

KRANKENVERSICHERUNG:

Die Alterungsrückstellung als Problem bei einer Neuordnung des Wettbewerbs in der privaten Krankenversicherung

In den vergangenen Jahren konnten die privaten Krankenversicherungen ihren Versichertenbestand stark ausbauen. Ihre Mitgliederzahl stieg in den letzten beiden Jahren u.a. als Folge des Gesundheits-Reformgesetzes um 737 Tausend Personen auf insgesamt 6,6 Millionen Versicherte an. Insgesamt waren damit mehr als 10 Prozent der Bevölkerung ausschließlich privatversichert¹. Eine vergleichbare private Vollversicherung existiert in Europa nur noch in den Niederlanden, wo rund 35 Prozent der Bevölkerung privatversichert sind. In den übrigen europäischen Ländern hat der private Krankenversicherungsschutz lediglich die Form einer Zusatzversicherung. Obgleich zahlreiche Bundesbürger die günstigen Tarife der privaten Krankenversicherung genutzt haben, ist deren Beitragspolitik zunehmend ins Gerede gekommen. Vor allem ältere Versicherte mußten in den letzten Jahren zum Teil drastische Prämien erhöhungen hinnehmen, da die in den Tarifen einkalkulierten Alterungsrückstellungen bei weitem nicht ausreichten, den Anstieg der Krankheitskosten abzudecken. Prämien erhöhungen von über 20 Prozent waren keine Seltenheit. Zur Beseitigung sozialer Härten ändern die privaten Krankenversicherungen nunmehr die Kalkulationsmethode für alle neuen und bis 1994 für alle bereits bestehenden Tarife. Gleichzeitig müssen sie damit rechnen, daß mit der Schaffung des europäischen Binnenmarktes in 1993 die bisherigen aufsichtsbehördlichen Regulierungen sowie die Sparten trennung des deutschen Krankenversicherungsmarktes aufgehoben werden. Neue Konkurrenten mit neuen Versicherungsangeboten könnten einen grundlegenden Wandel auf dem bisher wenig wettbewerbsintensiven Krankenversicherungsmarkt herbeiführen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Probleme sollen im folgenden die aus dem Ordnungsrahmen des Krankenversicherungsmarktes resultierenden Ursachen des Prämienanstiegs aufgezeigt sowie Ansätze zu einer wettbewerbsorientiert ausgerichteten Tarifierung erörtert werden.

■ Wulf-Dietrich Leber und Rüdiger Meierjürgen

Mangelnde Alterungsrückstellungen in der PKV

Zentrales Instrument im Modell der Preis- und Leistungskalkulation der privaten Krankenversicherer ist das Prinzip der versicherungstechnischen Äquivalenz. Im Gegensatz zur einkommensabhängigen Beitragsbemessung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden nach dem Prinzip der versicherungstechnischen Äquivalenz die auf Dauer konstanten Nettoprämien so bemessen, daß die über die Vertragsdauer zu erwartenden Gesamtnettoprämieinnahmen gleich dem Erwartungswert der zugehörigen Aufwendungen für Versicherungsleistungen sind. Die Tarifierung erfolgt im wesentlichen nach den Tarifmerkmalen Alter und Geschlecht. Auch können die Krankenversicherer durch Risikozuschläge Vorerkrankungen bei der Tarifierung berücksichtigen. Ein Sicherheitszuschlag in Verbindung mit einer Beitragsanpassungsklausel im Falle einer mehr als zehnpromzentigen Schadenssteige-

rung verhindert trotz eines Anstiegs der Heilkosten Verluste oder gar Insolvenzen von Krankenversicherungsunternehmen².

Da das Krankheitskostenrisiko mit steigendem Lebensalter zunimmt, die Nettoversicherungsprämie über die Laufzeit des Versicherungsvertrages konstant bleibt, werden Versicherte gemessen am Krankheitskostenrisiko in den jüngeren Lebensjahren überproportional, in den späteren Lebensjahren unterproportional belastet. Die in jüngeren Lebensjahren „zu viel“ gezahlten Beitragsanteile werden gemäß der versicherungsaufsichtsrechtlichen Kalkulationsvorschriften einer Alterungsrückstellung zugeführt und über die Laufzeit des Versicherungsvertrages abgebaut. Insgesamt belaufen sich die Alterungsrückstellungen derzeit auf ca. 25 Milliarden. DM³.

Die wiederholten Prämien erhöhungen der letzten Jahre, von denen insbesondere ältere Versichertengruppen betroffen waren, stehen in Widerspruch zu dem Anspruch, über alle Lebensperioden hinweg konstante Prämien zu

Dr. Wulf-Dietrich Leber, Berlin; Dr. Rüdiger Meierjürgen, Wuppertal

erheben. Das Modell einer über den gesamten Vertragszeitraum konstanten Versicherungsprämie ist weithin Fiktion; in der Praxis ziehen, bestimmt von unternehmenspolitischen Erfordernissen, immer mehr Elemente eines Umlageverfahrens in die Kalkulation der privaten Krankenversicherer ein. Die Alterungsrückstellung wird, wie die Schaffung der besonderen Rückstellung zeigt, allein nicht mehr ihrer Funktion gerecht, als ausgleichendes Korrelat zwischen statischer Versicherungsprämie und altersbedingtem Anstieg des Krankheitskostenrisikos zu wirken. Sie erlangt immer mehr den Charakter eines Sparkapitals, dessen Höhe über den Vertragszeitraum in keiner eindeutig bestimmbar Beziehung mehr zu dem Umfang des versicherten Risikos steht⁴.

Unternehmerische Marktstrategien verschärfen die Funktionsmängel des Kalkulationsverfahrens der privaten Krankenversicherung. Um im Neukundengeschäft attraktiv zu bleiben, werden neue Tarife angeboten, wodurch tendenziell die Mitgliederzahl in den Alttarifen verringert wird⁵. Die Alttarife „vergreisen“ zunehmend, weil die günstigen Risiken – sprich junge Versicherungsnehmer – nicht im erforderlichen Maße nachwachsen. Prämien erhöhungen und ggf. Tarifsanierungen sind zwangsläufig die Folge. Bisher mangelt es an einer wirksamen aufsichtsbehördlichen Kontrolle, die eine mißbräuchliche Schließung von Krankenversicherungstarifen verhindert⁶.

Die Tatsache, daß Prämien erhöhungen mit dem Alter inzwischen zum Regelfall in der privaten Krankenversicherung geworden sind, zeigt, daß offensichtlich in ungenügendem Maße Alterungsrückstellungen gebildet wurden. Berechnungen zufolge sind die Alterungsrückstellungen derzeit nicht einmal halb so hoch wie notwendig⁷. In der Presse wird dies bereits spöttisch kommentiert: „Wie wäre es, wenn die privaten Versicherer wenigstens ihren noch jungen Kunden raten würden, rechtzeitig Geld zurückzulegen, um im Alter die ihrem Risiko gemäße, höhere Prämie bezahlen zu können?“⁸

Ungenügende Reform des Kalkulationsmodells

Die breite Kritik an der Prämienpolitik der PKV hat die Versicherungsunternehmen inzwischen bewogen, das bisherige Kalkulationsmodell zu korrigieren. Die überproportionalen Belastungen der älteren Versicherten sollen künftig durch eine Änderung des Kalkulationsverfahrens abgebaut werden. Die Neuregelungen, die inzwischen als Anordnung des Bundesaufsichtsamts für das Versicherungswesen⁹ für alle Unternehmen verbindlich sind, treten ab 1991 für alle neuen und bis 1994 für alle bestehenden Tarife in Kraft. Im einzelnen ist durch folgende Maßnahmen geplant, die Prämien für Versicherte ab dem 65. Lebensjahr zu ermäßigen:

- Die Verwaltungskosten werden nicht mehr als fester Prozentsatz vom Beitrag, sondern als einheitlicher Betrag je Versicherten erhoben. Durch diese sofort wirk-

same Maßnahme sinkt die Prämie der älteren Versicherten um bis zu 10 Prozent.

- Die Alterungsrückstellungen werden jährlich um mindestens 1 Prozent erhöht. Dadurch können langfristig Beitragserhöhungen ab dem 65. Lebensjahr vermieden oder zumindest vermindert werden¹⁰. Die Beitragsentlastung der älteren Versicherten soll über eine Tarifierhöhung und einen Abbau der Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen finanziert werden.

Die beiden Maßnahmen vermitteln nicht den Eindruck einer versicherungsmathematisch exakten Korrektur bestehender Mängel. De facto entfernt sich das modifizierte Prämienkalkulationsmodell immer weiter von der ursprünglichen Kalkulationsmaxime der privaten Krankenversicherer, ex ante eine über den Vertragszeitraum konstante Prämie zu kalkulieren.

Durch die Modifikation des Prämienkalkulationsmodells mindern sich für ältere Versicherte die Prämien; ob dies allerdings auch dauerhaft zu stabilen Prämien führt, ist zweifelhaft und hängt von der Entwicklung des Krankheitskostenrisikos in den einzelnen Versicherungskollektiven sowie von den jeweiligen Prämienpolitiken der Krankenversicherer ab. Künftig wird es zudem für die privaten Krankenversicherungen ungleich schwieriger als in der Vergangenheit werden, „Altlasten“ auf die gesetzliche Krankenversicherung abzuwälzen. Früher wechselten oftmals privat Versicherte bei Erreichen der Altersgrenze in die preisgünstigere Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheits-Reformgesetz weitgehend ausgeschlossen¹¹.

Tarifgestaltung zur Marktabschottung

Die mangelnde Dynamisierung der Alterungsrückstellung ist nur eines der Probleme der gegenwärtigen Prämienkalkulation. Von gleicher ordnungspolitischer Brisanz ist die wettbewerbshemmende Ausgestaltung der Tarife. Da die Alterungsrückstellungen bei Vertragskündigung weder ausbezahlt noch übertragen werden, ist der Versicherte quasi lebenslang an ein Unternehmen gebunden. Nach den geltenden Vorschriften fällt die Alterungsrückstellung bei Tod oder Kündigung an die Versichertengemeinschaft; sie wird „vererbt“ und wirkt für die Versichertengemeinschaft prämiemindernd.

Da ein Versicherungsvertrag mit zunehmender Laufzeit des Versicherungsvertrages aufgrund der nach Lebensalter gestaffelten Einstiegstarife mit hohen Prämien erkaufte werden muß und somit fast ausgeschlossen ist, beschränkt sich der PKV-Wettbewerb weitgehend auf das Neukundengeschäft. Wettbewerb um bereits versicherte Kunden gibt es dagegen nur in geringem Maße. Die mit dem Schutze der Versicherten begründeten aufsichtsbehördlichen Regulierungen begrenzen den Wettbewerb auf ein bestimmtes Marktsegment und tragen damit zu

einer relativ geringen Wettbewerbsintensität auf dem Krankenversicherungsmarkt bei¹².

Die aufsichtsbehördlichen Regelungen¹³ sind durchaus im Interesse der etablierten Unternehmen. Die fehlende Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung ist eine hohe Zugangsbarriere, weil das Abwerben der Versicherten von etablierten Unternehmen aufgrund der hohen „Wechselkosten“ nahezu ausgeschlossen ist. Da also neue Versicherungen gezwungen sind, erst über Jahre hinweg einen Versichertenbestand über das Neukundengeschäft aufzubauen, ist der Markt durch die gegenwärtige Prämienregelung wirksam gegen Außenseiterkonkurrenz abgeschottet.

Die Geruhsamkeit des PKV-Marktes spiegelt sich u.a. in den verhältnismäßig starren Angebotskonstellationen zwischen 1980 – 1988 wider. In diesem Zeitraum hat sich die Zahl der PKV-Unternehmen kaum erhöht, was angesichts des Wachstumsmarktes „Gesundheit“ zu denken geben sollte. Erst mit der Diskussion um das Gesundheits-Reformgesetz und dem daraus resultierenden attraktiven „Neukundengeschäft“ wurde der private Krankenversicherungsmarkt für neue Anbieter interessant¹⁴.

So überraschend es klingen mag: Zum eigentlichen „harten“ Markt hat sich inzwischen die gesetzliche Krankenversicherung entwickelt. Da die Mehrheit der GKV-Mitglieder zumindest zwischen drei Kassen wählen kann, hat sich inzwischen ein Kassenwettbewerb herausgebildet, der an Intensität die vermeintlich „marktwirtschaftliche“ PKV bei weitem übertrifft¹⁵. Im Unterschied zur PKV kann in der GKV ein Versicherter in jedem Alter ohne finanzielle Verluste wechseln.

Die Wettbewerbsintensität in der PKV wird des weiteren gemindert durch die hohe Intransparenz hinsichtlich der künftigen Entwicklung von Prämien und Rückerstattungen. Sie erklärt, warum es den Krankenversicherern möglich war, einen relativ hohen Anteil der erzielten Überschüsse nicht an ihre Versicherten weiterzugeben¹⁶. Auch die Preisrelationen zwischen den einzelnen Unternehmen konnten sich im Zeitablauf durch unterschiedliche Prämienanpassungen und Beitragsrückerstattungen stark verschieben, ohne daß daraus entsprechende wettbewerbswirtschaftlich negative Folgen für die Krankenversicherer entstanden wären. Für den Versicherten wird der effektive Preis des Krankenversicherungsschutzes durch die unterschiedlichen Prämienanpassungen und Beitragsrückerstattungen zu einer stochastischen Größe, deren Höhe erst ex post sichtbar wird¹⁷.

Deregulierung im Rahmen des europäischen Binnenmarktes

Mit der Schaffung des europäischen Binnenmarktes zum 1.1.1993 können sich die wettbewerbswirtschaftlichen Rahmenbedingungen der privaten Krankenversicherungen grundlegend wandeln. Ein gemeinsamer Markt auch für

Finanzdienstleistungen würde sowohl eine EG-weite Bedingungs- und Tarifgenehmigung als auch die Aufhebung der spezifisch deutschen Regelung der Spartenrennung im Versicherungswesen zur Folge haben.

Die EG-Kommission hat Mitte 1990 mit ihrem Entwurf einer Dritten Schadenversicherungsrichtlinie¹⁸ die Weichen für eine Liberalisierung des privaten Krankenversicherungsmarktes gestellt. Danach soll künftig auf dem europäischen Binnenmarkt die Bedingungsgenehmigung durch eine systematische Vorlage ersetzt werden. Unternehmen müssen ihre Versicherungsbedingungen lediglich der Aufsichtsbehörde vorlegen; sie müssen jedoch keine ausdrückliche Genehmigung mehr abwarten. Auch ist im Rahmen der Tarifgenehmigung keine Vorlage der Rechnungsgrundlagen mehr vorgesehen; eine Beaufsichtigung soll nur noch über ein „allgemeines Preiskontrollsystem“ erfolgen. Schließlich soll die bisherige Spartenrennung, die den gleichzeitigen Betrieb einer Krankenversicherung mit anderen Versicherungszweigen untersagt, aufgehoben werden¹⁹. Eine endgültige Entscheidung über diesen aus Sicht der privaten Krankenversicherungen sehr einschneidenden Entwurf ist allerdings erst 1992 zu erwarten²⁰.

Im Falle der Verabschiedung des Entwurfs der Dritten Schadenversicherungsrichtlinie könnten somit ausländische PKV-Konkurrenten auf den deutschen Markt vordringen und über neue Tarifangebote den Wettbewerb intensivieren. In Deutschland würde ein dualer Krankenversicherungsmarkt mit unterschiedlichen Regelungsmechanismen und Anpassungsproblemen entstehen:

- der nach den strengen aufsichtsbehördlichen Vorschriften bestehende Teilmarkt mit Altverträgen und
- der sich nach den EG-Richtlinien entwickelnde Teilmarkt mit seiner weitaus geringeren Regulierungsdichte.

Im deregulierten Teilmarkt könnten Tarife ohne Alterungsrückstellung angeboten werden, so daß jüngere, gesunde Versicherte mit günstigeren Tarifen rechnen könnten. „Einperiodige“ Risikoversicherungen ohne jegliche einkalkulierte Alterungsrückstellung wären für jüngere Versicherte um rund 20 Prozent günstiger als die bisherigen Tarife²¹. Ältere Versicherte müßten dagegen aufgrund des höheren Krankheitskostenrisikos auch höhere Versicherungsprämien in Kauf nehmen. Als Folge der neuen Tarifangebote würden in den Alttarifen unter Umständen nicht mehr genügend Versicherte „nachwachsen“, so daß diese Tarife in zunehmendem Maße vergreisen. Prämien erhöhungen in den Alttarifen, die – wie die Erfahrungen der vergangenen Jahre gezeigt haben – tendenziell ältere Versicherte in stärkerem Maße als jüngere Versicherte belasten, wären beinahe zwangsläufig die Folge.

Sozialpolitische Grenzen freier Tarifgestaltung

Die private Krankenversicherungswirtschaft hat bereits mehrfach in Brüssel interveniert, um die Deregulierung aufzuhalten. Dabei ist aus ordnungspolitischer Sicht zu

fragen, ob es sich bei den Interventionen der PKV um die üblichen Lobbyaktivitäten zur Marktabschottung handelt oder ob es gute Gründe für eine Beibehaltung der gegenwärtigen Regelungen gibt.

Bei der Beantwortung dieser Frage ist von entscheidender Bedeutung, daß die PKV in der Bundesrepublik als Vollversicherung betrieben wird und für über 10 Prozent der Bevölkerung den ausschließlichen Versicherungsschutz gegen Krankheitsrisiken darstellt. Eine vergleichbar umfassende private Vollversicherung gibt es lediglich in den Niederlanden. Anders als das deutsche Sozialrecht kennt das niederländische Recht jedoch keinen Wettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung.

Grundsätzlich ist eine größere Variationsbreite in der Tarifgestaltung zu begrüßen. Wenn die private Versicherung in Deutschland jedoch eine Art Ersatzfunktion für die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung hat, dann kann das Urteil über die Tariffreiheit auch anders ausfallen. Sozialpolitisch ist es wenig sinnvoll, Versicherten die Möglichkeit des Abschlusses von einperiodigen Risikoversicherungen einzuräumen, deren Prämien sie mit steigendem Lebensalter nicht bezahlen können. Die Prämienzahlungen müßten im Alter für eine nicht unbeträchtliche Personenzahl von der Sozialhilfe übernommen werden. Es wäre also lohnend in jungen Jahren billige Tarife ohne Vorsorge zu wählen und das Krankheitsrisiko im Alter durch die sozialen Sicherungssysteme finanzieren zu lassen²².

Die Mehrbelastungen würden neben der Sozialhilfe vor allem in der gesetzlichen Krankenversicherung anfallen. Schon in der Vergangenheit ist es zu erheblichen Disparitäten gekommen, weil Versicherte in jungen Jahren die preisgünstige PKV gewählt haben und später die Leistungen der GKV in Anspruch genommen haben²³. Das Gesundheits-Reformgesetz hat versucht, solche Belastungen durch den Grundsatz „Einmal privatversichert – immer privatversichert“ künftig zu vermeiden. Aller Regelungsdichte zum Trotz ist es aber immer noch möglich, seine Erwerbsbiographie so zu gestalten, daß die Rückkehr in die gesetzliche Pflichtversicherung möglich ist. Je weniger Alterungsrückstellungen die Tarife enthalten, desto attraktiver wird der Weg, in jungen Jahren privat und erst später gesetzlich versichert zu sein.

Im Bereich der Zusatzversicherung ist die „Tarifautonomie“ unproblematisch. Ähnlich wie in den meisten anderen Staaten der EG, in denen die private Krankenversicherung lediglich ergänzende Funktion ausübt, hat die freie, an den Präferenzen der Versicherten orientierte Tarifierung ihre Berechtigung. Können Versicherte die Prämien nicht mehr entrichten, verlieren sie lediglich die Zusatzleistungen des privaten Krankenversicherungsschutzes, nicht aber den Anspruch auf die Pflichtleistungen des öffentlichen Gesundheitssystems.

Kurzum: Eine Deregulierung des Krankenversicherungsmarktes, wie sie die EG-Kommission vorschlägt,

würde im deutschen PKV-Markt die Wettbewerbsintensität erhöhen, sie ginge aber im Bereich der Vollversicherung zu Lasten des sozialen Netzes.

Wenn die private Versicherung in der Bundesrepublik weiterhin als Substitut für eine gesetzliche Versicherung fungieren soll, muß sichergestellt sein, daß die Tarifgestaltung ausreichende „Vorsorgeelemente“ für das mit dem Alter steigende Krankheitsrisiko enthält. Dies erfordert eine wirksame aufsichtsbehördliche Kontrolle, die sich sowohl auf die Genehmigung der Versicherungsbedingungen als auch auf die Tarifikalkulation erstreckt. Die Vorstellungen der EG-Kommission, die lediglich eine Aufsicht nach dem Grundsatz der Sitzlandkontrolle vorsehen, sind damit nicht vereinbar. Im bundesdeutschen Sonderfall muß die Zulassung zum Geschäftsbetrieb und die Tarifgenehmigung weiterhin durch die Aufsichtsbehörde des Tätigkeitslandes erfolgen, und diese muß mit wirksamen Sanktionsinstrumenten ausgestattet sein, um Verstöße gegen nationale Schutzvorschriften zu verhindern. Dazu gehört allerdings auch, daß das Aufsichtsamts künftig die Schließung von Krankenversicherungstarifen wirksamer als bisher kontrolliert und sozial unangemessene Prämien erhöhungen verhindert²⁴.

Das Problem mangelnder Wettbewerbsintensität auf dem Krankenversicherungsmarkt kann also über eine Deregulierung im Zuge der Schaffung des europäischen Binnenmarktes nicht gelöst werden.

Mehr Wettbewerb durch Übernahme der Alterungsrückstellung bei Versicherungswechsel

Da eine Abschaffung der Alterungsrückstellung keine adäquate Lösung für das bundesdeutsche Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung darstellt, muß die Wettbewerbsintensität auf anderem Wege hergestellt werden. Dazu wird seit langem eine Änderung des Kalkulationsverfahrens diskutiert, um eine Übertragung der Alterungsrückstellung bei Versicherungswechsel vorzuschreiben und so den Wechsel von bereits (länger) versicherten Personen zu anderen Versicherungsunternehmen zu ermöglichen.

Wie bereits erwähnt, wird die Alterungsrückstellung nach den gegenwärtigen Regelungen bei Vertragskündigung weder ausbezahlt noch übertragen, sondern an die Versicherungsgesellschaft „vererbt“. Das Prinzip der Vererbung bei Stornierung der Verträge ermöglicht niedrigere (Eingangs-)Prämien zu Lasten der Versicherungswechsler. Würde man die Alterungsrückstellung auszahlen, so käme es dementsprechend zu erhöhten Eingangstarifen²⁵. Die gegenwärtige Regelung stellt eine Art „Prämienfalle“ dar: Sie ermöglicht niedrige Einstiegsprämien, nimmt aber dem Versicherten später die Freiheit, ein anderes Unternehmen zu wählen.

Im wesentlichen wären zur gegenwärtigen Regelung zwei Alternativen denkbar:

1. Auszahlung der Alterungsrückstellung bei Stornierung. Eine solche Regelung findet sich im Bereich der Lebensversicherung. Dort gibt es einen Rückkaufwert in Höhe des angesparten Kapitalstocks. Anders als bei der Lebensversicherung kann für den Bereich der Krankenversicherung jedoch ein Interesse der Allgemeinheit am Weiterbestehen eines Versicherungsvertrages angenommen werden. Es wäre sozialpolitisch zumindest nicht förderungswürdig, wenn die Versicherten zur Finanzierung kurzfristiger Konsumwünsche ihren Krankenversicherungsschutz auflösen würden. Dieser Nebeneffekt wird bei der zweiten Alternative vermieden.
2. Übernahme der Alterungsrückstellung. Bei Versicherungswechsel könnte die gebildete Alterungsrückstellung an das neugewählte Versicherungsunternehmen übertragen werden. Eine solche Regelung gibt es im Bereich der betrieblichen Alterssicherungssysteme (Pensionsanwartschaften) bei Unternehmenswechsel des Arbeitnehmers. Wird die Alterungsrückstellung übertragen, hat der Versicherungswechsler nicht die hohen Eingangstarife des neuen Versicherers zu zahlen, und ein Wechsel wäre ohne wesentliche finanzielle Verluste möglich.

Wenn ein Transfer der Alterungsrückstellung bei Versicherungswechsel auf das neugewählte Versicherungsunternehmen möglich ist, entsteht die Gefahr negativer Risikoselektionsprozesse, die die Stabilität des Versicherungsmarktes gefährden. Wechselmöglichkeiten haben gegenwärtig nur die guten Risiken, weil andere Versicherte von den neuen Unternehmen nicht oder nur zu prohibitiv hohen Prämien versichert werden. Wandern jedoch nur die guten Risiken ab, so würde sich der Bestand teurer Versicherer weiter verschlechtern und damit weitere Prämien erhöhungen notwendig machen. Hierdurch könnte ein „circulus vitiosus“ in Gang gesetzt werden, der letztlich in der Zahlungsunfähigkeit des Krankenversicherungsunternehmens mündet. Mit der Schaffung einer übertragbaren Alterungsrückstellung allein ließe sich daher nur schwer ein funktionsfähiger Wettbewerb mit ausreichendem Verbraucherschutz realisieren.

Die Gefahr negativer Risikoselektionsprozesse könnte gleichwohl entscheidend gemindert werden, wenn im Bereich der Vollversicherung ein Kontrahierungszwang eingeführt würde. Dann könnten auch schlechte Risiken nicht abgelehnt werden und die Versicherung wechseln, so daß Marktinstabilitäten vermieden werden²⁶. Ein Kontrahierungszwang ist durchaus vereinbar mit Wettbewerb, wie der Bereich der Kfz-Versicherung zeigt²⁷. Wenn die PKV für sich in Anspruch nimmt, mit ihrem Angebot auch eine soziale Funktion wahrzunehmen, so dürften sie sich einer Verpflichtung zum Vertragsabschluß nicht entziehen.

Die Einführung einer übertragbaren Alterungsrückstellung setzt auch künftig aufsichtsbehördliche Regulierungen voraus; eine Liberalisierung der Kalkulationsvorschriften im Zuge der Schaffung des europäischen Binnenmarktes würde a priori die Umsetzung des Kon-

zeptes verhindern. Hinzu kommt, daß auch mit einer übertragbaren Alterungsrückstellung ein grundlegender Funktionsmangel des Kalkulationsverfahrens privater Krankenversicherungen nicht behoben werden kann. Eine übertragbare Alterungsrückstellung löst nicht das Problem, den Krankheitskostenanstieg über den Vertragszeitraum ex ante korrekt zu bestimmen.

Fazit

Wettbewerb als wesentliche Antriebskraft in einer marktwirtschaftlichen Ordnung kommt bisher auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt nur begrenzt zur Entfaltung. Dies ist vor allem eine Folge der gegenwärtigen Kalkulationsvorschriften, die keine Übertragung der Alterungsrückstellung bei Versicherungswechsel vorsehen. Die starke aufsichtsbehördliche Regulierung konnte indes nicht garantieren, daß die private Versicherungswirtschaft ihrem Kalkulationsgrundsatz folgt, Versicherungsschutz bei im Lebensablauf konstanten Prämien zu bieten. Der längerfristige Erfolg des Versuches, über eine Modifikation der Kalkulationsvorschriften, ältere Versicherte zu entlasten, ist ungewiß und trägt nicht dazu bei, die Wettbewerbsintensität auf dem Krankenversicherungsmarkt zu erhöhen.

Mit der vorgesehenen Aufhebung der Bedingungs-, Tarifierungsgenehmigung und Spartenrennung im Zuge der Schaffung des europäischen Binnenmarktes würden sich die Rahmenbedingungen der privaten Krankenversicherung grundlegend wandeln. Die geringere Regulierungsdichte würde potentiell eine höhere Wettbewerbsintensität begünstigen, zugleich Tarifangebote ohne Alterungsrückstellung ermöglichen.

Private Krankenversicherungstarife ohne Vorsorgeelement für die im Alter steigenden Krankheitskosten gingen in der Bundesrepublik Deutschland, wo über 10 Prozent der Bevölkerung nicht gesetzlich versichert sind, zu Lasten der sozialen Sicherungssysteme. Die Belastung ist um so größer, je mehr es aufgrund günstiger Tarifangebote für junge Versicherte lohnt, zunächst privat und später gesetzlich bzw. über die Sozialhilfe abgesichert zu sein. Im Bereich der Vollversicherung verlangen die Wechselbeziehungen zu den sozialen Sicherungssystemen deshalb keinen Abbau sondern einen Ausbau des Instrumentes der Alterungsrückstellung und damit auch eine konsequente nationale Aufsichtspolitik²⁸. Sie muß garantieren, daß Versicherungsunternehmen nicht – wie bisher – mit Tarifangeboten auf den Markt kommen, bei denen absehbar zu geringe Alterungsrückstellungen gebildet werden. Sie sollte des weiteren einer marktwirtschaftskonformen Tarifierung zum Durchbruch verhelfen, die durch eine übertragbare Alterungsrückstellung auch einen Versicherungswechsel im Alter erlaubt. Mehr Wettbewerb in der PKV kann also im bundesdeutschen System nicht durch Wegfall sondern durch Übertragbarkeit und konsequentere Kalkulation der Alterungsrückstellung erreicht werden.

Fußnoten

- 1 Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung: Die private Krankenversicherung im Jahre 1990, Rechenschaftsbericht, Köln 1991, S. 28 ff.
- 2 Vgl. Bohn, K.: Die Mathematik der deutschen Privaten Krankenversicherung, Karlsruhe 1981.
- 3 Vgl. Fromme, H.: Positive Entwicklung offenbar beendet, in: Die Neue Ärztliche vom 9.11.1990.
- 4 Vgl. Pokora, H.-J.: Das Problem des dynamischen Versicherungsschutzes in der privaten Krankheitskostenversicherung, Inaugural-Dissertation, Köln 1971, S. 162.
- 5 „Die im Wettbewerb notwendige Verbesserung des Leistungsangebots sorgt zudem dafür, daß ein Tarif im Durchschnitt eine Lebensdauer von etwa 10 Jahren hat. Dann wird er 'geschlossen', d.h. nicht mehr angeboten. Irgendwann heißt das für die in diesem Tarif Versicherten, daß sie in einen 'zeitgemäßerem', dann aber auch meist teureren Tarif wechseln müssen“. Aussagen von H.G. Timmer (DKV), zitiert nach Süddeutsche Zeitung vom 3.7.1991: Private Krankenversicherung wird teurer.
- 6 Vgl. Deregulierungskommission: Marktöffnung und Wettbewerb, Erster Bericht: Deregulierung als Programm; das Versicherungswesen, das Verkehrswesen, 1990, unveröffentlicht, Ziffer 104, S. 91.
- 7 So kommt z.B. Felderer schon für das Jahr 1982 zu einer erheblichen Diskrepanz: „Die Gesamalterungsrückstellung der PKV hätte demnach 1982 49,1 Milliarden DM und bei Abstraktion von Arbeitslosigkeit immer noch 48,9 Milliarden DM betragen müssen. Die tatsächliche Alterungsrückstellung des Jahres 1982 liegt dagegen bei 11,83 Milliarden DM.“; vgl. Felderer B.: Demographische Entwicklung, Nettoprämie und Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung, in: Versicherungswirtschaft 17/1989, S. 1118-1124, hier: S. 1122.
- 8 Aus dem Kommentar „Altersrisiko“ in der FAZ vom 9.3.1991.
- 9 Die Reform der Kalkulationsvorschriften wurde von der PKV erarbeitet und der Öffentlichkeit im Februar 1991 vorgestellt. Die Anordnung des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen erging im April 1991.
- 10 Nach Modellrechnungen der PKV wird die Beitragsentlastung bei einem Eintrittsalter von jetzt 30 Jahren und einer unterstellten jährlichen Kostensteigerung im Gesundheitswesen von drei Prozent im 65. Lebensjahr des Versicherten 37 Prozent betragen. Je älter der Versicherte ist, desto geringer wird dieser Effekt. Vgl. „Private Krankenversicherung für Ältere günstiger“ in Süddeutsche Zeitung vom 26.2.1991.
- 11 Vgl. Wasem, J.: Der versicherte Personenkreis wird neu abgegrenzt, in: Bundesarbeitsblatt 4/89, S. 7.
- 12 So weist auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 1985/86 auf die wettbewerbshemmende Regelung der altersabhängigen Prämien hin (Bundestagsdrucksache 10/4295, Ziffer 369).
- 13 Gesetzliche Grundlage sind die §§ 11 und 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). § 11 regelt den Geschäftsplan und bestimmte Rechnungsgrundlagen in der Lebensversicherung; § 12 erstreckt den Geltungsbereich des § 11 auf die Krankenversicherung. § 12 VAG ist per Verordnung des Bundesaufsichtsamtes 1951 für die Krankenversicherung konkretisiert worden („Richtlinien für die Aufstellung technischer Geschäftspläne in der Krankenversicherung“). Vgl. Timmer H.-G.: Die Funktion der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung, in: Versicherungswirtschaft 3/1988, S. 197-200.
- 14 1988 erhöhte sich die Zahl der im PKV-Verband zusammengeschlossenen Unternehmen von 42 auf 47 Gesellschaften. Die Branchenumsätze konzentrierten sich allerdings weiterhin auf relativ wenige Unternehmen. 1989 hatten – bezogen auf die Beitragseinnahmen – die 5 größten Krankenversicherer einen Marktanteil von 55,5 Prozent, die 10 größten von 74,4 Prozent und die 15 größten von 86,6 Prozent.
- 15 In der GKV kann allerdings gegenwärtig kaum von einer rationalen Wettbewerbsordnung gesprochen werden; vgl. zum verzerrten Kassenwettbewerb: Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1989 – Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Ziffern 165-175 und 338-360.
- 16 So die Monopolkommission in: Siebentes Hauptgutachten der Monopolkommission 1986/87, Bundestagsdrucksache 11/2677 Ziffer 701, S. 262.
- 17 Vgl. Meierjürgen, R.: Interregionale und intergenerationale Verteilungswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt und Bern, 1989, S. 16.
- 18 Vgl. EG-Kommission: Vorschlag für eine Richtlinie des Rates zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung).
- 19 Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung, a.a.O. und Sahmer, S.: Private Krankenversicherung in Europa, in: Zeitschrift für Versicherungswesen 9/1991; Timmer, H.: EG-Harmonisierung in der Krankenversicherung vor dem Hintergrund versicherungstechnischer Vielfalt – Zwiespalt zwischen Realität und Utopie, in: Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (1991), a.a.O., S. 181-193.
- 20 Vgl. o. V.: Brüssel tat den ersten Schritt, in: PKV-Politik, Heft 7, 1990, S. 76.
- 21 Vgl. Uleer, Chr.: Entwicklung der Systeme der sozialen Sicherung im Europäischen Binnenmarkt, Vortrag, GVG-Taugung 15.5.1990.
- 22 Daß solche Effekte von gesellschaftspolitischer Relevanz sind, zeigt die Pflegeproblematik. Die gegenwärtig diskutierte Einführung einer Pflichtversicherung für das Risiko der Pflegebedürftigkeit hat letztlich hier ihre Begründung.
- 23 Diese „Wanderungsbewegung“ der alten Versicherten in die GKV läßt sich an den unterschiedlichen Altersquotienten von GKV und PKV ablesen. So betrug z.B. 1982 der Altersquotient in den RVO-Kassen 46, in der PKV aber nur 28. Vgl. im einzelnen: Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion: Jahresgutachten 1987, Medizinische und ökonomische Orientierung, Baden-Baden 1987, S. 173.
- 24 Vgl. auch Deregulierungskommission, a.a.O., Ziffer 102, S. 91.
- 25 Interne Berechnungen eines Krankenversicherungsunternehmens zeigen, daß z.B. 23jährige Männer einen um 18 Prozent höheren Eingangstarif entrichten müßten, wenn ihnen im Stornofall die gebildete Alterungsrückstellung ausbezahlt würde.
- 26 Die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung könnten sich – wie in der Versicherungswirtschaft allgemein üblich – gegen finanzielle Risiken infolge besonders teurerer Versichertengruppen im Rahmen einer Rückversicherung absichern.
- 27 Die Deregulierungskommission schlägt allerdings die Abschaffung des Kontrahierungszwanges in der Kfz-Haftpflichtversicherung vor (Ziffer 106, S. 93).
- 28 Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß es dieses nationalen Sonderwegs nicht mehr bedarf, wenn die gesetzliche Pflichtversicherung (mit reduziertem Leistungsumfang) auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt wird und der privaten Versicherung ein dann umfangreicheres Feld im Bereich der Zusatzversicherung überlassen wird. Nicht zuletzt aufgrund der parafiskalischen Umverteilungsfunktionen der GKV wäre ein solches Modell ordnungspolitisch überlegen.