargestellten Zusammenhänge.

¹² Vgl. § 178i Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz.

¹³ Vgl. § 12 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz.



Krankheitskosten, Prämie und Alterungsrückstellung bei einem Vollkostentarif der PKV

Die Kalkulation der PKV ermöglicht daher bei konstanten Rechnungsgrundlagen gleich bleibende Versicherungsprämien. In der Realität bleiben die Rechnungsgrundlagen aber selbstverständlich nicht konstant: Krankenversicherungsverträge laufen häufig über mehr als 50 Jahre. In solchen Zeiträumen treten massive Änderungen in Behandlungsmöglichkeiten, Behandlungstechnologien und Behandlungskosten auf, die zu erheblichen Änderungen der Rechnungsgrundlagen führen. Diese werden nicht a priori in den Versicherungsprämien berücksichtigt, sondern durch Prämienanpassungen aufgefangen. Prämienanpassungen erfolgen, vereinfacht formuliert, wenn die tatsächlichen Gesundheitsausgaben um mehr als 10% von den kalkulierten Gesundheitsausgaben abweichen.¹⁴ In diesem Fall werden die Rechnungsgrundlagen aktualisiert und die Versicherungsprämien neu berechnet. In der Regel kommt es zu Prämien erhöhungen, wodurch für die Zukunft höhere Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen ausgelöst werden. Damit wird den *in der Vergangenheit beobachteten* Ausgabensteigerungen Rechnung getragen.

Für die folgende Diskussion über den Transfer von Alterungsrückstellungen ist es von grundlegender Bedeutung, das Krankheitskostenrisiko in seine einzelnen Komponenten zu zerlegen und zu überprüfen, wie diese Risiken im Rahmen der PKV den Vertragsparteien zugeordnet werden. Aus den vorhergehenden Ausführungen lassen sich gedanklich folgende vier unterschiedliche Komponenten des Krankheitsrisikos identifizieren:

¹⁴ Vgl. § 14 Kalkulationsverordnung in Verbindung mit § 12b Abs. 2 Versicherungsaufsichtsgesetz.

1. Das kurzfristige Krankheitskostenrisiko: Diese Risikokomponente umfasst die Abweichung der Krankheitskosten von ihrem erwarteten Wert innerhalb einer Periode. Dieses Risiko wird vom versicherten Kollektiv übernommen.
2. Die systematische, altersbedingte Erhöhung der Gesundheitsausgaben: Hierbei handelt es sich nicht um ein Risiko im eigentlichen Sinne, sondern um einen Sparvorgang. Die altersbedingte Erhöhung der Gesundheitsausgaben wird von den Versicherungsnehmern durch den Aufbau der Alterungsrückstellung vorfinanziert.
3. Das individuelle Prämienrisiko: Es bezeichnet das Risiko zukünftig steigender erwarteter Krankheitskosten infolge einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherungsnehmers. Dieses Risiko wird vom versicherten Kollektiv übernommen (Prämienversicherung). Die Mittel hierzu stammen ebenfalls aus der Alterungsrückstellung.
4. Das kollektive Prämienrisiko: Es umfasst sämtliche dynamische Risiken, die zu einer Änderung der Rechnungsgrundlagen führen. Ein prominentes Beispiel für dynamische Risiken sind höhere Gesundheitsausgaben aufgrund von medizinisch-technischem Fortschritt oder medizinischer Inflation. Ein weiteres und in dem hier behandelten Zusammenhang besonders wichtiges Beispiel für ein dynamisches Risiko ist eine unvorhergesehene Verschlechterung der Bestandsstruktur des versicherten Kollektivs. Diese entsteht beispielsweise dadurch, dass mehr Versicherungsnehmer als kalkuliert eine dauerhafte Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes erleiden oder sich überdurchschnittlich viele Risiken im Kollektiv befinden, die in Bezug auf neue kostenintensive Behandlungsmethoden besonders exponiert sind. Das kollektive Prämienrisiko wird ex post durch Prämienanpassungen vollständig von den Versicherungsnehmern getragen. Dies ist auch sinnvoll, da es sich hierbei ganz überwiegend um systematische Risiken handelt, bei denen keine Risikoausgleichseffekte im Kollektiv auftreten und eine Risikoübernahme durch das versicherte Kollektiv daher keinen Vorteil erbringen würde.¹⁵

Während die ersten drei Komponenten des Krankheitskostenrisikos wohlbekannt und in der Literatur ausführlich diskutiert wurden,¹⁶ spielt das kollektive Prämienrisiko bislang in der

¹⁵ Zudem wird das kollektive Prämienrisiko sowohl in der deutschen GKV wie auch bei den kurzfristigen Verträgen im amerikanischen Gesundheitssystem ebenfalls von den Versicherungsnehmern getragen. Von amerikanischen Autoren wird als Argument gegen langfristige Versicherungsverträge vorgebracht, dass Versicherer nicht in der Lage seien, das kollektive Prämienrisiko zu übernehmen, vgl. Cutler und Zeckhauser (2000), S. 628. Dieses Argument ist nicht besonders überzeugend, da Versicherungsnehmer auch bei langfristigen Verträgen das kollektive Prämienrisiko übernehmen können, wie das Beispiel der PKV zeigt.

¹⁶ Vgl. z.B. Meyer (1992), Cochrane (1995), Kifmann (2002), Baumann et al. (2004).

Diskussion über den Transfer von Alterungsrückstellungen keine Rolle, obgleich es der Schlüssel zur Ableitung eines konsistenten Transfersystems ist.

3. Zur Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen

Wechselt ein Versicherter sein Krankenversicherungsunternehmen, wird die vom ihm aufgebaute Alterungsrückstellung nach geltender Rechtslage nicht auf den neuen Versicherer übertragen, sondern vielmehr als Stornogewinn an das zurückbleibende Kollektiv vererbt. Der Wechsler muss daher in der Regel eine höhere Prämie in Kauf nehmen, denn er hat beim neuen Versicherer weniger Zeit, eine Vorfinanzierung seiner hohen Krankheitskosten im Alter (siehe Abbildung) zu leisten. Da die Alterungsrückstellung bereits nach relativ kurzer Vertragszeit eine beträchtliche Größenordnung erreicht, ist nach spätestens zehn Vertragsjahren ein Wechsel des Krankenversicherers selbst dann nicht mehr attraktiv, wenn das Angebot eines Konkurrenzanbieters den Bedürfnissen eines Versicherungsnehmers deutlich stärker entspricht.

Damit stellt sich die Frage, wie eine Transferregelung bei den Alterungsrückstellungen sinnvoll ausgestaltet werden kann. Eine nahe liegende Möglichkeit besteht darin, jedem Versicherungsnehmer seine rechnerische Alterungsrückstellung (RAR) mitzugeben, wie sie in der Abbildung dargestellt ist. Aus aktuarieller Sicht ist dies unproblematisch, denn der Aufbau der RAR stellt einen personenbezogenen Sparvorgang dar, der sich aus der Diskrepanz aus kalkulatorisch zugewiesenen Krankheitskosten und gezahlter Prämie ergibt.¹⁷ Im Vergleich zum Status Quo müsste lediglich auf die Rechnungsgrundlage Storno bei der Prämienkalkulation verzichtet werden, da bei einer Mitgabe der RAR keine Vererbungsgewinne für das Kollektiv mehr anfallen und daher auch bei der Kalkulation nicht prämiemindernd berücksichtigt werden können.

Die Übertragung der RAR hätte aber fatale ökonomische Folgen, die zu einem Marktversagen bei der PKV führen würden, da sich das individuelle Prämienrisiko bereits partiell realisiert hat: Während der Zugehörigkeit zum Krankenversicherungsunternehmen differenzieren sich die Versicherten hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes aus, d.h. es gibt Versicherte, deren Gesundheitszustand sich gut entwickelt, so dass sie in Zukunft voraussichtlich wenig Ausgaben verursachen (gute Risiken) sowie Versicherte, die zukünftig voraussichtlich überdurchschnittlich hohe Ausgaben verursachen (schlechte Risiken). Die Übertragung der RAR wäre aber offenbar nur für mittlere Risiken angemessen, also bei Versicherten, die voraussichtlich Gesundheitsausgaben in durchschnittlicher Höhe verursachen. Bei guten Risiken ist

¹⁷ Vgl. Milbrodt (2005), S. 137.

die RAR gemessen am zu erwartenden Ausgabenbedarf zu hoch, bei schlechten Risiken zu niedrig. Ohne die Übertragung von Alterungsrückstellungen ergibt sich daraus weder für Versicherte noch für Versicherer ein Problem; es findet ein „Ausgleich im Kollektiv“ statt. Genau dieser Ausgleich könnte aber bei Übertragung der RAR nicht mehr stattfinden, da die guten Risiken systematisch abwandern werden, weil bei ihnen gemessen am Gesundheitszustand ein zu hoher Geldbetrag transferiert wird. Die Folge wären *Risikoselektionseffekte*, die zu einem Zusammenbruch der Prämienversicherung führen würden. Versicherungsnehmer wären dann nicht mehr gegen die finanziellen Folgen einer nicht altersbedingten Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geschützt.

Die Übertragung der RAR führt somit zu gravierenden Selektionseffekten und ist daher kein geeigneter Transfermechanismus. Dann verbleiben folgende zwei Optionen für die Ausgestaltung eines Transfersystems in der PKV:

1. Es werden die RAR übertragen und gleichzeitig wird zur Vermeidung von Risikoselektion ein Finanzausgleichsmechanismus zwischen den Versicherern eingesetzt.
2. Die Alterungsrückstellungen werden gemäß des zum Wechselzeitpunkt bereits realisierten individuellen und kollektiven Prämienrisikos der Versicherungsnehmer differenziert. Dies führt zum Konzept der individuellen Alterungsrückstellung (IAR).

Bei der ersten Option wird bei einem Wechsel die RAR übertragen. Damit keine Selektionseffekte auftreten, muss ein Finanzausgleichssystem zwischen den beteiligten Krankenversicherungsunternehmen eingeführt werden, das Ausgabenunterschiede zwischen Versicherern, die auf unterschiedliche Bestandszusammensetzungen zurückzuführen sind, nivelliert. Ordnungspolitisch ist ein solcher Ansatz aus zwei Gründen wenig attraktiv: Erstens ist es sehr schwierig, den Anteil der Kostenunterschiede zwischen Versicherern zu bestimmen, der auf unterschiedliche Bestandszusammensetzungen zurückzuführen ist.¹⁸ Gelingt eine solche Abgrenzung jedoch nicht und werden auch Kostenunterschiede ausgeglichen, die nicht auf Bestands-effekten beruhen, entstehen Fehlanreize zu einem unwirtschaftlichen Verhalten für die beteiligten Unternehmen. Zweitens erfordert ein Finanzausgleichssystem eine Homogenisierung des Leistungsspektrums der Tarife. Damit wird eine wesentliche Funktion des Wettbewerbs, die Entwicklung und Durchsetzung von Produktinnovationen, ausgeschaltet.

Ein aktuelles Beispiel für die mit einem Finanzausgleichssystem verbundenen Probleme liefert die im aktuellen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vorgesehene Einführung eines Basistarifs mit Übertragung der RAR in der PKV:¹⁹ Der Basistarif stellt einen

¹⁸ Vgl. zu den Schwierigkeiten bei der Ausgestaltung von Finanzausgleichssystemen Breyer et al. (2005), Kap. 7.4.

¹⁹ Vgl. GKV-WSG (2007), Artikel 44.

Bruch mit dem individuellen Äquivalenzprinzip dar, da die Prämiengestaltung innerhalb dieses Tarifs nicht risikogerecht erfolgen soll.²⁰ Eine vom individuellen Äquivalenzprinzip abweichende Prämiengestaltung kann aber auf privaten Versicherungsmärkten nur durch regulative Eingriffe erzwungen werden. Insbesondere werden ein Kontrahierungszwang der Versicherer, ein einheitliches Leistungsspektrum sowie ein Finanzausgleich zwischen den Versicherern benötigt. Diese Eingriffe sind im Basistarif auch vorgesehen. Zudem soll bei einem Versichererwechsel die RAR des Basistarifs mitgegeben werden, um einen Wettbewerb zwischen den Versicherern zu ermöglichen. Es bleibt aber vollkommen unklar, welche Nutzen dieser Wettbewerb entfalten soll: Ein Leistungswettbewerb ist ausgeschlossen, da das Leistungsspektrum des Basistarifs fixiert ist. Auch ein Kostenwettbewerb zwischen den Krankenversicherungsunternehmen ist nicht zu erwarten, da der Finanzausgleich als ein ex post Ausgabenausgleich vorgesehen ist.²¹ Die vorgesehene Transferregelung führt daher letztlich die Gründe für die Einführung von Bestandskundenwettbewerb ad absurdum: Zentrale Wettbewerbsparameter wie der Preis und die Leistungsvielfalt werden ausgeschaltet, und Anreize zum effizienten Handeln werden nicht gesetzt. Die Wechselmöglichkeit zwischen Krankenversicherungsunternehmen verkommt damit zum reinen Selbstzweck, von der keine Effizienzsteigerung zu erwarten ist.

Darüber hinaus wird in dem Gesetz Risikoselektion nicht verhindert. Künftig soll bei einem Wechsel außerhalb des Basistarifs zu einem anderen Versicherer die RAR des Basistarifs mitgegeben werden.²² Der Finanzausgleich bezieht sich aber nur auf den Basistarif. Bei einem Wechsel außerhalb des Basistarifs kommt er nicht zum Tragen. Für ein gutes Risiko, das nicht im Basistarif versichert ist, kann aber die RAR des Basistarifs trotz seines i.d.R. geringeren Leistungsumfangs zu hoch sein, so dass diese Risiken zu einem anderen Versicherer abwandern werden und ein Selektionswettbewerb einsetzt, der die Absicherung des Prämienrisikos zumindest gefährdet.

Folgerung 1:

Die Übertragung der RAR in Kombination mit einem Finanzausgleichssystem, wie er im GKV-WSG vorgesehen ist, schafft zwar eine Wechselmöglichkeit für die Versicherten,

²⁰ Dies gilt zum einen für den sechsmonatigen Zeitraum im Anschluss an die vorgesehen Einführung des Basistarifs zum 1. Januar 2009. Zum anderen ist jeweils sechs Monate nach Eintritt der Versicherungsfreiheit jedem freiwillig Versicherten die Versicherung im Basistarif zu gewähren. Die Kalkulation des Basistarifs hat unternehmensübergreifend mit einheitlichen Rechnungsgrundlagen zu erfolgen; Mehraufwand durch Vorerkrankungen ist zwischen den Krankenversicherungsunternehmen auszugleichen, vgl. die vorgesehenen Änderungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes, des Versicherungsvertragsgesetzes sowie der Kalkulationsverordnung, GKV-WSG (2007), Artikel 43-45.

²¹ Dies geht implizit aus der Begründung zum Gesetz hervor, wonach eine Orientierung am Ausgleichsmechanismus des Standardtarifs vorgesehen ist, vgl. GKV-WSG-Entwurf (2006), S. 208. Beim Standardtarif werden Ausgaben der Krankenversicherungsunternehmen ex post nivelliert.

²² Vgl. GKV-WSG (2007), Artikel 44 Abs. 5.

schaltet aber zentrale Wettbewerbsparameter aus und ist daher nicht zielführend. Des Weiteren besteht die Gefahr, dass ein Selektionswettbewerb ausgelöst wird, der die Absicherung des Prämienrisikos innerhalb der PKV gefährdet.

Nachdem sich gezeigt hat, dass der momentan eingeschlagene Weg der Übertragung der RAR in Kombination mit einem Finanzausgleichssystem ordnungspolitisch keinesfalls zu empfehlen ist, verbleibt als zweite Möglichkeit die Übertragung einer IAR, bei der wechselnden Versicherungsnehmern je nach ihrem realisierten individuellen und kollektiven Prämienrisiko unterschiedliche Transferbeträge mitgegeben werden. Ökonomisch ist eine Mitgabe von IAR konsistent, wenn sie den zum Wechselzeitpunkt bekannten Risikostatus der Versicherungsnehmer berücksichtigt. Daher entspricht die Mitgabe der IAR dem individuellen Äquivalenzprinzip und hat damit den großen Vorteil, dass bei richtiger Bemessung der IAR keine Selektionseffekte auftreten können, da der unterschiedliche Risikostatus der Versicherungsnehmer durch die unterschiedliche Höhe der IAR kompensiert wird.

Bei der Ermittlung und Übertragung von IAR sind Informations- und Anreizprobleme zu lösen: Die zukünftigen Gesundheitsausgaben müssen vom abgebenden Versicherer in Abhängigkeit vom aktuellen Gesundheitszustand der Versicherungsnehmer geschätzt werden. Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass diese Schätzung nach bestem Wissen erfolgt. Dies wird aber nur dann der Fall sein, wenn die richtige Höhe der IAR verifizierbar und damit auch gerichtlich überprüfbar ist und/oder der abgebende Versicherer Anreize zu einer auf Basis seiner Schätzung korrekten Zuweisung der IAR hat.

Wir werden auf die Diskussion dieser Probleme noch ausführlich in Abschnitt 5 zurückkommen. Zunächst müssen aber konsistente Bestimmungsgrundsätze der IAR entwickelt werden. Die bisherigen Vorstellungen zur Ausgestaltung des Konzepts der IAR sind nicht hinreichend präzise, weil sie das von den Versicherungsnehmern zu tragende kollektive Prämienrisiko vernachlässigen. Daher wird zunächst von Schätzbarkeits- und Verifizierbarkeitsproblemen abgesehen.

4. Kollektives Prämienrisiko und konsistente Bestimmung der IAR

Die Funktion der Alterungsrückstellung in der PKV besteht, wie bereits erwähnt, darin, eine bei konstanten Rechnungsgrundlagen trotz altersbedingt steigender Gesundheitsausgaben gleich bleibende Versicherungsprämie zu ermöglichen. Hier setzt die Idee der IAR an: Einem Versicherungsnehmer ist die Differenz der Barwerte der zukünftig erwarteten Gesundheitsausgaben und der zukünftig erwarteten Prämieinnahmen als Alterungsrückstellung mitzugeben. Da sich die Risiken und damit die erwartete Differenz zwischen den Barwerten der

zukünftigen Gesundheitsausgaben und Prämieinnahmen im Zeitablauf ausdifferenzieren, wird jedem Versicherungsnehmer bei einem Versichererwechsel eine auf sein individuelles Risiko abgestimmte Alterungsrückstellung zugewiesen. Dies bedeutet beispielsweise, dass ceteris paribus einem Versicherungsnehmer, der während der Laufzeit seines Krankenversicherungsvertrages zu einem schlechten Risiko mutiert, eine höhere Alterungsrückstellung mitgegeben wird als einem guten Risiko, da die zukünftig erwarteten Gesundheitsausgaben bei einem schlechten Risiko höher als bei einem guten Risiko sind.

Es stellt sich damit die Frage nach der richtigen Bemessung der IAR. Zur Vermeidung von Selektionseffekten müssen sämtliche Risiken, die sich zum Wechselzeitpunkt bereits partiell realisiert und damit ausdifferenziert haben, bei der Bemessung der IAR berücksichtigt werden. Betrachtet man die in Abschnitt 2 abgeleiteten Komponenten des Krankheitsrisikos, so zeigt sich, dass eine solche Ausdifferenzierung der Risiken sowohl beim individuellen als auch beim kollektiven Prämienrisiko auftritt. Daher werden im Folgenden diese beiden Risikokomponenten hinsichtlich ihrer Implikationen auf die Berechnung der IAR separat genauer untersucht. Dabei werden das individuelle Prämienrisiko und seine Auswirkungen auf die Ausgestaltung einer Transferregelung für Alterungsrückstellungen nur kurz behandelt, da die Zusammenhänge in der Literatur bereits ausführlich behandelt wurden.²³

Das individuelle Prämienrisiko bezeichnet das Risiko zukünftig steigender erwarteter Krankheitskosten infolge einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherungsnehmers. Das Prämienrisiko differenziert sich im Zeitablauf aus: Bei einem Teil der Versicherten werden chronische Erkrankungen auftreten, die eine neue Prognose der erwarteten Gesundheitsausgaben und, sofern die chronischen Erkrankungen auch die Lebenserwartung beeinflussen, der erwarteten Einnahmen, notwendig machen. Dieses Risiko wird in der PKV vom versicherten Kollektiv übernommen (Prämienversicherung). Damit es bei der Mitgabe von Alterungsrückstellungen nicht zu Selektionseffekten kommt, die letztlich die Versicherung des Prämienrisikos unmöglich machen würden, muss das Prämienrisiko auch bei einem Wechsel vom versicherten Kollektiv getragen werden. Die IAR eines schlechten Risikos muss folglich die IAR eines guten Risikos desselben Kollektivs um einen Betrag übersteigen, bei dem beide Risiken bei einem Wechsel in einen vom Leistungsumfang vergleichbaren Tarif eines anderen Versicherers die gleiche Versicherungsprämie zahlen müssten.

²³ Insbesondere in den Arbeiten von Meyer (1992,1994,1997,1999,2001a,2001b,2004).

Folgerung 2:

Das individuelle Prämienrisiko wird in der PKV vom versicherten Kollektiv getragen. Daher müssen die IAR so ausgestaltet werden, dass alle Mitglieder eines versicherten Bestandes bei einem Wechsel in einen identischen Tarif von Konkurrenzanbietern dieselbe Prämie zahlen.

Das kollektive Prämienrisiko umfasst sämtliche Risiken, die zu einer Änderung der Rechnungsgrundlagen führen. Es wird durch Prämienanpassungen von den Versicherungsnehmern getragen. Für die Ausgestaltung der IAR wäre das kollektive Prämienrisiko bedeutungslos, wenn die Prämien stets unverzüglich an eine geänderte Risikosituation angepasst würden. Dies ist aber in der PKV nicht der Fall; vielmehr erfolgt eine Prämienanpassung nicht bei Manifestation der Risiken, sondern erst, wenn die Risiken kostenwirksam werden. Prämienanpassungen treten in der PKV regelmäßig auf, weil die in der Prämienkalkulation angesetzten Rechnungsgrundlagen Gesundheitsausgaben der Vergangenheit widerspiegeln. Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass absehbare Ausgabensteigerungen durch die RAR der Versicherten nicht gedeckt sind.

Welche Implikationen ergeben sich daraus für die Ermittlung der IAR? Eine wichtige Konsequenz besteht darin, dass die gesamte RAR (GRAR) eines Versicherers, also die Summe der RAR aller Versicherten, zu einem beliebigen Zeitpunkt in aller Regel nicht die Höhe hat, die sie bei einer Kalkulation unter Berücksichtigung künftiger Ausgabensteigerungen haben müsste. Eine solche „richtige“ GRAR ist eine fiktive Größe, deren Differenz zur tatsächlich vorliegenden GRAR die noch nicht vollzogene Anpassung der Rechnungsgrundlagen an absehbare Änderungen reflektiert. Sie ist somit Ausdruck des kollektiven Prämienrisikos, das sukzessive durch Prämienanpassungen von den Versicherungsnehmern getragen wird. Dies bedeutet aber, dass IAR so zu bestimmen sind, dass sich Versicherungsnehmer unvermeidlichen, aber noch nicht vollzogenen Prämienanpassungen nicht durch einen Wechsel ihres Versicherers entziehen können. Ansonsten käme es unvermeidlich zu Selektionseffekten, da Versicherungsnehmer wechseln werden, die einen Vertrag bei Versicherern mit hohem kollektiven Prämienrisiko haben.

Da Preissteigerungen im Gesundheitswesen und medizinisch technischer Fortschritt die Krankenversicherungsunternehmen unternehmensübergreifend betreffen, unterscheiden sich die Unternehmen hinsichtlich der Höhe des kollektiven Prämienrisikos insbesondere über die Risikostruktur des Kollektivs. Bei der Berechnung der IAR muss folglich neben dem Gesundheitszustand der Versicherten auch die Risikostruktur des Kollektivs berücksichtigt werden, um den Verbleib des kollektiven Prämienrisikos beim Versicherungsnehmer sicherzustellen.

Dieser Aspekt wurde in der Diskussion des Konzepts der IAR bislang vernachlässigt. Dies liegt vermutlich an einer Fehlinterpretation der Definition der IAR. Sie ergibt sich als Differenz eines individuellen Leistungs- und Prämienbarwerts. Dies suggeriert, dass bei der Bestimmung der IAR nur individuelle Größen eine Rolle spielen und das versicherte Kollektiv bei der Bestimmung der IAR vernachlässigt werden kann. Dabei wird jedoch übersehen, dass der Prämienbarwert aufgrund zukünftiger Prämienanpassungen von der Risikostruktur des Kollektivs abhängt.²⁴ Daher ist es notwendig, einem Versicherungsnehmer, der sich in einem Kollektiv mit ungünstiger Risikostruktur befindet, eine geringere Alterungsrückstellung mitzugeben als einem ansonsten identischen Versicherungsnehmer aus einem Kollektiv mit besserer Risikostruktur.

Folgerung 3:

Das kollektive Prämienrisiko wird in der PKV von den Versicherungsnehmern getragen. Daher müssen die IAR neben dem individuellen Gesundheitsrisiko auch dieses Risiko berücksichtigen, damit sich Versicherungsnehmer zukünftigen Prämienanpassungen nicht durch Wechsel ihres Versicherers entziehen können. Insbesondere folgt daraus, dass die IAR ceteris paribus umso geringer sein muss, je schlechter die Risikostruktur des Kollektivs ist.

Nachdem nunmehr geklärt ist, dass das kollektive Prämienrisiko des abgebenden Kollektivs bei der Bemessung der IAR zu berücksichtigen ist, stellt sich als nächstes die Frage, wie dies zu geschehen hat. Die Beantwortung ist erfreulich einfach: Die Differenz zwischen der vorhandenen GRAR und der beim aktuellen Informationsstand „richtigen“ GRAR ist von den Versicherungsnehmern durch spätere Prämienanpassungen zu tragen. Daher kann diese Differenz bei der Bemessung der IAR auch keine Berücksichtigung finden, da ansonsten das kollektive Prämienrisiko an den Versicherer überginge. Werden daher die IAR der einzelnen Versicherungsnehmer korrekt bestimmt, entspricht die gesamte IAR (GIAR), also die Summe der IAR über alle Versicherungsnehmer, der GRAR. Diese auf der Risikoallokation der PKV beruhende Gleichheit ist für die Diskussion des Konzepts der IAR von herausragender Bedeutung.

Die Zusammenhänge sollen an einem einfachen Beispiel verdeutlicht werden. Betrachtet wird ein Kollektiv, das aus zwei Versicherungsnehmern besteht. Die GRAR betrage 80.000 Euro. Die auf Basis des heutigen Informationsstandes „richtige“ Alterungsrückstellung sei

²⁴ Von Seiten der PKV wird gelegentlich argumentiert, dass eine Übertragung der IAR unmöglich sei, da diese einen kollektiven Charakter habe, vgl. Genett (2006), S. 63f. Zutreffend ist, dass eine Ermittlung der IAR ohne Betrachtung des versicherten Kollektivs nicht möglich ist. Unzutreffend ist dagegen die Schlussfolgerung, dass aus diesem Grund eine Übertragung der IAR nicht möglich sei.

100.000 Euro. Es besteht also ein Fehlbetrag bei der RAR von 20.000 Euro, der durch zukünftige Prämienanpassungen von beiden Versicherungsnehmern zu gleichen Teilen aufgebracht werden muss. Dieser Aspekt muss bei der Bestimmung der IAR berücksichtigt werden; für beide Versicherungsnehmer werden dann zusammen 80.000 Euro mitgegeben. Betrachten wir nun Versicherungsnehmer 1 und unterstellen, dass er zu einem anderen Versicherer in einen Tarif mit identischen Leistungsmerkmalen wechselt.²⁵ Die Auswirkungen des Wechsels auf die Versicherungsprämie hängen von der Risikostruktur des aufnehmenden Kollektivs ab. Besteht beim aufnehmenden Versicherer keine Differenz zwischen GRAR und „richtiger“ GRAR und sind daher zum Wechselzeitpunkt keine Prämienanpassungen absehbar, so muss der Versicherungsnehmer die 10.000 Euro Differenz zwischen mitgegebener und „richtiger“ IAR durch eine Prämienhöhung aufbringen. Dies stellt für ihn jedoch keinen Nachteil dar, da er durch den Wechsel zukünftige Prämienanpassungen mit identischem Barwert vermeidet. Umgekehrt führt der Wechsel zu einem Versicherer mit schlechterer Risikostruktur zunächst zu einer Prämienenkung, die aber durch zukünftig höhere Prämienanpassungen gerade kompensiert wird. Daher ist die Bestandsstruktur des aufnehmenden Versicherers für einen wechselnden Versicherungsnehmer irrelevant.²⁶

Folgerung 4:

Die Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos impliziert für eine konsistente Bestimmung der IAR zwingend, dass die GIAR der GRAR entspricht. Die Risikostruktur des aufnehmenden Kollektivs ist dann für wechselnde Versicherungsnehmer ohne Belang. Ein Wechsel zu einem Versicherer mit günstigerer (ungünstigerer) Risikostruktur hat eine Prämienhöhung (Prämienenkung) zur Folge, die aber durch geringere (höhere) Prämienanpassungen gerade kompensiert werden.

Fasst man die Überlegungen zum individuellen und zum kollektiven Prämienrisiko zusammen, so ergeben sich folgende zwingende Anforderungen an einen Bestimmungsmechanismus für IAR:

1. Die IAR muss nach dem Gesundheitszustand der Versicherungsnehmer abgestuft werden.
2. Die GIAR muss gerade der GRAR entsprechen.

²⁵ Diese Annahme dient nur zur Veranschaulichung der Zusammenhänge und ist keineswegs zwingend für einen Transfermechanismus. Es ist gerade ein entscheidender Vorteil der Übertragung der IAR im Vergleich zu einer Übertragung der RAR mit Finanzausgleich, dass ein Wechsel in Tarife eines anderen Versicherers mit unterschiedlichen Leistungsmerkmalen problemlos möglich ist.

²⁶ Dies gilt aber selbstverständlich nur zum Wechselzeitpunkt. Nach vollzogenem Wechsel ist der Versicherungsnehmer voll am kollektiven Prämienrisiko beteiligt.

Eine Ausgestaltung der IAR, die diese beiden Bedingungen erfüllt, sorgt dafür, dass die zum Wechselzeitpunkt bereits realisierten Risiken jeweils von der Partei getragen werden, der dieses Risiko innerhalb der PKV zugeordnet wird.

Durch die Abstufung der IAR nach dem Gesundheitszustand der Versicherungsnehmer wird erreicht, dass unterschiedliche Gesundheitsverläufe der Vergangenheit hinsichtlich ihrer Wirkung auf die zu zahlende Versicherungsprämie nivelliert werden und Versicherungsnehmer daher unabhängig von ihrem Gesundheitszustand unter gleichen Bedingungen wechseln können. Dies ist konsequent, weil das individuelle Prämienrisiko nicht von den Versicherungsnehmern sondern vom versicherten Kollektiv getragen wird.

Die Entsprechung von GIAR und GRAR bedeutet, dass die Realisation dynamischer Risiken, die noch nicht durch Prämienanpassungen berücksichtigt wurde, von den Versicherungsnehmern übernommen wird. Daher müssen Versicherungsnehmer aus Beständen mit ungünstiger Risikostruktur diesen bereits erlittenen Nachteil bei einem Wechsel realisieren, indem ihnen *ceteris paribus* geringere Alterungsrückstellungen mitgegeben werden.

Jede andere Ausgestaltung der IAR ist nicht mit dem System der PKV kompatibel, da sie zwangsläufig zu einer anderen Risikoallokation führen würde. Daher ist insbesondere die zweite Anforderung an die IAR, die in der Literatur bislang vollkommen vernachlässigt wird, von zentraler Bedeutung.²⁷ Würde man nämlich ausschließlich die erste Anforderung berücksichtigen und IAR allein nach dem individuellen Gesundheitszustand der Versicherungsnehmer abstufen, so könnten sich Versicherungsnehmer dem bereits realisierten kollektiven Prämienrisiko durch einen Wechsel entziehen. Dies würde dann dazu führen, dass das kollektive Prämienrisiko *de facto* von den Versicherern übernommen würde. Dies ist aber weder mit der Risikoallokation der PKV kompatibel noch ökonomisch sinnvoll, da systematische Risiken von den Versicherungsnehmern getragen werden sollten.

Zur Verdeutlichung sei als Beispiel ein extremes Kollektiv betrachtet, das ausschließlich aus schlechten Risiken besteht. Gemäß den beiden Anforderungen an die Ausgestaltung der IAR muss jedem Versicherungsnehmer bei einem Wechsel seine RAR mitgegeben werden, da das Kollektiv homogen ist und die GRAR verteilt wird. Ein Versicherungsnehmer würde dann bei einem Wechsel eine massive Prämienerrhöhung hinnehmen. Die Ursache für die Prämienerrhöhung ist aber nicht sein eigener schlechter Gesundheitszustand, sondern die schlechte Risikostruktur seines Kollektivs, die in seinen Risikobereich fällt und die er bei einem Verbleib durch Prämienerrhöhungen finanzieren müsste. Würde die IAR hingegen nur den individuellen Gesundheitszustand berücksichtigen, so erhielte der Versicherungsnehmer mehr

²⁷ Arbeiten, die sich mit der Bestimmung von Transferwerten beschäftigen, vernachlässigen das kollektive Prämienrisiko, siehe z.B. Meyer (2001a), Kniep (2004), Meier et. al (2004).

als die RAR, da er ein überdurchschnittliches Risiko darstellt. Er könnte dann ohne Prämien-erhöhung wechseln. Dies würde er auch zweifelsohne tun, da er sich dadurch den unvermeidlichen Prämienanpassungen entziehen könnte. Die GRAR des Versicherers wiederum würde nicht ausreichen, um die IAR der Wechsler zu finanzieren,²⁸ so dass er diese aus seinem Eigenkapital finanzieren müsste, falls er dazu in der Lage ist. Eine solche Mitgaberegung würde daher zu einem Risikoübergang beim kollektiven Risiko an den Versicherer führen.

Folgerung 5:

Ein mit dem System der PKV konsistenter Bestimmungsgrundsatz verlangt zum einen die Differenzierung der IAR nach dem Gesundheitszustand der Versicherungsnehmer, zum anderen aber auch eine Differenzierung nach der Risikostruktur des abgebenden Kollektivs. Diese spiegelt sich darin wider, dass die Summe der IAR eines Kollektivs der GRAR entspricht.

Ein konsistenter Zuweisungsmechanismus für die IAR weist die bereits realisierten Risiken jeweils der Partei zu, die dieses Risiko gemäß der Konstruktion der PKV zu tragen hat. Ein solcher Mechanismus verarbeitet somit die seit Vertragsabschluß neu gewonnenen Informationen über das individuelle sowie das kollektive Prämienrisiko perfekt und ermöglicht Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt, der nicht von Selektionsmotiven bestimmt ist und daher effizienzsteigernd wirken kann.

Mit diesem Ergebnis ist die Diskussion über die IAR zwar einen Schritt weiter, jedoch bleibt ein zentraler Einwand gegen die Einführung der IAR zunächst bestehen: Bislang wurde von Schätzbarkeits- und Verifizierbarkeitsproblemen abgesehen. Diese sind jedoch nach Ansicht von Kritikern der IAR so gravierend, dass eine Portabilität von Alterungsrückstellungen zwar grundsätzlich wünschenswert, aber nicht sinnvoll implementierbar ist.²⁹ Um diese Einwände zu würdigen, werden im folgenden Abschnitt die mit einer Mitgaberegung für IAR verbundenen Schätzbarkeits- und Verifizierbarkeitsprobleme näher untersucht. Dabei wird sich zeigen, dass Schätzbarkeitsprobleme einer Ermittlung von IAR nicht entgegenstehen. Die Verifizierbarkeitsprobleme sind dagegen grundsätzlich gravierend, jedoch bietet die in unserem Ansatz erfolgte konsistente Berücksichtigung des kollektiven Risikos zugleich eine Möglichkeit, das Verifizierbarkeitsproblem zu lösen.

²⁸ Von der Unabhängigen Expertenkommission wird darauf hingewiesen, dass im Fall einer schlechten Risikostruktur die berechnete IAR noch um Abzugsbeträge zu bereinigen ist, vgl. UEK (1996), S. 47. Andere Autoren vernachlässigen diesen Aspekt und diskutieren „Finanzierungsprobleme“ beim Konzept der IAR und schlechten Beständen, z.B. Bürger (2005), S. 87. Diese Beispiele belegen, dass bisher ein Konzept der IAR ohne Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos diskutiert wird, welches mit dem System der PKV nicht kompatibel ist.

²⁹ Zu diesem Ergebnis kommen nach ausführlicher Erörterung z.B. UEK (1996), Meier et al. (2004), VVG-Kommission (2004), Bürger (2005).

5. Schätz- und Verifizierbarkeitsprobleme bei der Bestimmung der IAR

Als Hauptkritikpunkt gegen eine Mitgabe der IAR wird angeführt, dass das Konzept nicht praktikabel implementierbar sei. Begründet wird dies mit Schätz- und Verifizierbarkeitsproblemen, wobei diese Probleme häufig vermischt werden. Da eine solche Vermischung der Präzision der Argumentation abträglich ist, werden im folgenden Schätz- und Verifizierbarkeitsprobleme getrennt untersucht.

Die Berechnung der IAR erfordert eine Prognose der Differenz zukünftiger Gesundheitsausgaben und zukünftiger Prämieinnahmen unter Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos, also absehbarer, aber noch nicht realisierter Prämienanpassungen. Dies ist ohne Zweifel eine anspruchsvolle Aufgabe und Kritiker, die sich auf das Schätzbarkeitsargument beziehen, bezweifeln, dass Krankenversicherungsunternehmen hierzu in der Lage sind.³⁰ Die Berechnung der IAR, so die Argumentation, könnte nur auf Basis einer langfristigen Ausgaben- und Einnahmenprognose erfolgen und diese sei aufgrund des erheblichen medizinisch-technischen Fortschritts im Gesundheitswesen seriös nicht möglich. Dieses Argument ist aber aus zwei Gründen nicht zutreffend:

1. Zukünftige Zahlungsströme können auch bei sehr schlechter Informationslage geschätzt werden. Probleme treten erst dann auf, wenn die Informationen asymmetrisch verteilt sind. Dies ist aber in diesem Fall nicht zu erwarten. Eine schlechte Informationslage verringert sogar tendenziell den Aufwand bei der Schätzung zukünftiger Zahlungsströme, da sie eine pauschale Bewertung erzwingt. Ein Beispiel hierfür liefert die Unternehmensbewertung etwa im Fall von Unternehmensübernahmen oder Aktienkursanalysen. Der Wert eines Unternehmens entspricht nach moderner Interpretation dem Wert seiner zukünftigen abdiskontierten Cash Flows.³¹ Eine auch nur ansatzweise differenzierte Prognose zukünftiger Cash Flows ist aber nur für wenige Jahre möglich. Daher wird in der Unternehmensbewertung in der Regel spätestens nach fünf Jahren eine grobe Pauschalierung vorgenommen und für die Cash-Flows eine konstante Wachstumsrate unterstellt. Dieses Beispiel belegt, dass eine Bewertung zukünftiger Zahlungsströme auch bei sehr schlechter Informationslage mit vertretbarem Aufwand möglich ist.

³⁰ Insbesondere der PKV-Verband zeigt sich dabei skeptisch, vgl. stellvertretend Greisler (2002), S. 103, siehe auch Behne (1995). Auch politische Kommissionen sehen hierin ein zentrales Problem, vgl. UEK (1996), S. 46f., VVG-Kommission (2004), S. 150.

³¹ Vgl. Brealey et al. (2005), Kapitel 4.

2. Das kollektive Prämienrisiko wird in der PKV von den Versicherungsnehmern getragen. Daher sind IAR auf Basis des heutigen Informationsstandes über Behandlungsmethoden, Behandlungskosten und Behandlungserfolg zu ermitteln. Bei der Schätzung der IAR ist die Berücksichtigung von zum heutigen Zeitpunkt nicht absehbaren Änderungen dieser Größen nicht notwendig, da es sich hier um dynamische Risiken handelt. Daher sind nur absehbare Änderungen der Rechnungsgrundlagen bei der Schätzung der IAR zu berücksichtigen. Solche Änderungen der Rechnungsgrundlagen durch zukünftige tarifspezifische Ausgabensteigerungen haben ihre Ursache in der Risikostruktur des Kollektivs in Verbindung mit der Preissteigerung von Gesundheitsgütern. Die Prämienkalkulation in der PKV geht von konstanten Preisen aus, tatsächlich steigen die Preise für Gesundheitsgüter aber seit Jahrzehnten stärker als die allgemeine Inflationsrate. Zukünftige Preissteigerungen machen sich aber bei schlechten Risiken aufgrund ihres höheren Konsums an Gesundheitsleistungen stärker als bei guten Risiken bemerkbar, so dass künftige Preissteigerungen geschätzt und bei der Berechnung der IAR berücksichtigt werden müssen. Dies ist aber problemlos möglich.³²

Folgerung 6:

Schätzbarkeitsprobleme stehen einem Transfermechanismus für IAR nicht im Wege, da zum einen eine Schätzung der relevanten Zahlungsströme auch bei schlechter Informationslage möglich ist. Zum anderen müssen Änderungen der Rechnungsgrundlagen bei der Schätzung nur berücksichtigt werden, wenn sie, wie etwa das Inflationsrisiko, einem erkennbaren Trend folgen.

Der zweite Einwand gegen eine Mitgabe der IAR ist gravierender. Er stellt nicht in Frage, dass Krankenversicherungsunternehmen prinzipiell in der Lage sind, die IAR zu schätzen, hält diese Schätzung aufgrund von Objektivierungsschwierigkeiten und Ermessensspielräumen bei der Festlegung der IAR aber für nicht intersubjektiv überprüfbar. Dies ist der Kern des Verifizierbarkeitsarguments.³³ Es besagt, dass ein Transferkonzept für IAR nicht implementierbar ist, weil kein sinnvoller Mechanismus existiert, der die Angemessenheit der mitgegebenen Alterungsrückstellung überprüft. Die Folge einer Mitgaberegeln wären zahllose gerichtliche Auseinandersetzungen um die objektiv richtige Höhe der IAR, wobei die Gerichte bei dieser Aufgabe überfordert seien, da die Höhe der IAR nur subjektiv nicht aber objektiv bestimmt werden könnte.

³² Vgl. hierzu Nell und Rosenbrock (2007), die zeigen, wie Inflationseffekte bei der Bemessung von Alterungsrückstellungen zu berücksichtigen sind.

³³ Vgl. Meier et al. (2004), S. 304.

In der Literatur werden verschiedene Ansätze zur Lösung des Verifizierbarkeitsproblems diskutiert. Denkbar sei beispielsweise der Einsatz unabhängiger Gutachter, um die Höhe der IAR zu fixieren. Weil Urteile solcher externer Stellen gerichtlich anfechtbar sind, besteht die Gefahr langwieriger Rechtsstreitigkeiten. Dadurch würde das Konzept der IAR unpraktikabel, denn potentielle Wechsler hätten zum beabsichtigten Wechselzeitpunkt keine Gewissheit hinsichtlich der Wechselbedingungen.³⁴ Des Weiteren werden verbindliche Algorithmen zur Bestimmung von IAR diskutiert. Neben zahlreichen praktischen Problemen bei der Fixierung solcher Algorithmen³⁵ besteht das gravierende Problem, dass Algorithmen mit Informationen zu Gesundheitszuständen gespeist werden müssen. Hierbei handelt es sich aber – insbesondere wenn es um die Schwere von Erkrankungen geht – um nicht verifizierbare Größen.³⁶ Auch ein einheitliches Diagnosesystem³⁷ kann offenbar die Ermessensspielräume in diesem Zusammenhang nicht ausräumen. Zusammengefasst leiden alle Ansätze zur Lösung des Verifizierbarkeitsproblems unter der Schwäche, dass sie die Verifizierbarkeit von de facto nicht verifizierbaren Größen implizit bereits voraussetzen. Daher können sie zur Lösung des Verifizierbarkeitsproblems nicht beitragen.^{38,39} Das Argument, dass die angemessene Höhe der IAR nicht verifizierbar sei, ist deshalb nicht von der Hand zu weisen. Es existieren weder für die Festlegung des Gesundheitszustandes der Versicherungsnehmer noch für die daraus resultierenden Konsequenzen für die zukünftigen Gesundheitsausgaben und die Lebenserwartung objektive Kriterien.

Folgerung 7:

IAR sind nicht objektivierbar, weil im Zusammenhang mit der Einschätzung und monetären Bewertung von Gesundheitszuständen zahlreiche Ermessensspielräume bestehen.

Dies führt dazu, dass die Angemessenheit der zugewiesenen IAR nicht verifizierbar ist.

Die fehlende Verifizierbarkeit der IAR hat die Konsequenz, dass die Krankenversicherungsunternehmen nicht gezwungen sind, die IAR auf Basis des zum angestrebten Wechselzeitpunkt aktuellen Informationsstandes nach bestem Wissen zu ermitteln (*faire IAR*), sondern sie

³⁴ Vgl. VVG-Kommission (2004), S. 152f.

³⁵ Vgl. Milbrodt (2004).

³⁶ Selbst wenn man davon ausgeht, dass die Diagnose chronischer Krankheiten annähernd zweifelsfrei möglich ist, verbleibt das Problem, die Schwere der Krankheit festzulegen. Dies ist bei vielen chronischen Erkrankungen nicht objektiv möglich.

³⁷ Wie von Dill vorgeschlagen, vgl. Rürup-Kommission (2003), S. 169.

³⁸ Meier et al. (2004) gehen daher von der Unlösbarkeit des Verifizierbarkeitsproblems aus und schlagen einen Mechanismus vor, bei dem jedem wechselwilligen Versicherungsnehmer lediglich die IAR eines guten Risikos mitgegeben wird. Allerdings werden die Transferwerte bei Meyer et al. allein anhand des „niedrigstmöglichen“ individuellen Prämienrisikos fixiert, ohne das kollektive Prämienrisiko zu berücksichtigen. Daher ist dieser Ansatz nicht mit der Risikoallokation der PKV kompatibel.

³⁹ Des Weiteren kommen die Vorschläge schon deswegen nicht in Betracht, weil die Höhe der IAR aufgrund des kollektiven Prämienrisikos nicht nur von Gesundheitszustand der Versicherungsnehmer sondern auch von seinem Kollektiv abhängt.

können andere Werte ansetzen, ohne dass dies sanktioniert würde. Dies bedeutet aber, dass die fehlende Verifizierbarkeit dann und nur dann ein Problem darstellt, wenn die Versicherer keinen Anreiz haben, von sich aus die faire IAR mitzugeben. Haben Krankenversicherungsunternehmen dagegen ein Eigeninteresse, die faire IAR auszuweisen, kann ein Transfermechanismus implementiert werden, bei dem die Bemessung der IAR den abgebenden Unternehmen überlassen bleibt.

Für eine abschließende Bewertung des Verifizierbarkeitsarguments ist es daher notwendig, sich mit der Anreizsituation eines abgebenden Versicherers zu beschäftigen. Bei Zuweisung der fairen IAR würde sich das abgebende Unternehmen neutral stellen. Aber warum soll das abgebende Unternehmen sich neutral stellen, wenn die Möglichkeit der Besserstellung existiert? Weist der Versicherer einem wechselwilligen Versicherten einen Betrag unterhalb der fairen IAR zu, erzielt es – sofern der Wechsel vollzogen wird – de facto einen Stornogewinn, und zwar in Höhe der Differenz aus fairer und zugewiesener IAR. Dies ist seitens des Versicherers eine risikolose Strategie. Wenn der Wechsel nicht vorgenommen wird, stellt sich das Kollektiv neutral wie bei der Zuweisung der fairen IAR. Darüber hinaus kann das Krankenversicherungsunternehmen weiterhin Deckungsbeiträge mit dem Versicherten erzielen.⁴⁰ Daher besteht ein systematischer Anreiz für abgebende Versicherer, weniger als die faire IAR mitzugeben.

Aus unseren Ergebnissen in Kapitel 4 lässt sich allerdings ein elegantes Anreizinstrument ableiten. Wird das kollektive Prämienrisiko richtigerweise bei der Konzeption der IAR berücksichtigt, so entspricht die GIAR der GRAR. Diese aus der Risikoallokation der PKV resultierende Gleichheit lässt sich als Restriktion formulieren, indem die Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet werden, einmal jährlich zu einem Stichtag allen Versicherten eines Kollektivs in Form eines Kontoauszugs die Höhe ihrer IAR mitzuteilen. Die Summe der zugewiesenen Werte hat dabei der GRAR zu entsprechen.⁴¹ Es kann dann ein auch im Hinblick auf die versicherungsmathematische Modellierung konsistenter Zuweisungsmechanismus implementiert werden, der jedem Versicherungsnehmer in einem ersten Schritt seine RAR zuweist. Um dem unterschiedlichen Gesundheitszustand der Versicherungsnehmer

⁴⁰ Die Höhe dieser Gewinne ist nicht ganz einfach zu beziffern, weil inhaltlich unterschiedliche Einflüsse zu erfassen sind. Zunächst einmal erwirtschaften Krankenversicherungsunternehmen Überschüsse, insbesondere durch einen Sicherheitszuschlag auf die Nettoprämie und Überzinsen auf vorhandene Alterungsrückstellungen. Diese Überschüsse fließen aber über verschiedene Umwege größtenteils an die Versicherten zurück. Für den Bilanzgewinn verbleibt dann nur ein kleiner Teil der Überschüsse.

⁴¹ Diese *Summenregel* wurde vom Kronberger Kreis als ein Anreizinstrument zur Lösung des Verifizierbarkeitsproblems vorgeschlagen, vgl. Kronberger Kreis (2002), S. 54. An gleicher Stelle wird allerdings als ein Problem des Ansatzes genannt, dass die GIAR und die GRAR im Regelfall nicht identisch seien. Bei Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos zeigt sich, dass die Summenregel und ein konsistenter Transfermechanismus identisch sind.

Rechnung zu tragen, werden in einem zweiten Schritt so genannte Neutralisierungsbeträge zugewiesen, die die je nach Gesundheitszustand unterschiedliche Differenz zwischen erwarteten Gesundheitsausgaben und erwarteten Prämieinnahmen der Kollektivmitglieder nivellieren. Dabei muss die Summe über sämtliche Neutralisierungsbeiträge null betragen, so dass

$$\text{GIAR} = \text{GRAR} + \sum \text{Neutralisierungsbeiträge} = \text{GRAR}.$$

Die Einhaltung dieser Summenregel ist leicht zu überprüfen, weil es sich bei der GRAR um eine fest stehende Größe handelt, die auch im Status Quo jährlich in der Bilanz auszuweisen ist.^{42,43}

Unter Berücksichtigung dieser Restriktion stellt sich die Anreizsituation eines abgebenden Versicherers anders dar: Weist ein Krankenversicherungsunternehmen einem Versicherungsnehmer eine nach eigener Einschätzung zu niedrige IAR zu, so muss es zwangsläufig einem oder mehreren Versicherungsnehmern mehr als die faire IAR zuweisen. Dies wäre aber keine sehr kluge Strategie, da Versicherer damit rechnen müssen, dass die Wechselbereitschaft der Versicherungsnehmer bei der Mitgabe überhöhter Alterungsrückstellungen stark ansteigen wird. Insbesondere ist zu erwarten, dass systematische Effekte in der Form, dass ein Krankenversicherungsunternehmen bestimmten Gruppen eine zu hohe IAR zuweist, um die IAR bei anderen Gruppen absenken zu können, nicht unentdeckt bleiben wird und die Realisierung von Arbitragegewinnen durch Wechsel des Versicherers zur Folge haben wird. Zur Vermeidung dieser Effekte ist es im eigenen Interesse des Versicherers, die IAR nach bestem Wissen auszuweisen.

Folgerung 8:

Die aus ökonomischer Sicht gegebene Entsprechung von GIAR und GRAR lässt sich als leicht überprüfbar Summenregel formulieren, wonach die Krankenversicherungsunternehmen zur Zuweisung der GRAR verpflichtet werden. Im Rahmen dieser Forderung werden die Versicherer die GRAR bei Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos im eigenen Interesse nach bestem Wissen auf die Kollektivmitglieder aufteilen. Die fehlende Verifizierbarkeit der IAR stellt daher kein Problem dar.

⁴² Die Wechselmöglichkeit sollte allerdings auf einen kurzen Zeitraum nach dem Stichtag begrenzt werden, um windfall-profits der Versicherungsnehmer zu vermeiden. Dies stellt keine nennenswerte Wettbewerbsbeschränkung dar.

⁴³ Der Einwand, dass die Bestimmung der IAR für nicht nur für wechselwillige sondern für alle Versicherungsnehmer eines Kollektivs einen unzumutbaren Aufwand darstellt, ist nicht überzeugend, da bei der Bemessung der IAR erhebliche Pauschalierungen vorgenommen werden können. Insbesondere wird eine Neubewertung des individuellen Prämienrisikos nur für die Versicherungsnehmer vorgenommen werden müssen, bei denen in der betreffenden Periode entweder eine Änderung des Risikostatus eingetreten ist oder die an Erkrankungen leiden, bei denen neue Therapieformen erkennbar sind, die zu einer Neubewertung der zukünftigen Gesundheitsausgaben führen. Des Weiteren ist der Einwand auch deswegen unzutreffend, weil eine isolierte Bestimmung der IAR für wechselwillige Versicherungsnehmer ohne Bestimmung der Risikosituation des Gesamtkollektivs aufgrund des kollektiven Prämienrisikos gar nicht konsistent möglich ist.

Nachdem gezeigt wurde, dass die Krankenversicherungsunternehmen aus eigenem Interesse die GRAR nach bestem Wissen auf die Versicherungsnehmer *aufteilen* werden, bleibt abschließend noch die Frage zu klären, ob Versicherer bei dieser Transferregelung Möglichkeiten und Anreize besitzen, eine zu niedrige GRAR *aufzubauen*.

Betrachten wir zunächst die Möglichkeiten von Versicherern zur Steuerung der GRAR. Die GRAR ergibt sich eindeutig aus den RAR der Versicherten, diese ergeben sich wiederum eindeutig aus den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation. Folglich kann die Höhe der GRAR über eine Variation der Rechnungsgrundlagen gesteuert werden, wobei für den Verlauf der Alterungsrückstellung der Rechnungszins, die Sterbewahrscheinlichkeiten und die Kopfschäden relevant sind.⁴⁴ Der *Rechnungszins*, welcher zur Abzinsung der in der Tarifkalkulation anzusetzenden erwarteten Zahlungsströme dient, ist in diesem Zusammenhang keine geeignete Steuerungsgröße. Der maximale Rechnungszins beträgt 3,5 Prozent, wovon die KVV auch seit jeher Gebrauch machen. Die Verwendung eines niedrigeren Rechnungszinses führt zu höheren RAR und ist daher hier unproblematisch.⁴⁵ Die *Sterbewahrscheinlichkeiten* sind ebenfalls keine geeignete Steuerungsgröße, da Abweichungen gegenüber den von der Deutschen Aktuarvereinigung herausgegebenen Sterbetafeln aufwendig begründet werden müssen.

Eine interessante Steuerungsgröße ist jedoch die Rechnungsgrundlage *Kopfschäden*. Sie spiegelt die jährlichen erwarteten Krankheitskosten einer Person über den Lebenszyklus wider und lässt sich in einen so genannten Grundkopfschaden und Profile zerlegen. Der *Grundkopfschaden* stellt die erwarteten Krankheitskosten einer 40-jährigen Person dar. Die altersabhängigen *Profile* sind Vielfache dieses Grundkopfschadens.⁴⁶ Die erwarteten Krankheitskosten einer x-jährigen Person lassen sich also darstellen durch Multiplikation des Profils des x-jährigen mit dem Grundkopfschaden. Der Verlauf der Profilkurve determiniert den Verlauf der RAR und ist damit zur Beeinflussung der Höhe der GRAR geeignet: Je flacher der unterstellte Profilverlauf ist, desto weniger Alterungsrückstellungen müssen rechnerisch gebildet werden. Des Weiteren haben die Unternehmen bei der Festlegung der Profile einen Entscheidungsspielraum. Es werden vom PKV-Verband zwar Musterprofile herausgegeben, es ist den Unternehmen jedoch freigestellt, eigene Profile zu verwenden.

⁴⁴ Im Status Quo sind des Weiteren Stornowahrscheinlichkeiten von Belang, weil die RAR bei Abwanderung des Versicherten an das zurückbleibende Kollektiv vererbt wird. Bei der Übertragung von IAR fallen keine Vererbungsbeiträge an, weil die IAR gerade so konzipiert ist, dass sich das zurückbleibende Kollektiv durch Wechsel des Versicherten weder besser noch schlechter stellt. Somit fällt die Rechnungsgrundlage Storno beim Konzept der IAR weg.

⁴⁵ Vgl. Milbrodt (2005), S. 68.

⁴⁶ Das Profil einer 40-jährigen Person beträgt dann offenbar 1. Jüngere Personen haben bei einem Vollkostentarif niedrigere, ältere Personen höhere Profile.

Die Frage, ob Krankenversicherungsunternehmen einen Anreiz haben, die GRAR durch die Verwendung unrealistisch flacher Profile zu niedrig auszuweisen, ist schwieriger zu beantworten. Bei wohlinformierten Versicherungsnachfragern erbringt eine solche Strategie offensichtlich keinen Vorteil, weil diese die durch die Verwendung flacher Profile induzierten zukünftigen Prämien erhöhungen antizipieren werden. Es ist aber fraglich, ob die Versicherungsnachfrager in der Lage sein werden, die Höhe der GRAR bei ihrer Nachfrageentscheidung zu berücksichtigen. Dafür spricht, dass sich die Höhe der gebildeten Alterungsrückstellungen recht einfach ermitteln und zwischen den Versicherern vergleichen lässt, so dass Informationsintermediäre die Versicherungsnachfrager mit den notwendigen Informationen versorgen können.

Des Weiteren existiert noch ein Disziplinierungsmechanismus, der die Unternehmen an einer starken Absenkung der GRAR hindert: Es wird schon aus juristischen Gründen kaum möglich sein, eine negative IAR zuzuweisen. Dies müssten Versicherer bei sehr niedriger GRAR aber regelmäßig tun, da ja die Summe der IAR der GRAR entspricht und die einzelnen IAR gemäß des individuellen Prämienrisikos abgestuft werden müssen. Die Bildung sehr niedriger GRAR hätte somit Selektionseffekte zur Folge, da für gute Risiken der Wechsel mit einer IAR von null attraktiv wäre. Diesen Selektionseffekten können die Unternehmen durch Bildung ausreichender GRAR entgegenwirken. Es ist daher nicht zu erwarten, dass eine Mitgabe der IAR dazu führt, dass die Krankenversicherungsunternehmen insgesamt zu geringe Alterungsrückstellungen bilden.⁴⁷

Sollte sich dennoch unerwartet herausstellen, dass die Krankenversicherungsunternehmen bei Einführung eines Transfersystems unzureichende GRAR aufbauen, so stellt dies kein größeres Problem dar. Denn zum einen kann dieser Effekt verhindert werden, indem die Musterprofile als verbindlich erklärt werden. Zum anderen geht es der Höhe der GRAR nur um die Abdeckung der systematischen, altersbedingten Erhöhung der Gesundheitsausgaben, also um einen reinen Sparvorgang. Dieser Sparvorgang ließe sich problemlos auch außerhalb der Krankenversicherungsunternehmen organisieren. Die Absicherung des individuellen Prämienrisikos, die das Problem bei der Absicherung des Krankheitskostenrisikos darstellt, ist hingegen von der Höhe der GRAR nicht betroffen.

⁴⁷ Genauso wie der Aufbau zu niedriger GRAR hätte die Kalkulation zu niedriger Risikozuschläge bei Verwendung angemessener Rechnungsgrundlagen die Konsequenz zukünftig starker Prämienanpassungen. Die Gefahr, dass Versicherer eine solche Strategie zum Bestandsaufbau wählen, ist aber erst recht im Status Quo ohne Wechselmöglichkeit gegeben. Deshalb ist dies als potentieller Einwand gegen ein Konzept mit Übertragung von IAR nicht überzeugend.

Folgerung 9:

Krankenversicherungsunternehmen können insbesondere durch Verwendung unternehmensindividueller Profile die Höhe der GRAR steuern. Es ist nicht abschließend zu klären, ob sie diesen Verhaltensspielraum zur Bildung von zu niedrigen GRAR ausnutzen werden. Sollte eine solche Tendenz zu beobachten sein, könnte ihr regulatorisch leicht entgegengewirkt werden. Die Umsetzung des hier vorgeschlagenen Transfermechanismus für die IAR wäre keinesfalls gefährdet.

6. Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Die ordnungspolitische Attraktivität privater Krankenversicherungsmärkte hängt entscheidend davon ab, ob sie eine Absicherung gegen das individuelle Prämienrisiko bei gleichzeitigem Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern bereitstellen können. Momentan schneiden dabei weder die privaten amerikanischen Krankenversicherer, die das individuelle Prämienrisiko nicht absichern, noch die deutsche PKV, bei der kaum Wettbewerb im Bestandskunden-segment existiert, gut ab. Der fehlende Wettbewerb in der PKV beruht darauf, dass nach geltendem Recht die Alterungsrückstellungen bei einem Versichererwechsel nicht portabel sind.

Daher liegt der Gedanke nahe, den Wettbewerb im Bestandskundensegment durch Mitgabe von Alterungsrückstellungen zu ermöglichen. Eine Mitgabe der RAR ohne begleitende Regulierungsmaßnahmen kommt nicht in Betracht, da sie zu gravierenden Selektionseffekten führen und eine Absicherung des individuellen Prämienrisikos unmöglich machen würde. Da zudem die notwendigen begleitenden Regulierungsmaßnahmen die effizienzsteigernden Wirkungen eines Wettbewerbs zwischen Krankenversicherern weitgehend zunichte machen würden, ist eine Übertragung der RAR nicht zu empfehlen. Dies gilt insbesondere für die im GKV-WSG vorgesehene Mitgaberegulierung der RAR, mit der weder ein sinnvoller Wettbewerb ermöglicht noch Selektionseffekte verhindert werden.

Attraktiver als die Mitgabe der rechnerischen Alterungsrückstellung ist die Verwendung von IAR, da sie potentiell Selektionseffekte verhindern können. Die bisher diskutierten Ansätze leiden darunter, dass das Konzept der IAR nicht präzise formuliert ist. Insbesondere wird bislang das kollektive Prämienrisiko vernachlässigt, das in der PKV von den Versicherungsnehmern getragen wird. Berücksichtigt man das kollektive Prämienrisiko bei der Ausgestaltung der IAR, gelangt man zwingend zu einer Mitgabesystematik, bei der die IAR nach dem individuellen Prämienrisiko differenziert werden und in ihrer Summe der GRAR entsprechen.

Diese konzeptionell richtige Ausgestaltung der IAR ermöglicht zugleich die Lösung des Verifizierbarkeitsproblems, welches bisher das zentrale Argument gegen eine Mitgabe der IAR war. IAR können zwar subjektiv geschätzt werden, sie sind aber aufgrund erheblicher Bewertungsspielräume nicht objektivierbar und können daher nicht sinnvoll interpersonell verglichen werden. Daher würde eine Mitgaberegeln ins Leere laufen, bei der die Versicherer ein Interesse hätten, die IAR ihrer Versicherten systematisch zu niedrig anzusetzen. Bei dem hier vorgestellten Ansatz ist dies jedoch nicht der Fall, da die Summe der GIAR fixiert ist und daher der Ausweis einer - gemessenen an den Einschätzungen eines Krankenversicherungsunternehmens - zu niedrigen IAR dazu führen würde, dass andere IAR zu hoch ausgewiesen werden müssten. Dies würde ein Krankenversicherungsunternehmen der Gefahr von Selektionseffekten aussetzen, so dass es aus eigenem Interesse die IAR nach bestem Wissen zuteilen wird. Des Weiteren ist auch nicht zu erwarten, dass die Mitgabe der IAR zu einer Absenkung der GRAR führen wird. Sollten alle oder einzelne Versicherer dennoch versucht sein, diesen Weg einzuschlagen, so kann dem sehr einfach entgegengewirkt werden.

Nachdem gezeigt wurde, dass die Übertragung von IAR möglich und wünschenswert ist, stellt sich die Frage, wie der Übergang vom Status Quo zu einem System portabler IAR gestaltet werden kann. In diesem Zusammenhang ist auf ein letztes Argument gegen die Portabilität von Alterungsrückstellungen einzugehen, das insbesondere in öffentlichen Diskussionen häufig vorgebracht wird. Es lautet, dass eine Mitgaberegeln abzulehnen sei, weil sie zu einer Erhöhung der Versicherungsprämien führen würde, da sich im Status Quo die Stornogewinne prämiemindernd auswirken. Als genereller Einwand gegen eine Mitgabe von Alterungsrückstellungen ist dieses Argument offensichtlich nicht stichhaltig: Den Stornogewinnen stehen finanzielle Nachteile in gleicher Höhe von Versicherungsnehmern gegenüber, die ihren Vertrag kündigen und ihre Alterungsrückstellungen im Status Quo zwangsweise an das Kollektiv vererben müssen. Die Gesamtheit der Versicherungsnehmer wird also eine Portabilität keineswegs schlechter gestellt. Des Weiteren gibt es auch kein sinnvolles Argument, warum die Mitglieder eines Versicherungskollektivs von dem Wechsel eines ihrer Mitglieder profitieren sollten.

Bezogen auf die Gestaltung eines Systemwechsels ist das Argument allerdings bedenkenswert. Momentan werden Stornogewinne bei der Kalkulation prämiemindernd berücksichtigt. Bei einem Systemwechsel müsste die Prämienkalkulation umgestellt werden, da die Stornogewinne entfallen würden. Dies dürfte, nicht zuletzt aus juristischen Gründen, für die bereits abgeschlossenen Verträge problematisch sein. Dies spricht dafür, den Systemwechsel allmählich zu vollziehen, indem die Mitgabe der IAR für das Neugeschäft eingeführt wird.

Für ein solches Vorgehen spricht auch, dass die Krankenversicherungsunternehmen eine Schätzung der IAR, die den momentanen Informationsstand verarbeitet, zwar grundsätzlich durchführen können, darauf aber momentan nicht vorbereitet sind, weil eine solche Schätzung im Status Quo nicht benötigt wird. Daher wäre es eine praktikable und politisch sinnvolle Strategie, die Übertragbarkeit der IAR für das Neugeschäft mit einem gewissen zeitlichen Vorlauf von beispielsweise einem Jahr einzuführen.

Mit der Einführung portabler IAR wäre die PKV ein ordnungspolitisch hochattraktives Modell zur Versicherung des Krankheitskostenrisikos. Es gewährleistet die Absicherung des individuellen Prämienrisikos bei gleichzeitigem Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt und ist zudem durch das Kapitaldeckungsverfahren weitgehend immun gegen demographische Verwerfungen. Dies ist deutlich mehr, als alternative Modelle leisten: Die private Krankenversicherung in den USA sichert das Prämienrisiko nicht ab und bietet damit nur hochgradig unvollständigen Versicherungsschutz. Die GKV in Deutschland sichert zwar das Prämienrisiko ab, sie kann aber nur einen sehr eingeschränkten Wettbewerb organisieren, da zur Vermeidung von Selektionseffekten ein weitgehend harmonisierter Leistungskatalog erforderlich ist. Zudem werden sich, solange kein perfekter Risikostrukturausgleich besteht, die gesetzlichen Krankenversicherer auch einen Selektionswettbewerb liefern, der keine effizienzsteigernde Wirkung besitzt. Des Weiteren ist die GKV momentan nicht auf die demographischen Veränderungen vorbereitet und es sind Zweifel angebracht, ob die Politik bereit und in der Lage sein wird, substantielle Maßnahmen wie etwa die Einführung altersabhängiger Prämien in der GKV einzuleiten.

Gegen ein um die Portabilität der IAR ergänztes PKV-Modell können sinnvoll allenfalls noch Verteilungsargumente ins Spiel gebracht werden. Aber hier stellt sich natürlich die Frage, warum es sinnvoll ist, Umverteilung über das Krankenversicherungssystem und nicht über das Steuersystem zu organisieren. Eine Umverteilung über die Krankenversicherung hat aber erhebliche negative Konsequenzen, da die Abweichung zwischen Prämienhöhe und erwarteten Krankheitskosten Selektionsanreize setzt, die zu einer starken Beeinträchtigung des Wettbewerbs führen. Ökonomisch spricht alles dafür, risikogerechte Prämien in der Krankenversicherung zuzulassen und diejenigen zu subventionieren, deren Prämien gemessen an ihrem Einkommen unzumutbar hoch sind. Daher ist die im GKV-WSG beschlossene Einführung eines Basistarifs mit Übertragbarkeit der RAR ein Schritt in eine ganz falsche Richtung, leitet sie doch einen Übergang der PKV in die Kalkulationsprinzipien der GKV ein.

Literatur

- Baumann, F., V. Meier und M. Werding (2004), Transferable Ageing Provisions in Individual Health Insurance Contracts, *CESifo Working Paper* No. 1116, München.
- Behne, J. (1995), Anmerkungen zu den Rechnungsgrundlagen in der deutschen Privaten Krankenversicherung, *Sozialer Fortschritt* 44(2), 38-44.
- Brealey, R.A., S.C. Myers und F. Allen (2005), *Principles of Corporate Finance*. 8. Auflage, McGraw-Hill Higher Education, Boston et al.
- Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann (2005), *Gesundheitsökonomik*. 5. Auflage, Springer, Berlin et al.
- Bürger, M. (2005), *Zum Wettbewerb um Bestandskunden in der kapitalgedeckten Privaten Krankenversicherung*. Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe.
- Cochrane, J.H. (1995), Time-Consistent Health Insurance, *Journal of Political Economy*, 103, S. 445-473.
- Cutler, D.M. und R.J. Zeckhauser (2000), The Anatomy of Health Insurance, in: A.J. Culyer und J.P. Newhouse (Hrsg.), *Handbook of Health Economics, Volume 1*. Elsevier, Amsterdam et al., 563-643.
- Fetzer, S. und B. Raffelhüschen (2005), Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 6(2), 255-274.
- Genett, T. (2006), Portabilität: Theoretisch untauglich, praktisch unmöglich, *PKV-Publik* 6/2006, S. 63-65.
- GKV-WSG-Entwurf (2006), *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)*, Drucksache 16/3100, Berlin.
- GKV-WSG (2007), *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)*, Drucksache 75/07, Berlin.
- Glied, S. (2000), Managed Care, in: A.J. Culyer und J.P. Newhouse (Hrsg.), *Handbook of Health Economics, Volume 1*. Elsevier, Amsterdam et al., 707-753.
- Greisler, P. (2002), *Reden zu Reformperiode der privaten Krankenversicherung*, PKV-Dokumentation 26, Köln.
- Kifmann, M. (2002), *Premium Risk in Competitive Health Insurance Markets*. Mohr Siebeck, Tübingen.
- Kniep, T. (2004), *Zur Portabilität der Alterungsrückstellung in der PKV – Eine Simulationsstudie*. Diplomarbeit, Universität Rostock.

- Kronberger Kreis (2002), J.B. Donges, J. Eekhoff, W. Franz, W. Möschel, M.J.M. Neumann und O. Sievert, *Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen*. Stiftung Marktwirtschaft, Berlin.
- Meier, V., F. Baumann und M. Werding (2004), Modelle zur Übertragung individueller Alterungsrückstellungen beim Wechsel privater Krankenversicherer, *ifo Beiträge zur Wirtschaftsforschung*, 14, München.
- Meyer, U. (1992), Zwei überflüssige Wettbewerbshemmnisse in der privaten Krankenversicherung, *Volkswirtschaftliche Diskussionsbeiträge*, 53, Universität Bamberg.
- Meyer, U. (1994), Gesetzliche Regelungen zu den Berechnungsgrundlagen der privaten Krankenversicherung, *Volkswirtschaftliche Diskussionsbeiträge*, 64, Universität Bamberg.
- Meyer, U. (1997), Langfristige Versicherungsverhältnisse in der Privaten Krankenversicherung, in: L. Männer (Hrsg.), *Langfristige Versicherungsverhältnisse: Ökonomie, Technik, Institutionen*. Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe, 177-201.
- Meyer, U. (1999), Die Vorschläge der Expertenkommission PKV, in: J. Basedow, R. Donath, U. Meyer, D. Rückle, H.-P. Schwintowski (Hrsg.), *Anleger- und objektgerechte Beratung Private Krankenversicherung: Ein Ombudsmann für Versicherungen*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 105-127.
- Meyer, U. (2001a), *Mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung durch Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung*, Internetabruf vom 12. Februar 2007, 18.15 Uhr unter <http://www.uni-bamberg.de/sowi/economics/meyer/forschung/Me-Wb.pdf>.
- Meyer, U. (2001b), Verbesserung des Wettbewerbs in der PKV durch Verstärkung der Wechseloption, in: Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.): *Zu den Wechseloptionen der PKV*, PKV-Dokumentation 25, Köln, S. 58-76.
- Meyer, U. (2004), *Sondervotum zum Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts bezüglich der Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung in der PKV*, Internetabruf vom 12. Februar 2007, 18.15 Uhr unter <http://www.uni-bamberg.de/sowi/economics/meyer/Sondervotum-Meyer.pdf>.
- Milbrodt, H. (2004), Wird es ernst? Zur Portabilität der Alterungsrückstellung in der PKV, *Der Aktuar* 10(4), 137-145.
- Milbrodt, H. (2005), *Aktuarielle Methoden der deutschen Privaten Krankenversicherung*. Schriftenreihe Angewandte Versicherungsmathematik, 34, Verlag Versicherungswirtschaft, Karlsruhe.
- Nell, M. und S. Rosenbrock (2007), Das Inflationsproblem bei der Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 96(1), erscheint im März 2007.

Rürup-Kommission (2003), Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme: Bericht der Kommission*, Internetabruf vom 12. Februar 2007, 18.15 Uhr unter http://www.dstgb.de/index_inhalt/homepage/index.phtml.

UEK (1996), Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter, *Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter*, Bundestagsdrucksache 13/4945, Bonn.

VVG-Kommission (2004), Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, *Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 19. April 2004*, Internetabruf vom 12. Februar 2007, 18.10 Uhr unter <http://www.bmj.de/media/archive/647.pdf>.

Working Papers on Risk and Insurance

- No 19: **Martin Nell, Stephan Rosenbrock**, Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen: Ein konsistenter Ansatz zur Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung, February 2007.
- No 18: **Martin Nell, Stephan Rosenbrock**, Das Inflationsproblem bei der Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung, August 2006.
- No 17: **Uwe Focht, Andreas Richter, Jörg Schiller**, Intermediation, Compensation and Tacit Collusion in Insurance Markets, March 2006.
- No 16: **Annette Hofmann**, Internalizing Externalities of Loss-Prevention through Insurance Monopoly: An Analysis of Interdependent Consumer Risks, November 2005.
- No 15: **Martin Nell, Philipp Pohl**, Wertorientierte Steuerung von Lebensversicherungsunternehmen mittels stochastischer Prozesse, November 2005.
- No 14: **Martin Nell, Andreas Richter, Jörg Schiller**, When prices hardly matter: Incomplete insurance contracts and markets for repair goods, January 2005.
- No 13: **Jörg Schiller**, Versicherungsbetrug als ökonomisches Problem: Eine vertragstheoretische Analyse, July 2004.
- No 12: **Martin Nell, Andreas Richter**, Catastrophic Events as Threats to Society: Private and Public Risk Management Strategies, January 2004, erscheint in: Frenkel, M., Hommel, U., Rudolf, M. (eds.): Risk Management: Challenge and Opportunity, 2nd ed., Berlin Heidelberg.
- No 11: **M. Martin Boyer, Jörg Schiller**, Merging Automobile Insurance Regulatory Bodies: The Case of Atlantic Canada, November 2003, erschienen in: Assurances et Gestion des Risques, 72. Jg. (2004), S. 57 – 89.
- No 10: **Martin Nell, Andreas Richter**, Improving Risk Allocation Through Cat Bonds, November 2002, erschienen in: The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice, 29. Jg. (2004), S. 183 – 201.
- No 9: **Klaus Bender, Andreas Richter**, Optimales Vertragsdesign bei moralischem Risiko in der Rückversicherung, October 2002, erschienen in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 92. Jg. (2003): S. 483 – 506.
- No 8: **Jörg Schiller**, The Impact of Insurance Fraud Detection Systems, October 2002.

- No 7: **Martin Nell, Jörg Schiller**, Erklärungsansätze für vertragswidriges Verhalten von Versicherungsnehmern aus Sicht der ökonomischen Theorie, May 2002, erschienen in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 91. Jg. (2002), S. 533 – 556.
- No 6: **Walter Karten**, Ökonomische Aspekte einer EU-Richtlinie zur Versicherungsvermittlung, January 2002, erschienen in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 91. Jg. (2002), S. 43 – 60.
- No 5: **Andreas Richter, Jochen Ruß**, Tax Arbitrage in the German Insurance Market, December 2001, erschienen in: Blätter der Deutschen Gesellschaft für Versicherungsmathematik, 25. Jg. (2002), S. 659 – 672.
- No 4: **Martin Nell**, Staatshaftung für Terrorrisiken?, Dezember 2001, erschienen in: ifo Schnelldienst, 54. Jg. (2001), Heft 24, S. 6 – 9.
- No 3: **Andreas Richter**, Moderne Finanzinstrumente im Rahmen des Katastrophen-Risk-Managements – Basisrisiko versus Ausfallrisiko, September 2001, erschienen in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 56. Jg. (2004), S. 99 – 121.
- No 2: **Martin Nell**, Managed Claims: Zur Notwendigkeit einer vertikalen Integration von Versicherungs- und Reparaturleistungen, August 2001, erschienen in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 53. Jg. (2001), 47. Sonderheft, S. 207 – 231.
- No 1: **Martin Nell, Andreas Richter**, The Design of Liability Rules for Highly Risky Activities – Is Strict Liability the Better Solution?, June 2001, erschienen in: International Review of Law & Economics, 23. Jg. (2003), S. 31 – 47.

For orders please contact / Kontaktadresse für Bestellungen:

Prof. Dr. Martin Nell

Geschäftsführender Direktor des
Instituts für Versicherungsbetriebslehre

Von-Melle-Park 5

D-20146 Hamburg

Tel.: +49-(0)40-42838-4014

Fax: +49-(0)40-42838-5505

Email: martin.nell@rrz.uni-hamburg.de

<http://www.uni-hamburg.de/ivb>

Mit freundlicher Unterstützung des
Vereins zur Förderung der Versicherungswissenschaft in Hamburg e.V.