

Prof. Dr. Thomas Neusius

Wettbewerb in der PKV: Kommt die Diskussion um die Übertragung von Rückstellungen zurück?

Im Februar 2017 veröffentlichte die Monopolkommission ein Gutachten zum Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen (Wambach et al. 2017). Auch auf die Wettbewerbssituation der PKV geht das Gutachten genauer ein und macht konkrete Vorschläge, wie marktwirtschaftliche Elemente im Versicherungsmarkt gestärkt werden könnten. Besondere Aufmerksamkeit hat die Kommission dem Wettbewerb um Bestandsversicherte der PKV zukommen lassen. Die Vorschläge der Monopolkommission umfassen im Kern die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Anbieters, jedoch mit einer Berücksichtigung des aktuellen Gesundheitszustandes des Wechslers.

Der PKV-Verband reagierte auf die Vorschläge erwartbar ablehnend (PKV-Verband 2017). Eine rückwirkende Einführung sei ein unangemessener Eingriff in bestehende Verträge und kaum umsetzbar, für die Verträge nach 2009 gebe es ohnehin bereits den Übertragungswert beim Unternehmenswechsel. Der Verweis auf den Übertragungswert kann jedoch nicht überzeugen, da dieser bekanntermaßen ungeeignet ist, den Wettbewerb im Bereich der Bestandskunden spürbar zu verbessern.

Stärkung von Wettbewerbselementen

Der Vorsitzende der Monopolkommission, Achim Wambach, machte in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung nochmals deutlich, welche Dringlichkeit er dem Thema beimisst: „Das ist tatsächlich eine Aufgabe für den Gesetzgeber in der nächsten Legislaturperiode“ (FAZ 2017). Bemerkenswert ist dabei, dass die Monopolkommission nicht eine Überwindung des dualen Krankenversicherungssystems vorschlägt, sondern eine Stärkung von Wettbewerbselementen in und zwischen GKV und PKV.

Im derzeitigen PKV-System ist ein Wechsel des Versicherers für Bestandskunden in aller Regel finanziell unattraktiv, weil die bereits gebildete Alterungsrückstellung beim alten Versicherer verbleibt und nicht übertragbar („portabel“) ist. Zudem würde eine erneute Risikoprüfung vor allem die Versicherten treffen, deren Gesundheitszustand sich seit dem Eintritt in die PKV nachhaltig verschlechtert hat. Nach 2009 geschlossene Verträge sehen eine teilweise Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung beim Anbieterwechsel vor, diese ist jedoch i.d.R. sehr viel geringer als die tatsächliche Alterungsrückstellung. Ein Wechsel bleibt damit auch für diese später in die PKV eingetretenen Versicherten eher nachteilhaft.

Die Mitgabe der Alterungsrückstellung, welche kalkulatorisch nur die Risikoeinschätzung zum PKV-Eintritt berücksichtigt, ist aber nicht unproblematisch. Tatsächlich umfasst die rechnerische Alterungsrückstellung auch Mittel, welche im Kollektiv für diejenigen benötigt werden,

deren Gesundheit sich nachhaltig ungünstiger als im Durchschnitt erwartet entwickelt. Wegen der erneuten Risikoprüfung würden diese Versicherten mit schlechtem Gesundheitszustand dennoch nicht wechseln, die relativ gesunden Versicherten hätten aber eine Wechseloption. Sie würden mit ihrem Wechsel dem Kollektiv Mittel entziehen, die für die eher kranken Versicherten gebraucht werden.

Gibt es eine praktikable Lösung für das Problem?

Es zeigt sich, dass dies nicht nur die verbleibenden Versicherten schädigt, sondern sogar einen Vorteil für den Wechsler beim Übertritt zu einem anderen Versicherer darstellen würde. Der so entstehende Anreiz zum Anbieterwechsel würde eine Entmischung des Kollektivs auslösen. Deswegen muss dem Status Quo zugebilligt werden, dass er die unerwünschte Selektionsdynamik beim Unternehmenswechsel unterbindet (Wasem et al. 2016, S. 60).

Das Gutachten der Monopolkommission greift jedoch einen Vorschlag von Ulrich Meyer auf, der in der Versicherungswissenschaft schon seit den 1990er Jahren diskutiert und seitdem weiterentwickelt wurde (vgl. Wasem 2016, S. 31 und Anmerkungen darin). Demnach sollten die Alterungsrückstellungen unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands beim Wechsel bestimmt werden (individualisierte Alterungsrückstellung).

Dann würde bei gesunden Versicherten beim Wechsel eine geringere Alterungsrückstellung übertragen und damit ein Wechsel nicht übermäßig attraktiv. Im Ge-

genzug würde den kranken Versicherten ggf. eine höhere Alterungsrückstellung mitgegeben, was diesen einen Wechsel eher ermöglichen würde als bisher.

Es ist zu erwarten, dass diese Vorgehensweise vor allem bei der Umsetzung auf größere Schwierigkeiten stoßen wird. Ein wesentlicher Kritikpunkt betrifft die Frage, wie verhindert werden kann, dass die Versicherer wechselwillige Versicherungsnehmer nicht „gesundrechnen“. Zudem wurde von Nell und Rosenbrock, deren Arbeiten dem Vorschlag der Monopolkommission wesentlich zu Grunde liegen, darauf hingewiesen, dass die Bestandszusammensetzung bei der Bestimmung einer individualisierten Alterungsrückstellung zu berücksichtigen ist (Nell und Rosenbrock 2007a). Eine Gesundheitsprüfung des wechselwilligen Versicherungsnehmers würde weder zu einer eindeutig auf ihn entfallenden Alterungsrückstellung führen noch wäre diese Information hinreichend, um eine solche Berechnung durchzuführen.

Dafür wurde von Nell und Rosenbrock ein Vorschlag gemacht, den die Monopolkommission aufgreift. Die sogenannte *Summenregel* besagt, dass die Summe der individualisierten Alterungsrückstellung zusammen den nach herkömmlicher Methodik bestimmten, rechnerischen Alterungsrückstellungen entsprechen muss (Nell und Rosenbrock 2007b; Wambach et al. 2017, Rz. 405). Der Versicherer müsste

Prof. Dr. Thomas Neusius

Aktuar DAV, Hochschule RheinMain, Wiesbaden Business School, thomas.neusius@hs-rm.de

also die vorhandene Alterungsrückstellung in Anbetracht der Gesundheit der Bestandsversicherten angemessen zuteilen. Der Vorschlag sieht nun vor, dass der Versicherer diese Zuteilung einmal jährlich für den Bestand durchführen und die Ergebnisse den Versicherten mitteilen muss.

Damit besteht für den Versicherer ein Anreiz, möglichst exakt zu rechnen. Denn anderenfalls würde er zwangsläufig einem Teil der Versicherten zu hohe Alterungsrückstellungen zuweisen und diese damit zu einem für ihn selbst wirtschaftlich nachteiligen Wechsel motivieren. Da der Anbieterwechsel jedoch weiterhin mit einer neuen Risikoprüfung verbunden ist, bleibt ein Wechsel für gesunde Versicherte voraussichtlich attraktiver als für solche mit Vorerkrankungen. Allerdings würde der Wechsel der Gesunden nicht mehr das verbleibende Kollektiv schädigen. Dies wäre im Blick auf Selektionseffekte hinreichend, um die Wechseloption eröffnen zu können.

Aktuariell anspruchsvoll

Die Umsetzung einer risikobasierten Zuteilung der Alterungsrückstellung ist auch aktuariell anspruchsvoll. Eine Ausarbeitung mit Risikoklassen wurde von Zähle und Zähle (2013) vorgestellt. Die erhebliche größere Zahl an notwendigen Rechnungsgrundlagen lässt jedoch erkennen, dass die zuverlässige Schätzung der notwendigen biometrischen Werte aufgrund der geringen Stichprobengrößen mit sehr hohen Ungenauigkeiten behaftet sein wird. Im Sinne einer vorsichtigen Schätzung könnte dies die Verwendung hoher Sicherheitsmargen rechtfertigen, die ihrerseits jedoch die Wechseloption selbst entwerten könnten. Eine umsetzbare Operationalisierung müsste also einen Kompromiss zwischen einem ausreichend exakten und doch auch schlanken Verfahren darstellen.

Es bleibt das Frage bestehen, ob die vorhandenen Informationen des Versicherers ausreichen, um die exakte Zuteilung der Alterungsrückstellungen vorzunehmen. Es gibt allerdings verschiedene Quellen asymmetrischer Information, so dass ein systematischer Effekt zum Nachteil einer beteiligten Partei nicht offensichtlich ist (Wambach et al. 2017, Rz. 398-414).

Eine rückwirkende Einführung der Wechseloption würde die Kalkulation der Prämien verändern. Es müssten dann in den Bestandstarifen die Rechnungsgrund-

„Ohne eine Antwort auf die Wechselproblematik bliebe der verhinderte Wettbewerb um Bestandskunden die Achillesferse der PKV“

lagen angepasst werden, was zu massiven Beitragserhöhungen führen würde - der Preis für die danach bestehende Wechseloption. Diese rückwirkende Änderung der Vertragsbedingungen würde jedoch alle schlechterstellen, die an einem Anbieterwechsel kein Interesse haben (Wasem et al. 2016, S. 75).

Es dürfte unter Versicherungsökonomern eine verbreitete Ansicht sein, dass die derzeitige Situation, welche den Wettbewerb in der PKV de facto auf das Neugeschäft beschränkt, unbefriedigend ist. Einerseits, weil den Bestandsversicherten damit kaum Möglichkeiten verbleiben, bei Unzufriedenheit den Versicherer zu wechseln und damit zu sanktionieren; andererseits, weil eine Wechseloption für Bestandsversicherte auch für eine Angebotsdifferenzierung der privaten Krankenversicherer eine notwendige Voraussetzung darstellt (Nell und Rosenbrock 2007a). Das Gutachten der Monopolkommission ist letztlich ein Ausdruck dieser Sichtweise.

Es überwiegt die Einschätzung, dass sich die Anbieter privater Krankenversicherungen mehr um eine gute und zugleich kostengünstige Versorgung bemühten, wenn sie anderenfalls mit dem Wechsel ihrer Bestandskunden rechnen müssten. So könnte z.B. eine Spezialisierung der PKV-Anbieter auf Disease Management Programme zu bestimmten Krankheiten der PKV Effizienzreserven erschließen. Da nicht alle Anbieter in allen Bereichen ein entsprechendes Angebot aufbauen werden, setzt dies aber voraus, dass die Versicherten beim Auftre-

ten einer Erkrankung die Möglichkeit haben, ohne größere Hürden zu einem passend spezialisierten Anbieter zu wechseln.

Fazit

Auch wenn sich die Aktuarien mit dem Gedanken an portable Alterungsrückstellung bislang schwertun, sollte gerade in der PKV, die ihre höhere Kundenorientierung und ihre stärkere marktwirtschaftliche Prägung werbewirksam betont, Wettbewerb einen hohen Stellenwert haben. Ohne eine Antwort auf die Wechselproblematik bliebe der verhinderte Wettbewerb um Bestandskunden die Achillesferse der PKV in der Diskussion über die zukünftige Gestalt des deutschen Krankenversicherungssystems.

Literatur

FAZ (2017). Im Gespräch: Achim Wambach, der Vorsitzende der Monopolkommission. Frankfurter Allgemeine vom 24. März 2017, S.20.

Nell, Martin und Stephan Rosenbrock (2007a). Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen: Ein konsistenter Ansatz zur Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung. Working Papers on Risk and Insurance No 19, Universität Hamburg.

Nell, Martin und Stephan Rosenbrock (2007b). Die Diskussion über die Portabilität von risikogerechten Transferbeträgen in der Privaten Krankenversicherung. ZVersWiss 96(Suppl 1): 39.

PKV-Verband (2017). Vorsicht: Portabilität wäre unsolidarisch und ginge zu Lasten der Kranken. <http://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/portabilitaet/>

Wambach, Achim; Dagmar Kollmann; Jürgen Kühling; Thomas Nöcker und Angelika Westerwelle (2017). Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. 75. Sondergutachten der Monopolkommission.

Wasem, Jürgen; Florian Buchner; Anke Walendzik (2016). Qualitative Analysen zur harmonisierten Berechnung einer Alterungsrückstellung und der verfassungskonformen Ausgestaltung ihrer Portabilität. Studie im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbandes. IBES Diskussionsbeiträge Nr. 218.

Zähle, Henryk und Katrin Zähle (2013). Prämienanpassungen im Risikoklassenmodell der Privaten Krankenversicherung. ZVersWiss 102(2): 111.