

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft

Nr. 218

Januar 2016

Qualitative Analysen zur harmonisierten Berechnung einer Alterungsrückstellung und der verfassungskonformen Ausgestaltung ihrer Portabilität

Endbericht–

Studie im Auftrag des
Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) e.V.

Prof. Dr. Jürgen Wasem
Prof. Dr. Florian Buchner
Dr. Anke Walendzik

unter Mitarbeit von
Prof. Dr. Michael Schröder

IBES

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 218

Januar 2016

Qualitative Analysen zur harmonisierten Berechnung einer Alterungsrückstellung und der verfassungskonformen Ausgestaltung ihrer Portabilität

Endbericht–

Studie im Auftrag des
Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) e.V.

Prof. Dr. Jürgen Wasem (juergen.wasem@medman.uni-due.de)

Prof. Dr. Florian Buchner (F.Buchner@fh-kaernten.at)

Dr. Anke Walenzik (Anke.Walenzik@medman.uni-due.de)

unter Mitarbeit von Prof. Dr. Michael Schröder, Frankfurt School of Finance & Management
(Michael_Rainer_Schroeder@gmx.de)

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)

Universität Duisburg-Essen

Universitätsstraße 12

45141 Essen

E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

Inhalt:

0	Executive Summary	5
1	Hintergrund und Gang der Untersuchung.....	15
2	Szenarien für eine Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV	17
2.1	Szenario 1: Portable Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV	18
2.2	Szenario 2: Portable Alterungsrückstellungen in die GKV unter Fortbestand des dualen Krankenversicherungssystems	19
2.3	Szenario 3: Portable Alterungsrückstellungen in ein gemeinsames Krankenversicherungssystem im Rahmen eines Konvergenzprozesses	19
3	Kriteriologie zur Beurteilung von Modellen der Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV	21
3.1	Kriterienkomplex Nachhaltigkeit	21
3.2	Kriterienkomplex konsistente ökonomische Anreize.....	23
3.3	Kriterienkomplex allokativer und distributiver Aspekte.....	23
3.4	Kriterienkomplex Praktikabilität	24
3.5	Kriterienkomplex Transparenz.....	24
3.6	Kriterienkomplex Verfassungskonformität.....	25
4	Modelle der Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV.....	29
4.1	Status Quo.....	29
4.2	Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen	31
4.2.1	Das Modell von Meyer	31
4.2.2	Das Modell von Nell und Rosenbrock	33
4.2.3	Die Modellierungen von Zähle	36
4.2.4	Der Beitrag von Eekhoff.....	37
4.2.5	Das Modell von Meier und Werding	38
4.2.6	Überblick: Merkmale der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen	40
4.3	Modell mit ratierlichen Zahlungen aus der Alterungsrückstellung: Leistungsausgleich	

für Wechsler	42
4.3.1 Überblick: Merkmale des Leistungsausgleichsmodells	44
4.4 Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten	45
4.4.1 Das Modell von Kifmann und Nell.....	45
4.4.2 Die Modellvarianten von Sehlen et al.	48
4.4.3 Das Modell von Wasem und Buchner.....	53
4.4.4 Merkmale der Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten	56
5 Die Modelle im Licht der Krieriologie	59
5.1 Der Status quo im Licht der Krieriologie.....	59
5.2 Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen im Licht der Krieriologie.....	63
5.3 Das Leistungsausgleichsmodell als Modell mit ratierlichen Zahlungen aus der Alterungsrückstellung im Licht der Krieriologie.....	81
5.4 Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten im Licht der Krieriologie	88
6 Modellempfehlungen für die Umsetzung in den Szenarien	96
6.1 Die Krieriologie im Licht der Umsetzung im Rahmen des Szenario 1	96
6.2 Die Krieriologie im Licht der Umsetzung im Rahmen des Szenario 2	97
6.3 Die Krieriologie im Licht der Umsetzung im Rahmen des Szenario 3	97
6.4 Modellempfehlung für Szenario 1	98
6.5 Modellempfehlung für Szenario 2.....	99
6.6 Modellempfehlung für Szenario 3.....	100
7 Literaturverzeichnis.....	102
Abbildungsverzeichnis.....	105
Tabellenverzeichnis.....	106
Abkürzungsverzeichnis	107

0 Executive Summary

Die Studie prüft insbesondere anhand einschlägiger in der Literatur entwickelter Modelle die Frage, ob eine Verbesserung der Wechseloptionen für in der Privaten Krankenversicherung (PKV) vollversicherte Personen möglich ist und wie sie ggfs. ausgestaltet sein sollte. Eine Entwicklung eines eigenständigen Modelles oder eine konkrete medizinisch-ökonomische Operationalisierung vorliegender allgemeinerer Konzeptionen ist nicht Gegenstand der Expertise.

Untersuchte Szenarien

In der Studie werden drei Szenarien untersucht (vgl. Kap. 2):

In *Szenario 1* soll das PKV-System insoweit verändert werden, dass mittels einer angemessenen Gestaltung portabler Alterungsrückstellungen bei Unternehmenswechsel der Wettbewerb um Bestandskunden ermöglicht wird; die Schnittstelle zur GKV wird hierbei nicht berührt. Auch in *Szenario 2* wird an der langfristigen Dualität von GKV und PKV festgehalten, allerdings wird hier über die modifizierte Mitgabe von Alterungsrückstellungen bei Unternehmenswechsel hinaus auch ein Wechsel in die GKV unter Mitnahme von Alterungsrückstellungen ermöglicht. Demgegenüber stellt *Szenario 3* auf eine Konvergenz in ein gemeinsames umlagefinanziertes Versicherungssystem ab, in deren Rahmen ein Wechsel unter Mitnahme von Alterungsrückstellungen in das gemeinsame Versicherungssystem möglich ist, jedoch keine Veränderungen gegenüber dem Status quo bei Wechsel zwischen den PKV-Unternehmen vorgenommen werden.

Bestandteil des Prüfauftrags für Szenario 2 soll außerdem auch die Portabilität der Alterungsrückstellungen aller Bestandskunden zwischen den PKV-Unternehmen (also wie in Szenario 1) sein. Tabelle 1 stellt die Annahmen für die drei Einsatzszenarien systematisch dar.

Besondere Probleme, die aus der Kombination der Absicherung der Beamten gegen das Krankheitskostenrisiko durch die Beihilfe des Dienstherrn mit einer ergänzenden Restkostenabsicherung in der PKV resultieren, werden nicht untersucht. Auch die Fragestellung einer angemessenen Ausgestaltung der Verwendung einer ggfs. (in Szenarien 2 und 3) in die GKV bzw. ein einheitliches Versicherungssystem mitgegebenen Alterungsrückstellung wird nicht ausgeklammert.

Kriterien zur Beurteilung

Zur Beurteilung der Modelle für die Portabilität von Altersrückstellungen der PKV werden in dieser Studie die folgenden Kriterienkomplexe zugrunde gelegt (vgl. Kapitel 3). Eine Bewertung der Szenarien als solcher ist damit ausdrücklich nicht verbunden.

Im Rahmen eines Kriterienkomplexes zur *Nachhaltigkeit* soll die Frage gestellt werden, inwieweit die von den möglichen Reformen bezüglich der Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV betroffenen Systeme auch mittel- bis langfristig in ihrer Existenz und Funktionsweise gesichert bleiben. Hierzu gehören Aspekte der langfristigen Finanzierbarkeit des gesamten Versicherungssystems sowie seiner Teilsysteme wie auch der Stabilität von Systemlösungen in Konvergenzsituationen. Dies zielt auf etwaige Kapitalmarkteffekte und bezieht Aspekte des sogenannten kollektiven Prämienrisikos ein.

Ein weiteres Beurteilungskriterium ist die *Konsistenz ökonomischer Anreize*: Durch die Portabilität von Alterungsrückstellungen soll ein stärkerer Wettbewerb der Versicherungsunternehmen auch um ihre Bestandskunden induziert werden, der zu höherer Leistungsfähigkeit der Unternehmen anreizen soll. Dies soll sich über das Leistungsangebot, also z.B. über ein besseres Versorgungsmanagement, und über die Prämie sowie über eine stärkere Orientierung an den Kundenpräferenzen auch von Bestandsversicherten ausdrücken. Gleichzeitig sollen Modelllösungen so ausgestaltet sein, dass Wirtschaftlichkeitsanreize sowohl hinsichtlich der kurzfristigen als auch der langfristigen (z.B. Prävention) Gesundheitsversorgung der Versicherten bestehen.

Der Kriterienkomplex *allokativer und distributiver Aspekte* zielt einerseits bezüglich der allokativen Sicht auf den möglichen Wohlfahrtsgewinn aus der Realisierung von Konsumentenpräferenzen hinsichtlich der Wahl zwischen verschiedenen Leistungsumfängen und Zuzahlungsmöglichkeiten. Bei der Beurteilung der Modelle kann der Begriff der Pareto-Optimalität (d.h. das Kriterium der Erzeugung von positiven Wohlfahrtseffekten bei einzelnen Wirtschaftssubjekten, wohingegen die Nutzengenerierung der übrigen Wirtschaftssubjekte gegenüber dem Status quo nicht eingeschränkt ist) nur eingeschränkt verwendet werden. Denn für gute Risiken in leistungsschwachen Tarifen mit Vertragsschluss nach 2009 verringern sich die realen Wechselmöglichkeiten. Dies ist allerdings sachgerecht, da die aktuell für diese Personengruppe mitgegebene Alterungsrückstellung zulasten der verbleibenden Bestände (sofern dem nicht durch die Begrenzung auf die fiktive Höhe der Alterungsrückstellung im Basistarif entgegensteht) zu hoch ist.

Andererseits ist aus distributiver Sicht das Ziel eines einkommens- und risikounabhängigen Zugangs zu einem gesellschaftlich konsentierten Mindestumfang an Leistungen der Gesundheitsversorgung zu nennen.

Im Rahmen des Kriterienkomplexes *Praktikabilität* sind Aspekte zusammengefasst, die sich mit dem zeitlichen Horizont der Realisierbarkeit von Modellen und den durch sie entstehenden zusätzlichen Kosten beschäftigen, z.B. die Frage eines möglicherweise notwendigen Vorlaufs zur Realisierung eines Modells.

Der Kriterienkomplex der *Transparenz* zielt auf die Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit und Kontrollierbarkeit von Handlungen der Versicherer für die Konsumenten und ggfs. für sie mit entsprechender Expertise tätig werdende Sachwalter. Transparenz ist eine Voraussetzung für Willkürfreiheit bei der Ausübung von Gestaltungspielräumen.

Zum Kriterienkomplex der *Verfassungskonformität* wird im Rahmen der Studie die Frage der Grundrechtskonformität von portablen individualisierten Alterungsrückstellungen im Rahmen der Szenarien diskutiert. Dieses Kriterium wird nicht für die einzelnen Modelle, sondern nur übergreifend untersucht. Dabei zeigt sich zunächst, dass es als zumindest vertretbar eingeschätzt werden kann, dass die Alterungsrückstellungen dem Eigentum der Versicherten und nicht der Versicherungsunternehmen zuzurechnen sind. Eine Portabilität der Alterungsrückstellungen, die darauf rekurriert, dass der Versicherungsnehmer seine Ansprüche auf Nutzung seines Eigentums dergestalt nutzt, dass er sich entscheidet, das Versicherungsunternehmen zu wechseln (Szenario 1 dieser Studie) oder sie freiwillig im Rahmen eines Beitrittsrechts in die GKV oder in ein einheitliches Versicherungssystem einzubringen (Szenarien 2 und 3 dieser Studie), kann daher mit Blick auf Artikel 14 des Grundgesetzes als verfassungsrechtlich aus der Perspektive der eigentumsrechtlichen Zuordnung der Alterungsrückstellungen als zulässig angesehen werden. Auch unter dem Gesichtspunkt der Berufswahlfreiheit (Artikel 12 GG) erscheint der durch eine Mitgabe individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen bewirkte Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit des Versicherers zulässig. Die vom Bundesverfassungsgericht hier im Urteil von 2009 gesehenen Risiken der die Berufsausübung beeinträchtigenden Bestandsgefährdung bei Mitgabe einer vollen Alterungsrückstellung sind dann nicht gegeben, wenn individualisierte, das Gesundheitsrisiko des wechselwilligen Versicherten berücksichtigende Alterungsrückstellungen mitgegeben werden, weil dann die Abwanderung guter Risiken gerade nicht zu einer Verschlechterung der Risikolage der verbleibenden Kollektivs bewirkt. Etwas anderes kann nicht gelten, wenn es nicht um den Wechsel von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu einem anderen geht, sondern um den optionalen Wechsel von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in die GKV oder in ein gemeinsames einheitliches Versicherungssystem. Inwieweit die Berufswahlfreiheit oder die Berufsausübungsfreiheit dadurch in verfassungsrechtlich bedenklicher Weise eingeschränkt würden, dass im Rahmen von Szenarien eines einheitlichen Versicherungssystems keine neuen Wahlentscheidungen von Versicherten für die private Krankheitskostenvollversicherung bisherigen Typs getroffen werden können, ist eine von der Thematik der Verfassungsmäßigkeit der Portabilität der Alterungsrückstellungen losgelöste Frage und nicht Gegenstand der vorliegenden Studie.

Modelle der Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV

Die in der Literatur identifizierten Modelle zur Portabilität von Alterungsrückstellungen sowie der aktuelle Status quo werden systematisch in der Studie (in Kapitel 4) dargestellt.

Der *Status quo* ist dadurch gekennzeichnet, dass Versicherte mit Vertragsabschluss ihrer Vollversicherung vor 2009 bei Wechsel des PKV-Unternehmens keine

Alterungsrückstellungen mitnehmen können. Versicherte mit Vertragsabschluss seit 2009 können bei Wechsel des PKV-Unternehmens die kalkulatorische Alterungsrückstellung mitnehmen, begrenzt auf den Betrag, der angefallen wäre, wenn der Versicherte im Basistarif versichert gewesen wäre.

Es wurde ein Gruppe von – im Einzelnen im Detail unterschiedlich gestalteten – Modellen identifiziert (Eekhoff et al 2008; Eekhoff et al 2013; Meier 2005; Meier et al 2004; Meier et al 2007; Meyer 1992; Meyer 1997; Meyer 2001; Meyer 2004; Nell et al 2008; Nell et al. 2009), die zum Wechselzeitpunkt *einmalig eine individualisierte prospektive Alterungsrückstellungen* berechnen und übertragen wollen (die ggfs. ratierlich in den kommenden Perioden gezahlt werden kann). Diese soll angemessen hoch ausfallen, so dass sie gerade ausreicht, ceteris paribus beim aufnehmenden Versicherer beim gleichen Leistungsniveau des Versicherungsschutzes eine Prämie zum bisherigen Beitrag zu ermöglichen. Ein konkrete medizinisch-ökonomische Umsetzung eines solchen Modelles ist bislang nicht entwickelt bzw. vorgelegt worden.

Des Weiteren hat die Studie ein Modell eines *Leistungsausgleichs mit ratierlicher Zahlung* identifiziert (Wasem u. Buchner 2006). In diesem Modell zahlt das aufnehmende Unternehmen über eine Clearing-Stelle den bisherigen Beitrag des Wechslers, der auf seinem Gesundheitszustand und seinem Alter zur Zeit des Erstvertrags beruht, weiter. Dem stehen periodische Zahlungen des abgebenden Unternehmens gegenüber, die sich nach empirischen Kostendurchschnitten einer Vergleichsgruppe von Versicherten des Ausgangstarifs des Wechslers, die zur Zeit seines Wechsels nach Alter und Morbidität gleich klassifiziert sind, richten. Der Ausgleich kann sich so periodisch ex post vollziehen. Auch hier ist eine konkrete medizinisch-ökonomische Umsetzung eines solchen Ansatzes bislang nicht entwickelt bzw. vorgelegt worden.

Schließlich wurde eine Reihe von Modellen mit zum Teil mehreren Varianten eines *Einbezugs der Alterungsrückstellungen in einen Risikostrukturausgleich* identifiziert. In einem der Modelle (Sehlen et al. 2006) ist vorgesehen, dass auch die PKV-Versicherten einen einkommensabhängigen Beitrag an eine Einzugsstelle (heute: Gesundheitsfonds) zahlen, von wo eine standardisierte Prämienzahlung an den Versicherten erfolgt, der bei seinem PKV-Unternehmen eine Alterungsrückstellung auf- und abbaut. Individualisiert über die standardisierten Leistungsausgaben des RSA erfolgt eine Portabilität der Alterungsrückstellungen. In dem anderen hier tiefergehend untersuchten Modell (Wasem u. Buchner 2001) erfolgt innerhalb der kapitalgedeckten PKV ein altersspezifischer Morbiditäts-Risikostrukturausgleich und bei Wechsel des Versicherer kann dann die kalkulatorische Alterungsrückstellung mitgegeben werden; eine Operationalisierung eines solchen PKV-spezifischen Risikostrukturausgleiches ist bislang nicht vorgelegt worden.

Die Modelle im Licht der Krieriologie

Die identifizierten Modelle einschließlich des Status quo werden mit Hilfe der Krieriologie systematisch beurteilt (Kapitel 5). Dazu werden die einzelnen Kriterienkomplexe zunächst

systematisch auf die grundsätzliche Modellkonstruktionen angewendet und in einem zweiten Schritt, falls sinnvoll, getrennt an eine mögliche Anwendung der Modelle auf die drei den Bezugsrahmen darstellenden Szenarien angelegt.

Die Beurteilung des *Status quo* ist dabei insofern nicht nahtlos in diejenige der in der Studie untersuchten Portabilitätsmodelle einzureihen, als hier nicht die Bedingungen der Szenarien (erweiterte Wechselmöglichkeiten) erfüllt werden. Für Versicherte mit Versicherungsvertrag vor dem 1.1.2009 besteht keine Möglichkeit, bei Wechsel des Versicherungsunternehmens die Alterungsrückstellung mitzunehmen. Versicherte mit Versicherungsvertrag nach dem 1.1.2009 können zwar bei Versicherungsvertrag zwischen Unternehmen die kalkulatorische Altersrückstellungen bezogen auf den Leistungsumfang des Basistarifs in den neuen Tarif mitnehmen. Jedoch ist dies nur für Versicherte mit Tarifen nicht deutlich oberhalb des Niveaus des Basistarifs und nur für gute Risiken interessant.

Aus Nachhaltigkeitssicht sind diese sehr eingeschränkten Wechselmöglichkeiten *cum grano salis* durchaus positiv zu beurteilen, denn so wird verhindert, dass die abgebenden Bestände bei Wechsel guter Risiken oder im Falle eines bestehenden kollektiven Prämienrisikos durch einen Versichererwechsel dieses Personenkreises belastet werden können. In einer Arbeit mit Datenmaterial eines privaten Krankenversicherers kommen Karlsson et al. allerdings zu dem Ergebnis, dass die für Neuverträge ab 2009 verbesserte Möglichkeit für gute Risiken zum Unternehmenswechsel deren Verhandlungschancen um einen Tarifwechsel im Unternehmen verbessert und die insoweit bestehenden Risiken einer unternehmensinternen adversen Risikoselektion zwischen Tarifen vergrößert hätten; inwieweit dieses Ergebnis verallgemeinerungsfähig ist, ist nicht untersucht.

Zugleich allerdings verhindern die eingeschränkten Wechselmöglichkeiten des *Status quo* ökonomische Anreize für die Versicherer, in Qualitätswettbewerb um ihre Bestandsversicherten zu treten. Es bestehen aber Anreize für die PKV-Unternehmen, eine effiziente und präventiv orientierte Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten umzusetzen.

Aus allokativer Sicht ist die aktuelle Regelung kritisch zu sehen, da die Mehrzahl der Bestandsversicherten präferenzgerechte Wechsel des Versicherungsunternehmens wenn überhaupt, dann nur unter finanziellen Verlusten realisieren kann. Allerdings wäre die Einführung einer Wechselmöglichkeit für die Bestandsversicherten keine pareto-optimale Verbesserung, da die Einführung einer Wechseloption zu einer Umverteilung zugunsten derjenigen Versicherten führen würde, die die Wechseloption wahrnehmen und zulasten derjenigen Versicherten, die keinen Wechsel vornehmen.

Die Praktikabilität der aktuellen Regelung ist insofern hoch, als die Nicht-Mitgabe von Alterungsrückstellungen bei Wechsel für Verträge vor 2009 einfach zu handhaben ist. Die bestehende Regelung als solche ist insofern auch transparent, als bei Verträgen vor 2009 keine Alterungsrückstellung mitzugeben ist, was vom Versicherten einfach nachvollzogen werden kann. Ausgehend von der kalkulatorischen Alterungsrückstellung ist bei Verträgen ab 2009 die Alterungsrückstellung bis zur Höhe, mit der sie im Basistarif gebildet worden wäre, mitzugeben. Dies ist ebenfalls insofern transparent, als die beiden Alterungsrückstellungen

(die im eigenen Vertrag gebildete und die fiktiv im Basistarif gebildete) und ihr Vergleich zumindest expertenseitig nachvollzogen werden könnte.

Die Gruppe von Modellen mit einmaliger Übertragung einer individuellen prospektiven Alterungsrückstellung wird in der Studie umfassend auf Nachhaltigkeitsrisiken bei einer Erweiterung der Wechselmöglichkeiten in der PKV (Szenario 1) untersucht. Zwar ergeben sich im Einzelnen unterschiedliche Wirkungen, in einer Gesamtschau erscheinen diese Risiken allerdings (soweit dies allgemein, das heißt ohne eine konkrete medizinisch-ökonomische Umsetzung, in einem Klassifikationssystem eingeschätzt werden kann) beherrschbar. Dies gilt zum einen für das kollektive Prämienrisiko, das insbesondere dann manifest wird, wenn die Versicherten sich einer im Vergleich zum Wechseltarif überproportionalen zu erwartenden Prämienerrhöhung entziehen können. Die Modelle wären in sich jedoch insgesamt konsistenter, wenn die gleichen Regeln für den unternehmensinternen wie für den unternehmensübergreifenden Tarifwechsel zur Geltung kämen, was in den Festlegungen für Szenario 1 nicht thematisiert wird. Zum anderen gilt dies auch für die ausführlich untersuchten möglichen Kapitalmarktrisiken, die sich daraus ergeben können, dass Alterungsrückstellungen mitgegeben und deswegen ggfs. beim sie bisher verwaltenden Versicherer aufgelöst werden müssen.

Für Szenario 2 reduziert sich die Zahl der zu diskutierenden Modelle im Vergleich zur Analyse für Szenario 1. Für den Wechsel innerhalb der PKV sind die Nachhaltigkeitsrisiken der verbleibenden Modelle ähnlich für Szenario 1 als beherrschbar einzuschätzen. Allerdings ergeben sich Risiken für die Nachhaltigkeit durch ein möglicherweise erfolgreiches strategisches Verhalten der PKV-Unternehmen, indem diese gezielt Informationsvorteile nutzen zur Ansprache von Versicherten auf einen Wechsel in die GKV. Dies könnte Versichertengruppen betreffen, bei denen die errechnete Alterungsrückstellung beim Wechsel in die GKV niedriger ausfällt als die vom Unternehmen geschätzten künftigen Ausgaben bei Verbleib im Unternehmen an künftigen Ausgaben bewirken würden. Bei einem Kontrahierungszwang der GKV wäre dies dort hinzunehmen. Insofern erscheint es erforderlich, für ein solches Szenario 2 zusätzliche Sicherungen in Gestalt zentraler Institutionen und vorgegebener Risikoklassifikationssysteme zu schaffen, um entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten der Versicherer zu begrenzen. Entsprechendes gilt für Szenario 3, wobei es kaum vermeidlich erscheint, dass im Rahmen einer Konvergenz in ein einheitliches Versicherungssystem auch Versicherte mit unzureichend mitgegebenen Alterungsrückstellungen wechseln.

Für Szenario 2, insbesondere aber für Szenario 3 wäre es im Falle der Übertragung der Alterungsrückstellungen an die GKV/das gemeinsame Versicherungssystem erforderlich, einen deutlich hinreichenden Vorlauf zu schaffen, so dass die PKV-Unternehmen die Möglichkeit haben, ihre Kapitalanlagestruktur entsprechend anzupassen. Auch erscheint es vorstellbar, dass die Finanzmarkttitle teilweise übertragen werden und eine Auflösung insoweit unterbleibt. Je stärker dies möglich ist, umso geringer fallen die Kapitalmarkteffekte aus. Bei Wechsel großer Gruppen von Versicherten in der Optionsperiode können andernfalls je nach Gestaltung der Übertragungsbedingungen Liquiditätseffekte und Kursverluste der Kapitalanlagen wirksam werden, die sich auf die finanzielle Situation der

PKV-Unternehmen und insoweit auf die Nachhaltigkeit negativ auswirken könnten. Dies ist auch vor dem Kontext der Eigenkapitalerfordernisse aus Solvency II zu berücksichtigen.

Was die Konsistenz der ökonomischen Anreize angeht, sind die untersuchten Modelle der einmaligen Mitgabe individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen insgesamt (mit Ausnahme eines Modelles, das in erster Linie auf Wechselmöglichkeiten guter Risiken fokussiert) weitgehend positiv zu bewerten und insoweit dem Status quo überlegen. Alle Modelle könnten (in den Szenarien, in denen sie einsetzbar sind) positive Wohlfahrtswirkungen gegenüber dem Status quo erzeugen durch präferenzgerechtere Versicherungsmöglichkeiten. Für gute Risiken ergäben sich dann Einschränkungen der Wechselmöglichkeiten gegenüber dem Status quo, wenn die mitzugebende individualisierte Alterungsrückstellung negativ wäre. Dies wäre hinzunehmen; prima facies erscheinen solche Konstellationen allerdings zumindest nicht typisch zu sein.

Bezüglich der Praktikabilität sind alle Modelle dem Status quo unterlegen. Umsetzungsfähige Operationalisierungen insbesondere des medizinisch-ökonomischen Klassifikatonsystems sind erst noch zu erarbeiten. Es erschiene angezeigt, bei Einführung eines solchen Modelles das System der Vermittlerprovisionen stärker von Abschluss- auf Bestandsprovisionen umzustellen.

Mit Blick auf die Transparenz leidet tendenziell die Nachvollziehbarkeit für den Verbraucher im Vergleich zum Status quo. Allerdings ist es möglich, einen Regelungsrahmen zu schaffen, der zumindest eine expertenseitige Nachprüfbarkeit sichert, so dass etwa eine gerichtliche Überprüfbarkeit der Handhabung der Mitgabe der prospektiven Alterungsrückstellungen möglich wäre. Dies gilt insbesondere dann, wenn vorgesehen ist eine Clearing-Stelle und/oder einheitliche Klassifikationssysteme zur Risikoeinstufung zu schaffen.

Das identifizierte *Modell eines zu einer ratierlichen Berechnung und Übertragung von Alterungsrückstellungen führenden Leistungsausgleichs* erfüllt – soweit das ohne konkret vorliegende medizinisch-ökonomische Umsetzung beurteilt werden kann – das Kriterium der Nachhaltigkeit in Szenario I in hohem Maße. Dies gilt sowohl mit Blick auf die aufgrund der ratierlichen Streckung der Zahlungen deutlich verminderten Effekte auf den Kapitalmärkten – auch mit Blick auf die Anforderungen aus Solvency II – als auch bezüglich möglicher Nachhaltigkeitswirkungen über eine unzureichende Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos und seine Auswirkungen auf das verbleibende Kollektiv nach einem Wechsel. Da die Auswirkungen des Wechsels auf die Prämien-situation im Ausgangstarif erst bei Berechnung der jeweiligen ratierlichen Zahlung anfallen, ermöglicht dies auch die Berücksichtigung von Risiken, die sich erst über Veränderungen im Laufe der Zeit ergeben, so z.B. über medizinischen Fortschritt.

Im Kontext der Szenarien 2 und 3, also für den Wechsel in ein anderes Versicherungssystem mit nicht risikoäquivalenten Beiträgen und Kontrahierungszwang, ist es nicht möglich, die Versichertenbeiträge den zu erwartenden Zuflüssen aus der PKV anzupassen. Insofern entstehen hier erhöhte Anreize für Versicherte in Tarifen mit hohem Prämienrisiko, aus dem PKV- ins GKV-System bzw. ein einheitliches Versicherungssystem zu wechseln und damit mögliche Nachhaltigkeitsprobleme für die entsprechenden Tarife.

Als attraktiv im Sinne der Konsistenz der ökonomischen Anreize ist zu bewerten, dass das Modell in noch stärkerer Weise als im Status quo oder bei Modellen mit einmaliger Mitgabe einer prospektiven Alterungsrückstellung die positiven Anreize zu Prävention bewahrt. Die Versicherungsunternehmen tragen jeweils das Morbiditätsrisiko, das während ihrer Versicherungszeit entstanden ist. Allerdings erlegt dieses Modell im Falle des Unternehmenswechsels von Versicherten dem aufnehmenden Unternehmen Risiken aus der Unternehmensstrategie des abgebenden Krankenversicherers auf. Dies dürfte den Wechsel von Versicherten deutlich erschweren und generell ein hohes Akzeptanzrisiko in der privaten Krankenversicherung induzieren.

Auch bei diesem Modell gilt im Vergleich zum Status quo, dass es eine Umverteilung insoweit bedeutet, dass Wechsel im Vergleich zu heute entlastet und nicht wechselnde Versicherte im Vergleich zu heute belastet werden, weil Storno nicht länger prämienmindernd einkalkuliert werden kann und insoweit die Einführung des Modelles mit Prämiensteigerungen verbunden wäre.

Das Modell ist grundsätzlich anwendbar auf verschiedene Tarife, was auch hier c.p. aus allokativer Sicht zu einem Wohlfahrtsgewinn führen würde. Allerdings erscheint die direkte Anwendung auf Tarife mit wesentlich niedrigerem Leistungsumfang als schwierig.

Zur Praktikabilität des Modells ist zu sagen, dass es wie alle Modelle, die Wechseloptionen eröffnen wollen, weniger praktikabel als der Status quo ist. Seine Einführung ist zunächst insofern voraussetzungsvoll, als ein gemeinsames morbiditätsbasiertes Klassifikationssystem eingeführt und ein gemeinsames Verfahren der Erhebung der unabhängigen Variablen für dieses System gefunden werden müssten. Eine unabhängige Clearingstelle wäre außerdem zu schaffen. Insofern bedarf das Modell der Vorbereitungszeit. Das Kalkulationssystem der PKV wäre insofern umzustellen, als Risikozuschläge in die Alterungsrückstellungen einfließen müssten. Im Falle sukzessiver Wechsel einzelner Versicherter würde eine Kette von Ausgleichszahlungen ausgelöst, die den administrativen Aufwand für die Versicherungsunternehmen erhöhen würde.

Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten im Licht der Krieriologie erscheinen mit Blick auf die Nachhaltigkeit – soweit dies ohne Vorliegen eines konkreten medizinisch-ökonomischen Umsetzungsvorschlags beurteilt werden kann – insgesamt tauglich. Eine der von Sehlen et al. vorgestellten Modellvarianten lässt sich auf das Studienszenario I anwenden. Hier sind die notwendigen Übertragungen von Alterungsrückstellungen ratierlich, damit fallen Kapitalmarkteffekte gering aus; allerdings erscheinen hinsichtlich der – in dem Sehlen-Ansatz vorgesehenen, nicht unseren Szenarien-Bedingungen entsprechenden – Möglichkeit von der GKV in die PKV unter Mitnahme von Alterungsrückstellungen zu wechseln, die finanziellen Effekte kaum kalkulierbar.

Bei Wasem u. Buchner wird zwar die kalkulatorische Alterungsrückstellung einmalig übertragen, das Modell ist jedoch auf Szenario 3, wo am ehesten eine große Zahl von Wechslern in das einheitliche Versicherungssystem zu erwarten ist, nicht anwendbar. In Bezug auf das kollektive Prämienrisiko erscheint das näher untersuchte Modell von Sehlen et al. nicht frei von Nachhaltigkeitsrisiken, während das Modell von Wasem u. Buchner insoweit

als unproblematisch eingeschätzt wird. Beim Wechsel zur GKV oder in ein einheitliches Versicherungssystem sind keine spezifischen Antiselektionsprozesse zulasten der GKV bzw. des einheitlichen Versicherungssystems zu erwarten.

Die Konsistenz der ökonomischen Anreize ist in den RSA-Modellen überlegen gegenüber dem Status quo. Sofern Präventionsaktivitäten zur langfristigen Gesunderhaltung der Versicherten zu künftigen Kosteneinsparungen führen und damit im Status quo attraktiv sind, reduzieren beide Modelle gegenüber dem Status quo der PKV-Finanzierung allerdings entsprechende Anreize – denn die Kostenauswirkungen zukünftiger Diagnosen werden über den Ausgleichsmechanismus sozialisiert.

Aus allokativer Sicht ist zu beiden Modellen anzumerken, dass sich die Wahlmöglichkeiten für präferenzgerechte Tarife für Bestandskunden gegenüber dem Status quo nur unwesentlich erhöhen, da sich die Erhöhung der Wahlmöglichkeiten nur auf den GKV-Leistungsumfang bzw. den Leistungsumfang des gemeinsamen Versicherungssystems beziehen. Allerdings werden mit dieser Einschränkung zumindest Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Anbietern eröffnet. Aus distributiver Sicht wird die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Versicherungsnehmern in allen Modellen insofern gesteigert, als Morbiditätskriterien für die finanzielle Belastung der Versicherten keine Rolle mehr spielen.

Hinsichtlich ihrer Praktikabilität sind die RSA-Modelle komplizierter als der Status quo sind, auch da sie die Entwicklung und Einführung entsprechender Modelle bedingen. Beide Modelle sind daher nur mit längerem Zeitvorlauf zu realisieren und mit relativ hohen Kosten für die Systemumgestaltung, aber auch die laufende Verwaltung verbunden.

Ein zentrales Verfahren eines Morbi-RSA ist grundsätzlich als zumindest expertenseitig nachvollziehbar zu sehen und führt zu einer positiven Beurteilung der Modelle nach dem Transparenzkriterium. Allerdings kann die Anwendung von Sehlens Modell bei mehreren Wechseln des Versicherers zu relativ intransparenten Auswirkungen führen.

Modellempfehlungen für die Umsetzung in den Szenarien

Im abschließenden Kapitel 6 der Studie werden abgeleitet aus der kriteriengestützten Analyse Empfehlungen entwickelt für die Anwendung jeweils eines – ggfs. besonders ausgestalteten oder abgewandelten – Modells für die drei Umsetzungsszenarien. Eine Bewertung, ob ggfs. eines – und welches – Szenario umgesetzt werden sollte, ist politischer Natur und mit den Szenario-immanenten Beurteilungen nicht verbunden.

Generell gilt, dass es Zielkonflikte bezüglich der Leistungsfähigkeit der Modelle zu einander gibt, also nicht ein Modell eindeutig dominiert. Dies gilt auch im Vergleich zum Status quo. Dieser schränkt die Wechselmöglichkeiten stark ein, was mit Blick auf die ökonomischen Anreize und die allokativen Ziele unbefriedigend ist. Allerdings gewährleistet er dadurch weitgehend die Nachhaltigkeit des gegenwärtigen Modelles. Auch schneidet er hinsichtlich der Praktikabilität insoweit besser ab als die in dieser Studie diskutierten Modelle als die

bisherige Regelung eingespielt ist. Die Berechnung der kalkulatorischen Alterungsrückstellung ist zumindest expertenseitig nachvollziehbar und insofern als transparent zu werten. Es ist daher eine Frage der Gewichtung des mit den diskutierten Modellen möglichen deutlichen Zugewinnes an Wechselmöglichkeiten gegenüber der Reduktion an Zielerfüllung bei den anderen Kriterien, die letztlich nur politisch aufzulösen, nicht jedoch wissenschaftsendogen entscheidbar ist.

Für Szenario 1, das auf eine Verbesserung des Wettbewerbs um Bestandskunden innerhalb der PKV zielt, empfiehlt sich in einer Gesamtabwägung ein Modell der einmaligen Übertragung von individualisierten Alterungsrückstellungen. Dabei stellen die Ausarbeitungen von Nell und Rosenbrock aus Sicht der Studienautoren insgesamt die beste Grundlage für einen Reformvorschlag dar. Dabei sollten die gleichen Regelungen auch für den unternehmensinternen Tarifwechsel gelten.

Mit Blick auf Szenario 2, das sowohl verbesserte Wechselmöglichkeiten zwischen den PKV-Unternehmen schaffen als auch eine Wechselmöglichkeit in die GKV unter Mitgabe von Alterungsrückstellungen einführen will, sehen die Gutachter alle Modelle mit beträchtlichen Schwierigkeiten behaftet. Insgesamt erscheint auch hier das Modell von Nell u. Rosenbrock am ehesten geeignet, allerdings sollte es allenfalls mit umfangreichen flankierenden Maßnahmen durchgeführt werden. Die Schwierigkeiten liegen letztlich in den Prämissen des Szenarios – jederzeitige Wechselmöglichkeiten zurück von der PKV in die GKV – begründet. Der Gesetzgeber hat aus gutem Grund in der Vergangenheit das duale Versicherungssystem so ausgestaltet, dass eine Rückkehr aus der PKV in die GKV im Regelfall nicht möglich ist.

Für Szenario 3, das im Rahmen der Auftragsvergabe für dieses Gutachten so ausgestaltet worden ist, dass im Rahmen eines Konvergenzprozesses in die GKV bzw. ein einheitliches Versicherungssystem Versicherte beim Wechsel von der PKV in die GKV bzw. das einheitliche Versicherungssystem Alterungsrückstellungen mitbekommen, es beim Wechsel innerhalb der PKV jedoch beim Status quo, wie er durch das GKV-WSG geregelt worden ist, bleiben soll, bietet sich aus Sicht der Gutachter ein ratierliches Modell in Gestalt des Leistungsausgleichsmodell (Buchner u. Wasem 2006) an. Auch hier bestehen allerdings eine Reihe von Schwierigkeiten, die in der Studie im Einzelnen beschreiben werden.

I Hintergrund und Gang der Untersuchung

Im Kern dieser Studie steht die Prüfung insbesondere anhand einschlägiger in der Literatur entwickelter Modelle der Frage, ob eine Verbesserung der Wechseloptionen für in der Privaten Krankenversicherung (PKV) vollversicherte Personen zwischen den PKV-Unternehmen, weitergehend aber auch in die Gesetzliche Krankenversicherung durch eine adäquate Berechnung einer mitzubehaltenden Alterungsrückstellung möglich ist und wie sie ggfs. ausgestaltet sein sollte. Eine Entwicklung eines eigenständigen Modelles oder eine konkrete medizinisch-ökonomische Operationalisierung vorliegender allgemeinerer Konzeptionen ist nicht Gegenstand der Expertise.

Diese Prüfung ist vor dem Hintergrund der Diskussion um Gestaltungsmöglichkeiten des deutschen Krankenversicherungssystems einzuordnen, die sich in den letzten 10 bis 15 Jahren intensiviert hat. Dabei werden sowohl Optimierungen der Anreizwirkungen innerhalb der zwei Versicherungssysteme PKV und GKV als auch Veränderungen der Spielregeln zwischen den Versicherungssystemen, insbesondere Konvergenzoptionen wie z.B. in Richtung einer Bürgerversicherung oder Bürgerpauschale oder Bürgerprivatversicherung erwogen. Angesichts des Finanzierungsdrucks im Gesundheitssystem gewinnt die Nutzung wettbewerblicher Anreize an Bedeutung, um die Kosteneffektivität der Gesundheitsversorgung zu steigern und gleichzeitig die Versorgungsqualität zu erhalten oder zu verbessern.

Sofern die Debatte um Veränderungsmöglichkeiten *innerhalb* der Versicherungssysteme angesprochen ist, wird mit Blick auf die PKV unter anderem die fehlende bzw. für neue PKV-Kunden ab 1.1.2009 nur auf den Leistungsumfang des Basistarifs beschränkte Portabilität der Altersrückstellungen, bei der außerdem die Mitgabe der kalkulatorischen Rückstellungen vorgesehen ist, thematisiert: Zwar weist diese Situation Vorteile mit Blick auf die Vermeidung finanzieller Effekte einer durch Wechsel möglicherweise induzierten Bestandsentmischung und geringer Transaktionskosten auf, führt jedoch dazu, dass der Wettbewerb um Bestandskunden gering ausgeprägt ist. Anknüpfend an erste Arbeiten bereits in den 1980ern (Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung e.V. 1987; Finsinger 1988) und 1990ern (Meyer 1992; Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter 1996; Monopolkommission 1998) Jahren, ist innerhalb der letzten 15 Jahren eine umfangreiche Fachliteratur entstanden, die sich mit der Entwicklung von Portabilitätskonzepten beschäftigt mit dem Ziel, den Versicherungswechsel für gute und schlechte Risiken möglich zu machen und Risikoentmischungen zulasten abgebender und aufnehmender Versichertenbestände zu verhindern (Wasem und Buchner 2001; Buchner und Wasem 2006; Meier und Werding 2007; Nell und Rosenbrock 2008).

Daneben sind Konzepte entstanden, die sich der Übertragbarkeit von Altersrückstellungen der PKV und möglichen Formen des Risikoausgleichs auch über die Systemgrenze zur GKV widmen, sei es im Sinne eines intensiveren und Chancengleichheit ermöglichenden

Wettbewerbs zwischen den zwei Systemen oder im Rahmen unterschiedlicher Zielkonzepte für das Krankenversicherungssystem (Sehlen et al. 2006; Kifmann und Nell 2014).

Die vorliegende Untersuchung greift diese Diskussionsfäden auf. Sie formuliert zunächst Szenarien möglicher Veränderungen im Versicherungssystem, auf die sich die Prüfung der Möglichkeit einer Verbesserung der Wechselmöglichkeiten durch adäquate Ausgestaltung einer Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV beziehen soll (Abschnitt 2).

Anschließend wird eine Krieriologie entwickelt, hinsichtlich derer der Status quo und die diskutierten Modelle untersucht werden sollen (Abschnitt 3). In Abschnitt 4 dieser Untersuchung werden sodann die im Rahmen einer Literatursichtung identifizierten Modelle jeweils beschrieben und in Abschnitt 5 hinsichtlich ihrer Performanz vor dem Hintergrund der Kriterien bewertet. Die Publikation schließt in Abschnitt 0 mit Modellempehlungen für die Umsetzung in den Szenarien. Die Bewertung der Szenarien als solcher ist ausdrücklich nicht Gegenstand dieser Studie.

2 Szenarien für eine Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV

Die Diskussion um die Portabilität von Alterungsrückstellungen wird inzwischen im Zusammenhang sehr unterschiedlicher Reformoptionen für das Krankenversicherungssystem in Deutschland geführt. Der Prüfauftrag bezieht sich daher auf unterschiedliche Kontexte, für die Machbarkeit und ggfs. Ausgestaltung einer veränderten Portabilität jeweils getrennt zu untersuchen sind. Je nach der jeweiligen zukünftigen Systemgestaltung könnten verschiedene Portabilitätsmodelle unterschiedliche Anreize setzen und entsprechend wirksam werden und müssten gesundheitsökonomisch dann jeweils unterschiedlich beurteilt werden. Um dieser Vielfalt der Einsatzoptionen gerecht zu werden, wurden im Kontext des Gutachtens vom Auftraggeber drei verschiedene Einsatzszenarien formuliert, die gemeinsam mit dem Auftraggeber spezifiziert wurden. Eine Bewertung der Szenarien als solche wäre primär politischer Natur und ist daher nicht Gegenstand dieser Studie.

Ein erster Prüfauftrag bezieht sich auf ein Szenario, in dem alleine das PKV-System verändert werden soll, so dass mittels einer angemessenen Gestaltung portabler Alterungsrückstellungen der Wettbewerb um Bestandskunden verstärkt wird; hingegen bleibt die Schnittstelle zur GKV in diesem Szenario unverändert. Die beiden anderen Szenarien dagegen prüfen die Frage der Portabilität der Alterungsrückstellungen in einem Kontext, der über das PKV-System hinaus geht. Dabei wird in einem Falle (Szenario 2) der langfristige Fortbestand einer kapitalgedeckten Vollversicherung heutigen Typs im PKV-System (wie auch in Szenario 1) angenommen und im anderen Falle (Szenario 3) auf eine Konvergenz in ein gemeinsames umlagefinanziertes Versicherungssystem abgestellt.

Bestandteil des Prüfauftrags für Szenario 2 soll außerdem auch die Portabilität der Alterungsrückstellungen aller Bestandskunden zwischen den PKV-Unternehmen (also wie in Szenario 1) sein, während bezüglich des Prüfauftrags für Szenario 3 davon abgesehen wird. Tabelle 1 stellt die Annahmen für die drei Einsatzszenarien systematisch dar.

Tabelle 1: Szenarien für die Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV

	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3
Dauerhafter Erhalt des eigenständigen PKV-Vollversicherungssystems	Ja	Ja	Nein
Konvergenz von GKV und PKV in ein einheitliches Versicherungssystem	Nein	Nein	Ja
Portable Alterungsrückstellungen zwischen den PKV-Unternehmen für die Bestandskunden	Ja	Ja	Nein
Portable Alterungsrückstellungen bei Wechsel in die GKV/in ein einheitliches Versicherungssystem	Nein	Ja	Ja

Quelle: Eigene Darstellung

Die Problematik der Absicherung der Beamten gegen das Krankheitskostenrisiko durch die Beihilfe des Dienstherrn und eine ergänzende Restkostenabsicherung in der PKV soll nicht in den Prüfauftrag eingeschlossen werden. So weit wie möglich sollen die bisherigen Kalkulationsgrundsätze der PKV beibehalten werden; dies gilt insbesondere für die Szenarien 1 und 2, die von einem dauerhaften Erhalt des PKV-Vollversicherungssystems ausgehen.

2.1 Szenario 1: Portable Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV

Szenario 1 stellt ein Reformmodell alleine für das PKV-System dar. Ein erleichterter Versicherungswechsel zwischen verschiedenen Versicherungsunternehmen für Kunden mit unterschiedlicher Morbidität entsprechend der individuellen Präferenzen soll ermöglicht und dadurch ein verstärkter Wettbewerb auch um Bestandskunden initiiert werden. Gegenstand dieses Wettbewerbs soll dabei Qualität und Kosteneffektivität der Versorgung sein, Wettbewerb vorwiegend per Risikoselektion der Versicherer sowie Selbstselektion der von einem zum anderen Unternehmen wechselnden Versicherten nach dem Gesundheitszustand sollte vermieden bzw. die davon ausgehenden finanziellen Effekte sollten neutralisiert werden. Gleichzeitig sollen weder die aufnehmenden noch die verbliebenen Versichertenkollektive Nachteile bei der Abdeckung der versicherten Risiken erleiden (vgl. auch Abschn. 3). Das PKV-System mit Anwartschaftsdeckungsverfahren und freier Tarifwahl bleibt in diesem Szenario bestehen. Es sind in der Literatur unterschiedliche Modelle für den

Kontext dieses ersten Szenarios entwickelt worden, die im Rahmen des Prüfauftrags untersucht und hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile untereinander sowie mit dem Status quo verglichen werden.

2.2 Szenario 2: Portable Alterungsrückstellungen in die GKV unter Fortbestand des dualen Krankenversicherungssystems

Szenario 2 geht davon aus, dass eine Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV-Versicherten nicht nur zwischen den PKV-Unternehmen sondern auch in die GKV ermöglicht werden soll. Denkbar wäre in einem solchen Falle auch die Erweiterung von Rückkehrmöglichkeiten ins GKV-System. Diese wurden in den vergangenen Jahrzehnten sukzessive eingeschränkt, um zu verhindern, dass PKV-Versicherte, die sich in jungen Jahren dem Umlageverfahren des gesetzlichen Krankenversicherungssystem mit seinem impliziten Generationenvertrag entzogen haben, bei steigendem Alter dessen intergenerationelle Umverteilungsmechanismen nutzen. Durch die Mitnahme der Alterungsrückstellungen in die GKV könnte eine Belastung des GKV-Systems durch diese Rückkehrer vermieden oder zumindest vermindert werden. Das vom Auftraggeber vorgegebene Szenario sieht explizit ausschließlich eine Portabilität vom PKV- in das GKV-System vor; erweiterte Wechselmöglichkeiten in die PKV sowie bei Wechsel von der GKV in die PKV die Mitgabe von durch die GKV finanzierten Beträgen, die als Alterungsrückstellungen in der PKV dienen können, sind damit in dieser Modellwelt nicht vorgesehen.¹

2.3 Szenario 3: Portable Alterungsrückstellungen in ein gemeinsames Krankenversicherungssystem im Rahmen eines Konvergenzprozesses

Szenario 3 beschreibt eine Situation, in der die politische Entscheidung für eine Konvergenz des bisherigen dualen Krankenversicherungssystems in ein einheitliches Krankenversicherungssystem getroffen ist, das im Umlageverfahren finanziert wird. Im Sinne der Realitätsnähe wird hier ein allmähliches Konvergenzszenario angenommen. Ein Neuzugang ins PKV-Vollversicherungssystem bisherigen Typs ist – abgesehen von der Versicherung der Kinder bisheriger Bestandsversicherter – in diesem Szenario nicht mehr möglich. Zu Beginn des Systemwechsels wird eine (z.B. einjährige) Optionsperiode angenommen, in der Bestandsversicherte der PKV in das einheitliche Versicherungssystem (z.B. GKV, aber je nach Detailausgestaltung auch ein entsprechender, den Regelungen des einheitlichen Versicherungssystems unterfallender, Tarif in der PKV) unter Mitnahme ihrer portablen Alterungsrückstellungen in das neue Versicherungssystem wechseln können. Das PKV-System wird in diesem Szenario ansonsten gegenüber dem Status quo unverändert

¹ Gegebenenfalls wäre bei Modellen ratierlicher Portabilität der Altersrückstellungen eine Rückkehrmöglichkeit der seit Beginn der Systemumstellung unter Mitnahme ihrer Alterungsrückstellungen in die GKV gewechselten ehemaligen PKV-Versicherten denkbar, was aber – wie geschildert – nicht weiter untersucht wird.

belassen, so dass eine erweiterte Portabilität der Alterungsrückstellungen zwischen den PKV-Unternehmen und –tarifen hier nicht vorgesehen ist. Eine nähere Untersuchung einer sachgerechten Ausgestaltung der Verwendungsweise einer in die GKV oder ein einheitliches Versicherungssystem mitgebrachten Alterungsrückstellung, die etwa ebenfalls unter der Perspektive der Nachhaltigkeit geprüft werden könnte, wird in dieser Studie nicht vorgenommen.

3 Kriteriologie zur Beurteilung von Modellen der Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV

Zur Beurteilung der in der Literatur diskutierten Modelle für die Portabilität von Altersrückstellungen der PKV stellt sich die Frage nach den im Rahmen des Prüfauftrages anzulegenden Kriterien. Angesichts der Mehrdimensionalität gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Zielsetzungen werden im Folgenden Kriterienkomplexe vorgestellt, die verschiedene Beurteilungsaspekte abdecken.

Anhand der entwickelten Kriterien kann dann im Weiteren die Eignung der in Kapitel 4 dargestellten Modelle für die zielgerechte Gestaltung der in Kapitel 2 eingeführten Szenarien überprüft werden. Dabei ist es durchaus denkbar, dass ein Modellansatz in verschiedenen Szenarien dem gleichen Kriterium in unterschiedlichem Ausmaß genügt. Gleichzeitig enthält die Kriteriologie auch solche spezielle Ausprägungen der Kriterien, die jeweils nur für ein Zielszenario relevant sind.

3.1 Kriterienkomplex Nachhaltigkeit

Im Rahmen eines Kriterienkomplexes zur Nachhaltigkeit soll die Frage gestellt werden, inwieweit die von den möglichen Reformen bezüglich der Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV betroffenen Systeme auch mittel- bis langfristig in ihrer Existenz und Funktionsweise gesichert bleiben. Hierzu gehören Aspekte der langfristigen Finanzierbarkeit des gesamten Versicherungssystems sowie seiner Teilsysteme wie auch der Stabilität von Systemlösungen in Konvergenzsituationen. Im Einzelnen können folgende Konkretisierungen des Kriterienkomplexes benannt werden:

Bezogen auf das gesamte Krankenversicherungssystem geht es grundsätzlich um eine zukunftssichere Finanzierung des Gesamtsystems.

Generell soll bei den PKV-Unternehmen ausreichend kurzfristige **Liquidität und langfristiges Anlagekapital** erhalten bleiben, so dass die Unternehmensfinanzierung, insbesondere die Finanzierung der vertraglichen Leistungsansprüche der Versicherten, nicht gefährdet ist. Im Rahmen des Konvergenzszenarios darf dabei die Funktionsfähigkeit des PKV-Systems auch bei abschmelzenden Beständen nicht gefährdet sein.

In diesem Zusammenhang wird auch untersucht, inwieweit im Falle des Wechsels von Versicherten zu einem anderen PKV-Versicherungsunternehmen das **kollektive Prämiennisiko** des verbleibenden Versichertenkollektivs bzw. die Allokation dieses Risikos zwischen Wechsler und Restkollektiv stabil und unverzerrt bleibt.

Als kollektives Prämiennisiko wird nach Nell und Rosenbrock das Risiko zukünftiger Prämienanpassungen, das von den Versicherten eines Kollektivs gemeinsam zu tragen ist, verstanden (Nell und Rosenbrock 2009).

Ein Weggang guter Risiken aus Kollektiven mit hohem kollektiven Prämienrisiko ohne entsprechende finanzielle Berücksichtigung bei der Berechnung der individualisierten Alterungsrückstellungen könnte in der Folge zu Kettenreaktionen von sukzessiven Erhöhungen des kollektiven Prämienrisikos im Ausgangstarif und weiteren Abgängen führen, mit zunehmender Gefahr für die Finanzierbarkeit der Leistungsansprüche und den Fortbestand des Tarifs. Eine derartige den Tarifbestand bedrohende adverse Selektion ist aus Nachhaltigkeitsgründen zu vermeiden.

Beim kollektiven Prämienrisiko handelt es sich allerdings um ein sehr komplexes Konzept. In der unterschiedlichen Höhe der Alterungsrückstellungen bezogen auf das Gesamtrisiko der Versicherten in leistungsgleichen Tarifen manifestieren sich z.B. eine unterschiedliche Ausgangslage und/oder unterschiedliche Entwicklung der Morbiditätsstruktur der Versichertenkollektive sowie unterschiedliche Zeitpunkte oder ein unterschiedliches Ausmaß, in dem sich die Ausgaben altersspezifischer neuer Technologien bei unterschiedlicher Altersstruktur der Tarife auf die Alterungsrückstellung auswirken. Auf längere Sicht umfasst dieses kollektive Prämienrisiko auch Konsequenzen eines nicht antizipierbaren medizinischen Fortschritts oder Entwicklungen der Sterblichkeit, die sich jeweils unterschiedlich je nach Versichertenstruktur des Kollektivs auswirken können. Auch der Abgang von Versicherten, besonders im Falle von mehreren zeitgleichen Abgängen und/oder kleinen Kollektiven, beeinflusst das kollektive Prämienrisiko des verbleibenden Kollektivs. Für die Modellbeurteilung soll überprüft werden, wie die jeweiligen Modelle das kollektive Prämienrisiko beim Wechsel von Versicherten berücksichtigen und die langfristige Finanzierbarkeit der verbleibenden Tarifkollektive sichern.

Angewandt auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. auch auf ein potentiell neues gemeinsames Versicherungssystem ist es umgekehrt auch wichtig, dass (in Szenario 3: ggfs. in der Optionsphase) entstehende Prozesse der adversen Selektion durch bisherige PKV-Versicherte mit hohen Gesundheitsrisiken nicht zu einseitigen finanziellen Konsequenzen führen. Dies könnte dann geschehen, wenn ein Wechsel ins GKV-System bzw. in ein einheitliches Versicherungssystem ohne ausreichende Kompensation durch die angemessene Übertragung von Alterungsrückstellungen möglich wäre, oder umgekehrt wenn Wechsler in die GKV bzw. das einheitliche Versicherungssystem zu hohe Alterungsrückstellungen mitnehmen und dadurch die Stabilität für die verbleibenden Versicherten im Abgangstarif gefährden.

Im Rahmen der Überlegungen zur Nachhaltigkeit sind auch Auswirkungen der potentiellen **Auflösung höherer Anlagevolumina**, die insbesondere bei der Realisierung von Szenario 3 im Rahmen der Übertragung von Altersrückstellungen nötig werden könnte, zu berücksichtigen. Es ist zu fragen, inwieweit die Konditionen einer solchen Auflösung zu kurzfristigen Liquiditäts- sowie langfristigen Finanzierungsproblemen der PKV-Unternehmen führen könnten, auch vor dem Hintergrund von Solvency II. Dabei ist auch zu berücksichtigen, welche Impulse auf den betroffenen Finanzmärkten ausgelöst werden könnten.

3.2 Kriterienkomplex konsistente ökonomische Anreize

Über konsistente ökonomische Anreize soll durch die Portabilität von Alterungsrückstellungen ein **Wettbewerb** der Versicherungsunternehmen auch um ihre **Bestandskunden** induziert werden, der zu höherer Leistungsfähigkeit der Unternehmen anreizen soll, die sich über das Leistungsangebot, also z.B. über ein besseres Versorgungsmanagement, und über die Prämie sowie über eine stärkere Orientierung an den Kundenpräferenzen auch von Bestandsversicherten ausdrückt.² Dazu ist es notwendig, dass Bestandsversicherte mit unterschiedlichem Gesundheitszustand ihren Versicherer zu für sie realisierbaren Bedingungen wechseln können und sowohl das abgebende als auch das aufnehmende Versicherungsunternehmen Interesse an ihrer Versicherung hat. Ein optimales Modell sollte jeweils auch so gestaltet sein, dass daraus für beide Unternehmen Anreize zur realistischen Prämienkalkulation resultieren. Anreize zum Versicherungswechsel innerhalb der PKV sollten für Versicherte nicht vorwiegend aus der Möglichkeit entstehen, sich einem hohen kollektiven Prämienrisiko zu entziehen.

Gleichzeitig sollen Modelllösungen so ausgestaltet sein, dass **Wirtschaftlichkeitsanreize** sowohl hinsichtlich der kurzfristigen als auch der langfristigen (z.B. Prävention) Gesundheitsversorgung der Versicherten bestehen. Darin sind auch Anreize zum Aufbau einer ausreichenden Alterungsrückstellung eingeschlossen.

3.3 Kriterienkomplex allokativer und distributiver Aspekte

Aus allokativer Sicht wird hier insbesondere der Aspekt des möglichen Wohlfahrtsgewinns aus der Realisierung von Konsumentenpräferenzen hinsichtlich der Wahl zwischen verschiedenen Leistungsumfängen und Zuzahlungsmöglichkeiten betrachtet. Dabei kann aber auch einbezogen werden, dass es möglicherweise Versicherte geben könnte, deren Präferenz es ist, über die Definition eines gesellschaftlich konsentierten Leistungskatalogs von der Wahlmöglichkeit „befreit“ zu sein. Bei der Beurteilung der Modelle kann der Begriff der Pareto-Optimalität (d.h. das Kriterium der Erzeugung von positiven Wohlfahrtseffekten bei einzelnen Wirtschaftssubjekten, wohingegen die Nutzengenerierung der übrigen Wirtschaftssubjekte gegenüber dem Status quo nicht eingeschränkt ist) nur eingeschränkt verwendet werden. Denn für gute Risiken in leistungsschwachen Tarifen mit Vertragsschluss nach 2009 verringern sich die realen Wechselmöglichkeiten. Dies ist allerdings sachgerecht, da die aktuell für diese Personengruppe mitgegebene Alterungsrückstellung zulasten der

² Gegenwärtig gilt ein Wechsel von Bestandskunden überwiegend als problematisch, weil befürchtet wird, dass dieser weniger aufgrund von Präferenzänderungen der Kunden als induziert durch provisionsanreizgesteuerte Beratungen stattfindet. Mit der Begrenzung der Provisionszahlungen durch das Gesetz zur Novellierung des Finanzanlagenvermittler- und Vermögensanlagenrechts hat der Gesetzgeber 2013 auch auf eine Verringerung der vermittlerinduzierten Bestandswechsel in der PKV-Vollversicherung hinwirken wollen. Allerdings ist der Status quo, in dem keine angemessenen Alterungsrückstellungen mitgegeben werden, nicht mit der hier untersuchten Situation zu vergleichen. Welche Schlussfolgerungen bei Mitgabe angemessener Alterungsrückstellungen für die Provisionsregelungen zu ziehen sind, ist nicht Gegenstand dieser Studie; es erscheint aber naheliegend, bei einer Stärkung von Wechseloptionen in der PKV das System der Vermittlerprovisionen stärker von Abschluss- auf Bestandsprovisionen umzustellen.

verbleibenden Bestände (sofern dem nicht durch die Begrenzung auf die fiktive Höhe der Alterungsrückstellung im Basistarif entgegensteht) zu hoch ist.

Dieser Aspekt ist zwar verbunden mit der Berücksichtigung von Transaktionskosten, jedoch nicht identisch. Die Höhe der mit den jeweiligen Modellen verbundenen Transaktionskosten könnte auch unter den allokativen Aspekt subsumiert werden, wird aber unter dem Kriterienkomplex Praktikabilität (vgl. Abschn. 3.4) behandelt.

Aus distributiver Sicht wäre das Ziel eines einkommens- und risikounabhängigen Zugangs zu einem gesellschaftlich konsentierten Mindestumfang an Leistungen der Gesundheitsversorgung zu nennen.

3.4 Kriterienkomplex Praktikabilität

Im Rahmen des Kriterienkomplexes Praktikabilität sind Aspekte zusammengefasst, die sich mit dem zeitlichen Horizont der Realisierbarkeit von Modellen und den durch sie entstehenden zusätzlichen Kosten beschäftigen.

In Bezug auf den **Zeithorizont** geht es insbesondere um die Frage eines möglicherweise notwendigen Vorlaufs zur Realisierung eines Modells, der sich z.B. durch den Aufbau neuer Datengrundlagen ergeben könnte.

Der **Kosten**aspekt sollte sowohl hinsichtlich der Systemumstellung als auch der Transaktionskosten im laufenden Betrieb nach der Umstellung betrachtet werden. Dabei sollen sowohl Transaktionskosten innerhalb der Institutionen des Versicherungssystems³ als auch der Verbraucher einbezogen werden.

3.5 Kriterienkomplex Transparenz

Die **Transparenz** von Systemlösungen für die Betroffenen stellt ein politisches Ziel dar, um das Vertrauen der Verbraucher zu stärken und Machtmissbrauch zu verhindern. Eine Regelung, die von Verbraucher unmittelbar verstanden und in ihren Auswirkungen auf seinen Versicherungsvertrag nachvollzogen werden kann, genügt diesen Anforderungen in hohem Maße. Die Forderung nach Nachvollziehbarkeit durch die Versicherten setzt allerdings der Komplexität von Regelungen starke Grenzen, und zwischen Transparenz und Komplexität einer Regelung gibt es ggfs. ein Spannungsverhältnis, das nicht wissenschaftlich entschieden sondern nur politisch aufgelöst werden kann. Es ist insofern fraglich, ob das Modell portabler Alterungsrückstellung in seiner Kalkulation für die Versicherten selber unmittelbar nachvollziehbar sein muss. Auf einer nächsten Stufe wäre zu fordern, dass Modelle für Experten verständlich und ihre Auswirkungen für Experten auch im konkreten Einzelfall

³ Im Extremfall könnte eine starke Erhöhung der Transaktionskosten bis zur Bedrohung der Finanzierbarkeit des PKV-Systems und damit seiner Nachhaltigkeit führen.

nachprüfbar sind. Wäre dies nicht gegeben, bestünde die Gefahr einer willkürhaften Umsetzung von Regelungen. Willkürfreiheit und die expertenseitige Nachvollziehbarkeit des Umgangs mit den Alterungsrückstellungen stellen daher Mindestbedingungen an Modelle dar.

3.6 Kriterienkomplex Verfassungskonformität

Der Kriterienkomplex der Verfassungskonformität soll im Rahmen der Studie auf die Frage der Grundrechtskonformität beschränkt werden. Dabei sollen nicht die einzelnen Modelle, sondern nachfolgend die grundsätzliche Grundrechtskonformität von portablen individualisierten Alterungsrückstellungen im Rahmen der Szenarien diskutiert werden.

Bei Wechsel von einem Tarif in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz⁴ beim selben PKV-Unternehmen kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser den Wechselantrag unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt (§ 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 VVG). Der Versicherungsnehmer hat also einen Rechtsanspruch darauf, bei Tarifwechsel die Alterungsrückstellung von einem Tarif in den anderen Tarif „mitnehmen“ zu können. Es handelt sich hierbei um die kalkulatorische Alterungsrückstellung (§ 13 Abs. 1 KalV); der Versicherungsnehmer wird insoweit auf dem Leistungsniveau des bisherigen Tarifs zum originären Eintrittsalter weiter versichert.⁵ Soweit die Leistungen in dem neuen Tarif allerdings höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann wiederum die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.

Ist der Versicherungsvertrag nach dem 01. Januar 2009 geschlossen worden, ist der Versicherer darüber hinaus auch bei Wechsel des Versicherungsunternehmens verpflichtet, dem Versicherungsnehmer die kalkulierte Alterungsrückstellung in der Höhe mitzugeben, wie sie bei Versicherung im Basistarif gebildet worden wäre (§ 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. a) VVG); zudem ist ein angesparter Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a VAG mitzugeben (§ 13a KalV).

Demgegenüber ist bei Versicherungsverträgen, die nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurden, die Mitgabe desjenigen Teils der Alterungsrückstellung, der auf Leistungsniveaus oberhalb des Basistarif entfällt, nicht vom Gesetzgeber vorgesehen; hier kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer lediglich die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist (§ 204 Abs. 1 Satz 2 VVG).

⁴ Der „gleichartige Versicherungsschutz“ ist in § 12 der Kalkulationsverordnung näher geregelt.

⁵ Allerdings kann dabei der Fortfall eines Leistungsbereichs vom Versicherer als Teilstorno angesehen werden (§ 13 Abs. 2 KalV) und insoweit auf eine Portabilität der Alterungsrückstellung in den neuen Tarif verzichtet werden; sie wird dann entsprechend an die im bisherigen Tarif verbleibenden Versicherten vererbt.

Für Versicherungsverträge, die vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurden, ist – von der kurzzeitig anwendbaren Sonderregelung des § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. b) VVG im ersten Halbjahr 2009 abgesehen – der Versicherer generell nicht verpflichtet, dem Versicherungsnehmer bei Wechsel des Versicherungsunternehmens Alterungsrückstellungen „mitzugeben“. Vielmehr darf er ein entsprechendes Storno einkalkulieren und die angesparte Alterungsrückstellung wird bei Verlassen des Unternehmens an die im Tarif verbleibenden Versicherten „vererbt“.⁶ Es erscheint auch nicht a priori völlig unplausibel, dass die gegenwärtige Situation der Nicht-Verpflichtung zur Mitgabe einer Alterungsrückstellung nicht verfassungswidrig ist⁷ – auch wenn das Bundesverfassungsgericht an der „faktisch lebenslangen Bindung an einen Versicherer“, der dadurch für die Versicherten geschaffen werde und der zu „Fehlanreizen für die Versicherten“ geführt habe, deutliche Kritik geübt hat.⁸

Wird beabsichtigt, den Versicherungsnehmern auch für Verträge, die vor dem 01. Januar 2009 geschlossen wurden, und bei den Versicherungsverträgen, die nach dem 01. Januar 2009 geschlossen wurden, für das Leistungsniveau oberhalb des Basistarifs ein Anrecht auf Übertragung der Alterungsrückstellungen bei Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherer einzuräumen, wird ein solcher Anspruch auf Portabilität der Alterungsrückstellungen daher entsprechend gesetzlich zu regeln sein. Dies gilt auch, wenn geregelt werden soll, dass bei einem Wechsel eines Versicherten in die GKV oder in ein neues einheitliches Versicherungssystem die bisher in der PKV angesparte Alterungsrückstellung ganz oder teilweise übertragen werden soll.

Ob eine solche einfachgesetzliche Regelung verfassungsrechtlich zulässig wäre, wird kontrovers diskutiert. Die diesbezüglichen grundlegenden Überlegungen sollen an dieser Stelle allgemein erfolgen; auf eine diesbezügliche Befassung im Rahmen jeweils der Sichtung der verschiedenen Portabilitätsmodelle in Abschnitt 5 wird demgegenüber verzichtet – dies auch insoweit als sich zeigen wird, dass die in dieser Studie untersuchten Reformmodelle mit Blick auf die verfassungsrechtlich relevanten Aspekte der Portabilität der Alterungsrückstellungen weitgehende Gemeinsamkeiten aufweisen. Weitergehende verfassungsrechtliche Fragen, die sich insbesondere im Kontext von Szenario 3 stellen, sind nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

Im Kontext der Diskussion über die rechtliche Zulässigkeit einer Übertragbarkeit wird die Frage diskutiert, wessen Eigentum die Alterungsrückstellung eigentlich sei. So wird von Papier und Schröder (2013) in einem Gutachten für den PKV-Verband die Auffassung vertreten, die Alterungsrückstellungen stellen verfassungsrechtlich geschütztes Eigentum der Versicherungsunternehmen dar. Die Verpflichtung zur Übertragung von Alterungsrückstellungen griffe dabei in dieses Eigentum in unzumutbarer Weise ein. Die Auffassung, dass die Alterungsrückstellungen Eigentum der Versicherungsunternehmen seien, wird allerdings von anderen bestritten. So hatte Depenheuer bereits 2006, ebenfalls in einem

⁶ Zur Zulässigkeit siehe BGH mit Urteil vom 21.04.1999 (AZ IV ZR 192/98).

⁷ Die Auffassung, dass die Nicht-Mitgabe-Verpflichtung nicht verfassungswidrig sei, vertritt etwa für den damaligen Regelungskontext Scholz (2001).

⁸ Vgl. BVerfG mit Urteil vom 10.06.2009 (1 BvR 706/08), Rdnr. 203 ff.

Gutachten für den PKV-Verband formuliert: „Die Alterungsrückstellungen (ARS) in der privaten Krankenversicherung sind Eigentum der Versicherten und unterliegen objektiv der verfassungsrechtlichen Gewährleistung des privaten Eigentums gem. Art. 14 Abs. 1 GG.“ Auch Boetius (2014) kommt in einer jüngeren Aufarbeitung zu den einzelnen Komponenten der Alterungsrückstellung, die er je für sich auf ihre Finanzierungsquellen und die Werthaltigkeit eines Rechtsanspruchs für den einzelnen Versicherten beurteilt, zu dem Ergebnis: „Jeder dieser Ansprüche ist rechtlich gesichert und erfüllt die Voraussetzungen einer dem VN zustehenden vermögenswerten Rechtsposition.“

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 10.06.2009 (I BvR 706/08 und weitere) zur mit dem GKV-WSG eingeführten (oben beschriebenen) Pflicht zur teilweisen Übertragung der Alterungsrückstellungen festgestellt, diese stelle „keinen Eingriff in das gemäß Art. 14 Abs. 1 GG geschützte Eigentum der Versicherungsunternehmen dar“ (Rdnr. 214), insbesondere fehle es „bereits an einem Eingriff in ein konkretes vermögenswertes Recht der Unternehmen“ (Rdnr. 216).

Daher soll als Zwischenergebnis festgehalten werden, dass es als zumindest vertretbar eingeschätzt werden kann, dass die Alterungsrückstellungen dem Eigentum der Versicherten und nicht der Versicherungsunternehmen zuzurechnen sind. Eine Portabilität der Alterungsrückstellungen, die darauf rekurriert, dass der Versicherungsnehmer seine Ansprüche auf Nutzung seines Eigentums dergestalt nutzt, dass er sich entscheidet, das Versicherungsunternehmen zu wechseln (Szenario 1 dieser Studie) oder sie freiwillig im Rahmen eines Beitrittsrechts in die GKV oder in ein einheitliches Versicherungssystem einzubringen (Szenarien 2 und 3 dieser Studie), wird daher im weiteren Verlauf dieser Ausarbeitung als verfassungsrechtlich aus der Perspektive der eigentumsrechtlichen Zuordnung der Alterungsrückstellungen als zulässig angesehen. Damit ist kein Urteil darüber abgegeben, wie ein Szenario zu bewerten sei, in welchem der Gesetzgeber obligatorisch die Überführung von Alterungsrückstellungen von der PKV in die GKV oder in ein einheitliches Versicherungssystem regeln wollte; solche Modelle werden in dieser Studie nicht untersucht.

Allerdings ergibt sich eine weitere verfassungsrechtliche Problematik im Kontext von Artikel 12 des Grundgesetzes. Zwar hat das Bundesverfassungsgericht in dem GKV-WSG-Urteil festgestellt, dass die Berufswahlfreiheit für den Beruf des privaten Krankenversicherers zumindest bei der teilweisen Portabilität der Alterungsrückstellungen des GKV-WSG nicht betroffen war, wohl aber liegt eine Regelung vor, die die Berufsausübungsfreiheit tangiert (Rdnr. 199f.). Für den konkreten Fall des GKV-WSG hat das Bundesverfassungsgericht darauf verwiesen, dass sich der Gesetzgeber mit der Regelung auf „legitime Gemeinwohlinteressen“ habe berufen können (Rdnr. 201f.). Insbesondere das Ziel, mit der Portabilität der Alterungsrückstellungen einen funktionierenden Wettbewerb im Markt der privaten Krankenversicherungen herzustellen und den Versicherten einen Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen zu erleichtern, stelle ein solches legitimes Gemeinwohlinteresse dar. Dies gelte, auch wenn die Regelung des GKV-WSG Versicherten mit erhöhtem Krankheitsrisiko nach wie vor keine realistischen Wechseloptionen eröffne – sie sei quasi immerhin ein Schritt in die richtige Richtung, weil die neu geschaffene „Portabilität grundsätzlich die Wechselmöglichkeit fördert“ (Rdnr. 204).

Interessant ist, dass das Bundesverfassungsgericht nun im weiteren argumentiert, die Einführung einer teilweisen Portabilität stelle deswegen keinen den Bestand der PKV-Unternehmen gefährdenden Eingriff dar, weil durch die Mitgabe lediglich einer Übertragung von Alterungsrückstellungen in Höhe der im Basistarif gebildeten Alterungsrückstellungen ein erheblicher Anteil der Versicherten von der Wechselmöglichkeit keinen Gebrauch machen werde (Rdnr. 226ff.). Würde eine erhebliche Anzahl von Versicherten von den Wechselmöglichkeiten Gebrauch machen, seien die Bestände (und damit die Berufsausübungsfreiheit des Versicherers) deswegen gefährdet, weil sich die Gefahr einer Risikoselektion und Risikoentmischung ergäbe. Würden die vollen kalkulatorischen Alterungsrückstellungen mitgegeben, ergäbe sich bei Abwanderung gute Risiken (und nur diese hätten ja eine realistische Wechseloption) eine Risikoentmischung, die bis zu einem Zusammenbruch der Unternehmen führen könne.

Daraus folgt jedoch, dass gerade und genau ein Ansatz, der nicht die vollen *kalkulatorischen* Alterungsrückstellungen mitgibt, sondern bei dem *individuelle*, das Gesundheitsrisiko des wechselwilligen Versicherten berücksichtigende Alterungsrückstellungen mitgegeben werden, so dass auch die Abwanderung guter Risiken gerade nicht zu einer Verschlechterung der Risikolage der verbleibenden Kollektivs bewirkt, nicht dem Verdikt anheimfällt, den Bestand der Versichertenbestände zu gefährden und damit eine unvertretbare Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit der privaten Krankenversicherer darzustellen. Eine Regelung der Portabilität, die nicht von vorneherein die Wechseloption faktisch auf gute Risiken beschränkt, sondern auch schlechten Risiken eine Wechseloption ermöglicht, und die gleichzeitig sichert, dass die Bestände trotz Abwanderung von Versicherten finanziell ausgewogen bleiben und insoweit die langfristige Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge durch den privaten Krankenversicherer gewährleistet ist, stellt sich insoweit als verfassungsmäßig dar.

Etwas anderes kann nicht gelten, wenn es nicht um den Wechsel von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu einem anderen geht, sondern um den optionalen Wechsel von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in die GKV oder in ein gemeinsames einheitliches Versicherungssystem. Auch in diesen Szenarien ist der Dreh- und Angelpunkt einer Verfassungsmäßigkeit einer Portabilität der Alterungsrückstellungen, dass die finanzielle Stabilität der verbleibenden Versichertenbestände gewährleistet bleibt und damit die privaten Krankenversicherungsunternehmen diese Versicherungsverträge langfristig erfüllen können.

Inwieweit die Berufswahlfreiheit oder die Berufsausübungsfreiheit dadurch in verfassungsrechtlich bedenklicher Weise eingeschränkt würden, dass im Rahmen von Szenarien eines einheitlichen Versicherungssystems keine neuen Wahlentscheidungen von Versicherten für die private Krankheitskostenvollversicherung bisherigen Typs getroffen werden können, ist eine von der Thematik der Verfassungsmäßigkeit der Portabilität der Alterungsrückstellungen losgelöste Frage und nicht Gegenstand der vorliegenden Studie.

4 Modelle der Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV

In diesem Kapitel wird zunächst (in Abschn. 4.1) der Status quo beschrieben, anschließend werden in der wissenschaftlichen Literatur erörterte Modelle einer Portabilität von Alterungsrückstellungen in der PKV dargestellt. Diese werden danach unterschieden, ob einmalig eine individualisierte prospektive Alterungsrückstellung ermittelt (und mitgegeben) werden soll (Abschn. 4.2), ob eine ratierliche individualisierte Alterungsrückstellung mitgegeben werden soll (Abschn. 4.3), oder ob die Portabilität unter Einsatz eines Verfahrens eines Risikostrukturausgleiches (Abschn. 4.4) erfolgen soll.

4.1 Status Quo

Die Prämienkalkulation der PKV erfolgt nach dem Äquivalenzprinzip, d.h. entsprechend dem Alter und Gesundheitszustand des Versicherten zum Zeitpunkt der Antragstellung und Art und Umfang der versicherten Leistungen. Nach Geschlecht differenzierte Prämien sind seit Dezember 2012 aufgrund einer entsprechenden Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs und ihrer Umsetzung in nationales Recht (Kalkulationsverordnung) in neu abgeschlossenen Versicherungsverträgen (und damit auch bei Wechsel innerhalb der PKV zu einem neuen Unternehmen) rechtlich nicht mehr zulässig (Lux et al. 2013).

Die substitutive private Krankenversicherung, auf die sich dieses Gutachten beschränkt, ist nach Art der Lebensversicherung kalkuliert. Die Nutzung des Anwartschaftsdeckungsverfahrens sorgt dafür, dass über die Bildung von Alterungsrückstellungen und deren Ausschöpfung im Verlauf des Versicherungsverhältnisses die Prämie über die Lebenszeit der Versicherten eines Kollektivs unter sonst gleichen Bedingungen konstant gehalten werden kann. Der Barwert der zukünftigen Leistungen soll also im Durchschnitt eines Kollektivs jeweils der Summe aus Barwert der zukünftigen Prämien und der Alterungsrückstellung entsprechen. In dem Zusammenhang kommt dem Versicherungsunternehmen kein ordentliches Kündigungsrecht zu.

Die Nettoprämie wird entsprechend der Kalkulationsverordnung kalkuliert auf Basis

- der Kopfschäden des entsprechenden Versichertenkollektivs
- des Rechnungszinses (höchstens 3,5 %)
- der Ausscheideordnung (Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeiten)⁹

Die Nettoprämie erhöht sich nach § 8 Kalkulationsverordnung beim Übergang zur Bruttoprämie durch die Einbeziehung von Zuschlägen für

⁹ Vgl. §§ 4-6 Kalkulationsverordnung.

- die unmittelbaren Abschlusskosten,
- die mittelbaren Abschlusskosten,
- die Schadenregulierungskosten,
- die sonstigen Verwaltungskosten,
- eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung,
- die Umlage zur Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif gemäß § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
- die Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen für den Basistarif
- die Umlage für den Standardtarif.

Zusätzlich ist nach § 7 Kalkulationsverordnung ein Sicherheitszuschlag von mindestens 5% von der Bruttoprämie zur Abdeckung höherer als erwarteter Krankheitskosten einzukalkulieren.

Zur Absicherung gegen Prämien erhöhungen im Alter ist nach § 12 Abs. 4a Versicherungsaufsichtsgesetz bei erwachsenen Versicherungsnehmern bis 60 Jahren ein 10prozentiger Zuschlag auf die Bruttoprämie zu erheben.

Zum Ausgleich von Gesundheitsrisiken bei Abschluss der Krankenversicherung können Risikozuschläge erhoben werden; hier werden jedoch keine speziellen Altersrückstellungen gebildet. Prämien für unterdurchschnittliche Risiken werden immer entsprechend einem durchschnittlichen Risiko kalkuliert. Versicherte können (mit Ausnahme der spezifischen Bedingungen für einen Kontrahierungszwang im Basistarif) wegen ihrer gesundheitlichen Risiken von einem Versicherungsabschluss ausgeschlossen werden; außerdem sind Ausschlüsse einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe aus dem Krankenversicherungsschutz möglich.

Prämienanpassungen finden immer dann statt, wenn sich die Notwendigkeit anhand eines Vergleichs der auf Basis der realisierten Kopfschäden des betreffenden Kollektivs erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen bzw. aufgrund entsprechender Änderungen in den Sterbewahrscheinlichkeiten ergibt. Medizinischer Fortschritt kann sich z.B. bei unterschiedlicher Alters- und Risikostruktur von Tarifkollektiven in Prämien erhöhungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausdrücken (Nell und Rosenbrock 2007).

Bis zu den Reformen des GKV-WSG 2007 verblieb die kalkulatorische Alterungsrückstellung (d.h. die Rückstellung, die dem Versicherten auf Basis der allgemeinen Rechnungsgrundlagen zuzurechnen ist) bei Wechsel des Versicherungsunternehmens beim Versicherungskollektiv des Ursprungs-Versicherungsunternehmens – insofern manifestierte sich dieser Wechsel in den Erwartungswerten der Stornoquote. Nur bei Tarifwechsel zu einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz innerhalb des Unternehmens fand (und findet) die bereits angesparte kalkulatorische Alterungsrückstellung im neuen Tarif Berücksichtigung.

Für Versicherungsverträge, die ab dem 1.1.2009 abgeschlossen wurden (d.h. ab dem Zeitpunkt der Einführung des Basistarifs mit teilweiseem Kontrahierungszwang) ist es inzwischen im Rahmen der Gesetzesänderungen des GKV-WSG vorgeschrieben, die kalkulatorischen Alterungsrückstellungen für maximal den Leistungsumfang des Basistarifs (damit also weitgehend für den GKV-Leistungsumfang) auch bei Wechsel des Versicherungsunternehmens zu transferieren.¹⁰ Zur Anrechnung kalkulatorischer Alterungsrückstellungen, die diejenigen für den Leistungsumfang des Basistarifs überschreiten, kann der Versicherte im Falle des Wechsels in den Basistarif vom ursprünglichen Versicherungsunternehmen das Angebot eines in seinen Zusatzleistungen dem Ursprungstarif entsprechenden Zusatztarifs unter Anrechnung des verbleibenden Teils seiner kalkulatorischen Alterungsrückstellungen verlangen.

4.2 Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen

Modelle, die eine einmalige Übertragung individualisierter Alterungsrückstellungen vorschlagen, sind in erster Linie im Rahmen von Szenarien eines privaten Krankenversicherungssystems mit Anreizen zum Wettbewerb um Bestandskunden entwickelt worden. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung schlägt die Mitgabe individualisierter Alterungsrückstellungen beim Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens vor, um ein aus seiner Sicht wesentliches Wettbewerbshindernis in diesem Bereich zu beseitigen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002).

Wiewohl es sich bei den im Folgenden vorgestellten Beiträgen verschiedener Autoren nicht immer um vollständig ausgeführte oder auch in all ihren Bestandteilen neue Modelle handelt, so soll ihre jeweils getrennte Behandlung die Aufmerksamkeit auf bestimmte Aspekte der Umsetzung einer einmaligen Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen richten.

4.2.1 Das Modell von Meyer

Das Modell individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen, die einmalig im Falle eines Wechsels des Versicherers ermittelt und übertragen werden, wurde zunächst insbesondere von Ulrich Meyer für die Übertragung von Alterungsrückstellungen bei Krankenversicherungswechsel innerhalb der PKV entwickelt (Meyer 1992; Meyer 1994; Meyer 1997; Meyer 2001; Meyer 2004).

¹⁰ § 204 Versicherungsvertragsgesetz

Meyers Modell der Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen im Falle des Versichererwechsels von Bestandskunden der privaten Krankenversicherung ist theoretisch relativ einfach konstruiert. Das Anwartschaftsdeckungsverfahren im Rahmen der privaten Krankenversicherung hat einerseits die Funktion, für das Versichertenkollektiv Kapital für im Alter durchschnittlich zu erwartende Kostensteigerungen im Rahmen einer Rentenversicherung so zu akkumulieren, dass sich theoretisch bei Annahme unveränderter Verhältnisse (Kopfschäden, Storno-, Sterbewahrscheinlichkeiten) eine gleich bleibende Versicherungsprämie im Lebenslauf ergibt (vgl. 4.1). Jedoch differenzieren sich die zu Beginn der Versicherungsverhältnisse vorwiegend homogen guten Risiken im Laufe der Versicherungszeit in bessere und schlechtere Risiken aus, ohne dass die individuell zu zahlenden Prämien an den sich ändernden Gesundheitszustand angepasst würden. Insofern erfüllt die private Krankenversicherung wesentlich auch eine Versicherungsfunktion für die individuelle Risikoverschlechterung. Um also einen Wechsel des Bestandsversicherten in den Tarif eines anderen Versicherungsunternehmens zu vergleichbaren Bedingungen zu ermöglichen, werden die kalkulatorischen Rückstellungen für den Fall des Wechsels in diesem Modell um die jeweils individuelle Risikoveränderung angepasst. Ziel ist es, eine individuelle prospektive Alterungsrückstellung zu ermitteln und zu übertragen, die summiert mit dem Barwert der zukünftigen Prämien eines individuellen Versicherten ausreichend ist, um seine erwarteten zukünftigen versicherten Leistungen beim Leistungsniveau des bisherigen Tarifs abzudecken (Meyer 2001). Anders gesagt, sie entspricht der Differenz zwischen dem Barwert der unter der Annahme gleichbleibender Verhältnisse zu erwartenden Versicherungsleistungen des betrachteten Versicherten zum aktuellen Gesundheitszustand (nicht des Durchschnittsversicherten des Kollektivs!) im entsprechenden bisherigen Tarif beim alten Versicherer für den Rest seines Lebens und dem Barwert seiner zu erwartenden Prämienzahlungen. Dabei geht Meyer implizit davon aus, dass die Summe der kalkulatorischen Alterungsrückstellungen über alle Versicherten in einem Tarif grundsätzlich auch der Summe der berechneten individualisierten Alterungsrückstellungen dieser Versicherten entspricht, da die rechnungsmäßigen Alterungsrückstellungen stets ausreichen müssen, gemeinsam mit den Beiträgen die erwarteten Versicherungsleistungen aller Versicherten eines Tarifkollektivs zu decken. Insofern berücksichtigt sein Modell auch die Interessenlage des verbleibenden Versichertenkollektivs. Die mitgegebene Alterungsrückstellung kann dann beim aufnehmenden Unternehmen prämienmindernd auf die dort bezogen auf das jetzige Alter und den jetzigen Gesundheitszustand risikogerecht berechnete Prämie angerechnet werden.

Meyer selber betont, dass die Funktionsfähigkeit des Konzepts davon abhängt, dass eine entsprechende quantitative Bestimmung der individualisierten Alterungsrückstellung erfolgreich vorgenommen werden kann (Meyer 2001). Bezüglich der Machbarkeit einer entsprechenden Kalkulation argumentiert er mit bisherigen Berechnungen der privaten Versicherungsunternehmungen zu Risikozuschlägen, die allerdings nur bis zu der Höhe durchgeführt werden, bei der es zur generellen Ablehnung hoher Risiken kommt. Für die Berechnung der individualisierten Rückstellungsbeträge schlägt er die Verwendung von diagnosegestützten Klassifikationssystemen und Schätzmodellen vor, ohne jedoch hierbei ein solches Modell zu entwickeln. Zielvariablen solcher Modelle sollten so weit wie möglich

Sacheinheiten sein (wie z.B. Krankenhaustage), um Kalkulationen für unterschiedliche Tarife vornehmen zu können (z.B. Ein- und Zweibettzimmer im Krankenhaus) und somit der Tarifvielfalt Rechnung tragen zu können. Insofern zielt Meyer auf die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen für alle Tarife ab. Klassifikationssysteme und Schätzmodelle sollen standardisiert werden und auf gesicherten Datengrundlagen basieren (Meyer 2004). Dabei schlägt Meyer die Einrichtung einer Clearingstelle vor, die die entsprechenden Daten sammelt (also etwa eine morbiditätsbezogene Verbandsstichprobe und Verbandsstatistik), verwaltet und im Rahmen des statistischen Schätzverfahrens verwendet. Hier käme sowohl eine Organisation der PKV-Unternehmen selber (also z.B. der PKV-Verband) als auch eine Aufsichtsbehörde in Frage. Meyer schlägt vor, dass individuelle Unternehmen die Ergebnisse der auf der zentralen Datensammlung der Clearingstelle basierenden Prognose für ihre Kalkulation nur dann durch unternehmensinterne Prognosen ersetzen dürfen sollen, wenn sie über unternehmensindividuelle Daten mit anderen Kostenverläufen und/oder einem anderen Kostenniveau verfügen, die einem Treuhänder gegenüber nachgewiesen werden können (Meyer 2001). Aus den Ausführungen wird nicht unmittelbar klar, ob in diesem Falle nur eigene Daten oder auch ein abweichendes Klassifikationssystem oder Schätzmodell verwendet werden darf – beides wäre theoretisch denkbar. Meyer schlägt auch vor, dass die Clearingstelle neben der Organisation des Informationsflusses, der Datensammlung und der Anwendung des Prognosemodells auch Aufgaben einer Schiedsstelle um die Höhe der mitzugebenden Alterungsrückstellung, sei es zwischen Versicherungsunternehmen oder zwischen Versicherer und wechselndem Versicherten, übernehmen könnte. Generell argumentiert Meyer jedoch auch, dass die Interessenslage der Unternehmen in Richtung der Mitgabe einer angemessenen individuellen Alterungsrückstellung auch im Falle eines Versicherten mit höherer Morbidität wirkt, denn das potentiell abgebende Unternehmen wird den Versicherten behalten müssen, wenn es im Falle des Wechselwunsches keine angemessene Rückstellung mitgibt, und das aufnehmende Unternehmen kann durch die mitgegebene Rückstellung den Versicherten prospektiv kostendeckend versichern (Meyer 1994). Allerdings erwägt er auch die Einführung eines „milden Kontrahierungszwangs“, der das aufnehmende Unternehmen dazu bringt, in jedem Falle ein Angebot mit einer risikoadäquaten Prämie zu kalkulieren und anzubieten. Die Maßstäbe bei der Ermittlung der nach oben unbegrenzten Risikozuschläge sollen dabei denen für die Errechnung der individuellen Alterungsrückstellungen entsprechen (Meyer 2004). Meyer führt allerdings nicht näher aus, wie diese Entsprechung umzusetzen ist.

4.2.2 Das Modell von Nell und Rosenbrock

Auch **Nell und Rosenbrock** (Nell und Rosenbrock 2007; Nell und Rosenbrock 2008) plädieren für die Mitgabe individueller prospektiver Alterungsrückstellungen im Szenario eines Wechsels von Versicherten zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen. Ihr Ansatz zur Ermittlung dieser individuellen Alterungsrückstellungen ist jedoch ein anderer als bei Meyer und steht im Zusammenhang mit einer in Teilen differenzierteren Sicht auf die Funktionsweise der privaten Krankenversicherung im Allgemeinen und die Einordnung der Alterungsrückstellungen im Rahmen des Anwartschaftsdeckungsverfahrens im Besonderen. Wie Meyer unterscheiden sie im Rahmen der privaten Krankenversicherung neben der

Funktion der Deckung des kurzfristigen Krankheitsrisikos diejenige der Abdeckung der systematischen und altersbedingten Erhöhung der Krankheitskosten (bei Meyer als Rentenversicherung bezeichnet) und die der Versicherung des individuellen langfristigen Krankheitsrisikos. Beide letztere Funktionen werden im Kollektiv aus den Alterungsrückstellungen gespeist und müssen insofern auch ihren Ausdruck finden in den mitzugebenden individuellen Alterungsrückstellungen. Darüber hinaus machen die Autoren jedoch aufmerksam auf ein weiteres Risiko der Versicherten, das sie „kollektives Prämienrisiko“ nennen und unter das alle Risiken subsumiert werden, die zu einer Prämienerrhöhung aufgrund höherer als der ursprünglich im Tarif kalkulierten Kosten führen (Nell und Rosenbrock 2008). Darunter fallen einerseits das so genannte Strukturrisiko, also das Risiko einer von den initialen Schätzungen für die Tarifikalkulation systematisch abweichenden Entwicklung der Risikostruktur des Versichertenkollektivs. Andererseits werden hierzu von den Autoren auch mögliche Prämienerrhöhungen durch medizinisch-technischen Fortschritt oder die so genannte medizinische Inflation, also Preiserhöhungen für medizinische Leistungen auch oberhalb der allgemeinen Inflationsrate, gezählt. Auch eine abweichende Entwicklung bei der Sterblichkeit ist hier vorstellbar. Da die Kalkulationsmethodik der PKV bedingt, dass diese Risiken erst dann in Prämienerrhöhungen umgesetzt werden, wenn sie sich in den Kopfschäden der Versicherten in einem hinreichenden Ausmaß¹¹ manifestiert haben, können Prämienanpassungen in den verschiedenen Kollektiven je nach Alterszusammensetzung zu jeweils unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden (vgl. 4.1). Der Barwert der zu einem konkreten Zeitpunkt eigentlich zu erwartenden künftigen Leistungen (d.h. derjenigen Leistungen, die man unter Einbezug des vorhandenen Wissens sowohl über die gegenwärtige Risikostruktur des Kollektivs als auch über allgemeine vorhersehbare Kostensteigerungen annehmen würde) kann also punktuell insofern über die Alterungsrückstellungen der jeweiligen Kollektive in unterschiedlichem Ausmaß abgedeckt sein. Das bedeutet aber auch, dass die Summe aller mitzugebenden Alterungsrückstellungen bei Verwendung eines verbandsübergreifenden Schätzmodells, das die aktuellen Diagnosen der jeweiligen Versichertenkollektive verwendet, durchaus nicht gleich sein muss mit der Summe der bisher angesammelten Alterungsrückstellungen, wie Meyer das in seinem Modell annimmt. Grund ist die fehlende Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos der jeweils konkreten Versichertenkollektive. Die Allokation des kollektiven Prämienrisikos beim jeweiligen Versichertenkollektiv ist jedoch dem System der privaten Krankenversicherung immanent und sollte deshalb nach Meinung der Autoren beibehalten werden.

Ein Modell, das aufgrund der Anwendung unternehmensübergreifender Rechnungsgrundlagen jeweils unterschiedliche kollektive Prämienrisiken nicht berücksichtigt, könnte zu adverser Selektion führen. So würde z.B. in einem Tarif mit einem Portfolio vorwiegend junger Versicherter (und damit einer bisher geringen Prämienwirksamkeit einer zu erwartenden stärkeren Versteilerung der Profile im höheren Alter¹²) auf Basis bundesdurchschnittlicher Profile eine relativ hohe zu übertragende individuelle Alterungsrückstellung berechnet – die Summe aller so berechneten individuellen Alterungsrückstellungen würde die gesamte

¹¹ Auslösender Faktor nach § 12b Abs. 2 VAG.

¹² Vgl. dazu Buchner, F. und J. Wasem (2006a).

Alterungsrückstellung im Tarif übersteigen. Bei Wechsel eines Versicherten würde also die Summe der Alterungsrückstellungen des verbleibenden Kollektivs überproportional gekürzt (stärker als in einem Portfolio mit vielen älteren Versicherten, in dem diese Versteilerungseffekte bereits eingepreist sind). Das auf diese Weise zusätzlich erhöhte kollektive Prämienrisiko könnte dann weitere Versicherte zum Wechsel bewegen. Würden alle Versicherten wechseln wollen, ergäbe sich möglicherweise die Situation, dass die Summe der ermittelten individualisierten mitzugebenden Alterungsrückstellungen die Summe der vorhandenen kalkulatorischen Alterungsrückstellungen übersteigen könnte.

Nell und Rosenbrock präsentieren als Lösungsansatz die so genannte **Summenregel** für die Alterungsrückstellungen eines Kollektivs: Zu regelmäßigen Stichtagen für mögliche Wechsel sollen allen Versicherten (also nicht nur Wechselwilligen) individuelle Risikoausgleichsbeträge zugewiesen werden, die dann mit ihren kalkulatorischen Alterungsrückstellungen verrechnet werden und so den möglichen Übertragungsbetrag der individuellen Alterungsrückstellung bestimmen. Basis ist das jeweilige individuelle gesundheitliche Risiko jedes Versicherten im Verhältnis zu dem der anderen Versicherten, das im Rahmen eines entsprechenden zuentwickelnden Klassifikationssystems zu messen ist; die Ausgleichsbeträge werden also relativ und nicht absolut wie bei Meyer berechnet. Ansonsten könnte sich der einzelne Versicherte bei hohem kollektivem Risiko per Wechsel unter Mitnahme seiner absolut berechneten Alterungsrückstellung dem kollektiven Prämienrisiko entziehen und dieses überproportional dem verbleibenden Kollektiv auferlegen. Die Alterungsrückstellung von abgehenden Versicherten soll aber so bestimmt werden, dass sich die kollektiven Rechnungsgrundlagen des verbleibenden Kollektivs genauso entwickeln wie es ohne die Versichererwechsel geschehen würde (Nell und Rosenbrock 2007). Die Summe der Risikoausgleichsbeträge, also die Summe der Abweichungen von den rechnerischen Alterungsrückstellungen über alle Versicherten eines Tarifs, muss entsprechend 0 betragen.

In 2009 konkretisieren Nell und Rosenbrock die Umsetzung der Summenregel im Rahmen der Kalkulationssystematik der PKV, indem sie ein kollektives Risikoausgleichskonto einführen, in das Risikoausgleichsbeträge eintretender Versicherter eingezahlt werden und aus dem periodische Verrechnungsbeträge in die Berechnung der Grundkopfschäden eingehen. Dadurch wird dynamisch gesehen die Summenregel derart modifiziert, dass die Summe der Risikoausgleichsbeträge aller Versicherten eines Kollektivs im Jahr jeweils der Höhe des Risikoausgleichskontos minus der entnommenen Verrechnungsbeträge des aktuellen Jahres entsprechen muss (Nell und Rosenbrock 2009). Bei dieser „modifizierten Summenregel“ kann die grundsätzliche Kalkulationsmethodik der PKV basierend auf kalkulatorischen Alterungsrückstellungen beibehalten werden (anstelle der Alternative einer veränderten auf Risikoklassen basierenden Kalkulationsweise) (Nell und Rosenbrock 2009).

Nell und Rosenbrock erkennen die Schätz- und Verifizierungsproblematik bei der Bestimmung der individuellen Alterungsrückstellung bzw. der Risikoausgleichsbeträge durchaus an und halten entsprechende Prognosen wegen der Pauschalität der Schätzungen für schwierig intersubjektiv überprüfbar. Jedoch halten sie dies bei symmetrischer Informationslage aller Marktteilnehmer nicht für problematisch. Eine entsprechende Fairness der Berechnung kann nach Meinung der Autoren hier über angemessene

Anreizmechanismen hergestellt werden. Fehlerhafte Anreize entstehen aus ihrer Sicht bei vereinzelter Kalkulation für einen (wechselwilligen) Versicherten: Hier wäre ein risikoloser Versuch des von möglichem Wechsel betroffenen Versicherers möglich, den Versicherten mit zu geringer Alterungsrückstellung sein Glück bei einem anderen Versicherer versuchen zu lassen, da nichts zu verlieren, dagegen im Falle des geglückten Wechsels mit niedriger kalkulierten individuellen Alterungsrückstellungen ein Gewinn zu erzielen sei. Bei Anwendung der Summenregel jedoch stünden zu niedrig berechneten Alterungsrückstellungen bei der einen Versichertengruppe zu hohe bei einer anderen Gruppe entgegen, die dann dort systematisch zu Wechsel anreizen und bei dort vollzogenem Wechsel die Alterungsrückstellungen für das verbleibende Kollektiv unangemessen reduzieren würden. Nell und Rosenbrock schlagen hier auch vor, dass der Wechselwunsch eines Versicherten zum Stichtag nicht vorab anzukündigen sei (Nell und Rosenbrock 2007). Systematische Fehlkalkulationen für ein Kollektiv wären nach Auffassung der Autoren auch auffälliger als solche für Einzelne. Insofern sorgen in diesem Modell die Anreize aus der Anwendung der Summenregel für eine faire Kalkulation der individuellen Alterungsrückstellungen. Hier werden allerdings Versicherte mit gleichem Gesundheitsrisiko in Tarifen mit ähnlichem oder gleichem Leistungsvolumen bei unterschiedlichen Versicherern beim Wechsel je nach dem kollektiven Prämienrisiko ihres bisherigen Versichertenkollektivs nicht notwendigerweise gleichgestellt, was Nell und Rosenbrock als sinnvoll im Sinne der Systemlogik der PKV ansehen.

In 2009 beschäftigen sich die Autoren auch mit der Verhütung möglicher Manipulation des Grundkopfschadens im Rahmen der dynamischen Anwendung ihres Modells. Hier schlagen sie vor, einen Kontrollmechanismus bezüglich der Höhe der angesetzten Entnahmebeträge aus dem kollektiven Risikoausgleichskonto bei der Berechnung der Grundkopfschäden bei einer Regulierungsbehörde, möglicherweise der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), vorzusehen (Nell und Rosenbrock 2009).

Im Falle besonderer Schätzrisiken bei bestimmten Erkrankungen schlagen die Autoren außerdem vor, ggfs. einen unternehmensübergreifenden Überschadensausgleich einzuführen oder alternativ Rückversicherungslösungen zu erwägen (Nell und Rosenbrock 2009).

4.2.3 Die Modellierungen von Zähle

Zähle setzt die Modellüberlegungen von Meyer in ein mathematisches Kalkulationsmodell für die individualisierten prospektiven Alterungsrückstellungen um, wobei er sich anders als Meyer klar auf unternehmensindividuelle und nicht unternehmensübergreifende Rechnungsgrundlagen bezieht (Zähle 2010; Zähle und Zähle 2013). Dabei teilt er den Versichertenbestand eines Tarifs in Risikoklassen ein, die den jeweiligen für das Krankheitskostenrisiko relevanten Gesundheitszustand des einzelnen Versicherten relativ zum Durchschnitt seiner Altersklasse beschreiben. Wie genau der Gesundheitszustand zu spezifizieren und zu bewerten ist, bleibt fachübergreifenden Expertenteams überlassen oder könnte sich an Erfahrungen aus der Kalkulation von Risikozuschlägen orientieren, ggfs. ist

nach Zähle eine Orientierung am Klassifikationssystem des Morbi-RSA zu erwägen. Unter Nutzung von Übergangswahrscheinlichkeiten für die Risikoklassen im Laufe der Versicherungsperioden entwickelt Zähle ein wahrscheinlichkeitstheoretisches Markovmodell, um jeweils Barwerte für die einzelnen Risikoklassen ermitteln zu können. In seiner ersten Modellierung unter der Annahme konstanter Rechnungsgrundlagen (Zähle 2010) kann ex ante, also schon bei Vertragsabschluss, für jede aktuelle Risikoklasse des Versicherten zum Wechselzeitpunkt und jede Vertragsdauer die Höhe der portablen Alterungsrückstellung bestimmt werden. Die von Zähle und Zähle 2013 vorgestellte Erweiterung auf sich ändernde Rechnungsgrundlagen im Zeitablauf (Zähle und Zähle 2013) verwendet bei jeweils aktuellen Rechnungsgrundlagen für die Prämien(-neu-)berechnung jeweils die Ausgangs-Risikoklasse eines Versicherten und für die Berechnung der individualisierten Alterungsrückstellung bei Tarif- oder Versichererwechsel die aktuelle Risikoklasse. Bei Verwendung von unternehmensspezifischen Rechnungsgrundlagen wird so das von Nell und Rosenbrock benannte kollektive Prämienrisiko berücksichtigt. Diese Kalkulationsweise führt automatisch dazu, dass die Summenregel erfüllt ist. Zur durchgängigen Anwendung eines solchen Modells müsste die Kalkulationsweise der PKV-Unternehmen also verändert werden. Zähle schlägt alternativ pragmatisch vor, dass seine Modellierung unter Verwendung der Risikoklassen nur als eine Art Schattenmodell für Wechsler verwendet werden könnte. Um Ungenauigkeiten bei der Bestimmung der und Zuordnung zu den Risikoklassen sowie bei den Kostenschätzungen abzufedern, sollen Sicherheitsabschläge bei der Schätzung verwendet werden. Im Falle eines Versichererwechsels kann der Versicherte idealerweise – ohne Berücksichtigung der Sicherheitsabschläge – so einen Betrag als mitgegebene Alterungsrückstellung erhalten, der im Falle der Nutzung der gleichen biometrischen Rechnungsgrundlagen durch einen anderen Versicherer ihm ermöglicht, zur gleichen Nettoprämie in einem dem Ausgangstarif entsprechenden Versicherungstarif weiterversichert zu werden. Bei Verwendung von Sicherheitsabschlägen wird ein Versichererwechsel etwas unattraktiver – die Situation ist aber (für schlechte Risiken und in leistungsstarken Tarifen) immer noch stark verbessert im Vergleich zur heutigen Regelung (Zähle und Zähle 2013).

4.2.4 Der Beitrag von Eekhoff

Auch **Eekhoff et al.** greifen (zum Teil im Rahmen des Vorschlags einer Bürger-Privatversicherung) grundsätzlich das Modell individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen auf, steuern aber keinen wesentlichen neuen Erkenntnisse zur Kalkulationsweise bei. Ihr Diskussionsbeitrag besteht eher darin, dass sie stärker als z.B. Meyer auf Anreize innerhalb des PKV-Systems und die Ergebnisse von Selbstregulierung bauen, so dass sie bei der Umsetzung eine Clearing-Stelle und Festlegungen bezüglich einer einheitlichen Kalkulationsweise der Unternehmen ablehnen (Eekhoff et al. 2008; Eekhoff und Arentz 2013). Aufgrund unterschiedlicher Risikoeinschätzungen der Versicherer, die auf der jeweiligen Kostenstruktur, möglichen Spezialisierungen auf verschiedene Erkrankungen und der unternehmensspezifischen Anlagepolitik beruhen könnten, kann es aus ihrer Perspektive

keine objektiv richtige Alterungsrückstellung geben – insofern nähern sie sich Nell und Rosenbrock. Jedoch nehmen sie ähnlich wie Meyer in seiner Argumentation an, dass die Versicherer Anreize haben, per Verhandlung zu realistischen Alterungsrückstellungen zu kommen, so dass Versicherte in der Regel in für ihre Erkrankung effektivere Tarife und Unternehmen wechseln würden. Die Wechsellmöglichkeit selber setze damit auch Anreize zu sauberer Prämienkalkulation. Selbst bei Hochrisikofällen und risikoaversen Versicherern nehmen sie an, dass im Spiel der Interessen zwischen gerne abgabewilliger bisheriger Versicherung und ggfs. aufnehmendem Unternehmen eine Alterungsrückstellung erreicht werden könnte, die das höhere und unsichere Risiko berücksichtigt.

4.2.5 Das Modell von Meier und Werding

Meier und Werding und ihr Koautor Baumann schlagen ein Verfahren vor, das in der Methodik der Ermittlung individualisierter Alterungsrückstellungen zwischen guten und schlechten Risiken differenziert (Meier et al. 2004; Meier 2005; Baumann et al. 2006; Meier und Werding 2007). Die Grundüberlegung des Modells basiert auf einer gedachten Differenzierung der deutschen privaten Krankenversicherung in drei Versicherungsfunktionen und basiert gedanklich auf Pauly's Modell¹³ eines periodischen (Kranken-)Versicherungsvertrags mit garantierter Erneuerbarkeit (Pauly et al. 1995) und den Überlegungen von Cochrane zur zeitkonsistenten Krankenversicherung (Cochrane 1995). Hier wird eine entsprechende Sichtweise auf die deutsche private Krankenversicherung angewendet, so dass diese in drei Komponenten zerlegt werden kann: die der Abdeckung der Kosten eines guten Risikos jeweils für eine Periode, eine Prämienversicherung, die für Stabilität der Prämie auch bei Abweichung der (prognostizierbaren) Krankheitskosten vom kohortenspezifischen Durchschnitt sorgt, und schließlich die Rentenversicherung, die die Stabilität der Prämie über die Zeit trotz altersspezifischer Kostensteigerungen bewirkt. Prämien- und Rentenversicherungskomponente werden über die Alterungsrückstellungen finanziert und sind deshalb nicht per se unmittelbar in ihrer jeweiligen Höhe ersichtlich (Meier und Werding 2007). Die Autoren konzentrieren sich hier insbesondere in ihren ersten Veröffentlichung zur Thematik aus in erster Linie pragmatischen Gründen auf die Ermittlung angemessener Alterungsrückstellungen für gute Risiken, d.h. aller Risiken, die unterhalb des Durchschnittsrisikos ihrer Bezugsgröße liegen. Bei ihrem Wechsel soll keine Gesundheitsprüfung durchgeführt werden, aber das verbleibende Versichertenkollektiv so gestellt werden wie zuvor, d.h. mit der gleichen Absicherung im Rahmen der Renten- und Prämienversicherungsfunktion durch die verbleibenden Alterungsrückstellungen wie zuvor. Die mitgenommenen Alterungsrückstellungen für die guten Risiken dürfen deshalb auf keinen Fall Anteile der Rückstellungen im Rahmen der Prämienversicherung enthalten, dürfen also nicht höher sein als der Rentenversicherungsanteil¹⁴. Der Rentenversicherungsanteil guter

¹³ Pauly bezieht sich hier auf jährliche Versicherungsperioden in Schadens- und eben auch Krankenversicherungen, wie in den USA üblich, und führt eine Prämienversicherungsfunktion ein.

¹⁴ Ggfs. stünde theoretisch den guten Risiken ein höherer Rentenversicherungsanteil zu, wenn sie aufgrund ihres Gesundheitszustands eine längere Lebenserwartung hätten. Eine Beschränkung auf den

Risiken lässt sich nach Meier et al. auf Basis einer wesentlich geringeren Datengrundlage ermitteln, da keine individuellen Kostenprognosen benötigt werden. Die Autoren benennen entsprechend folgenden Datenbedarf:

- „alters- und geschlechtsspezifische jährliche Abgangsraten aus dem Zustand eines (normierten) guten Risikos,
- alters- und geschlechtsspezifische Faktoren, die die Unterschiede in der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen zwischen einem (normierten) guten und einem durchschnittlichen erhöhten Risiko beschreiben,
- alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeitsraten für (normierte) gute und erhöhte Risiken.“(Meier und Werding 2007)

Alternativ zum Aufbau eines entsprechenden Datensatzes schlagen sie vor, mittels der Ermittlung der Selektionsgewinne, die dem Versicherer durch die Kalkulation der Prämie guter Risiken auf Basis des durchschnittlichen Risikos entstehen, den Betrag zu ermitteln, der die Prämie des guten Risikos bei Wechsel in den eigenen Vertrag unverändert ließe. Sie gehen davon aus, dass dieses Verfahren näher an der gängigen versicherungsmathematischen Praxis der Unternehmen liege. Eine alleinige Ermöglichung eines Wechsels guter Risiken ohne Schaden für das verbleibende Versichertenkollektiv wird aber schon als entscheidender Vorteil für das PKV-System gegenüber dem Status quo gesehen (Baumann et al. 2006).

Die Ermittlung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen auch für schlechte Risiken, um auch solchen Bestandskunden der PKV mittels risikogerechter Übertragung den Wechsel des Versicherers zu ermöglichen, sehen die Autoren primär mit Blick auf Fragen der Datenverfügbarkeit skeptischer als Meyer. Eine Verhandlungslösung zwischen abgebendem und aufnehmendem Versicherungsunternehmen wird wegen gegenläufiger Interessen der Verhandlungspartner und davon ausgehender Incentives für die Gesundheitskostenprognose als problematisch und potentiell zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führend angesehen. Alleine in der Publikation von 2007 schlagen Meier und Werding die Nutzung einer oder mehrerer neutraler Clearing-Stellen vor, die auf Anrufen des wechselwilligen Versicherten hin die Risikoeinstufung des Versicherten beim alten und ggfs. auch den Risikozuschlag beim neuen Versicherten ermittelt. Clearing-Stellen könnten den Wechsel auch von schlechteren Risiken erleichtern. Basis sollen Inanspruchnahme des abgebenden Versicherers sowie die Selbstauskunft des wechselwilligen Versicherten sein; über die Methodik wird nicht weiter berichtet. Allerdings sollen weiterhin verschiedene Schätzmodelle bei den Versicherern möglich sein. Eine sehr milde Form des Kontrahierungszwangs der Versicherungsunternehmen (Verpflichtung, ein risikogerecht kalkuliertes Angebot zu unterbreiten) soll im Kontext des Ansatzes mit Clearing-Stellen diesen Prozess absichern (Meier und Werding 2007).

durchschnittlichen Rentenversicherungsanteil bei der Übertragung der individuellen Altersrückstellung für gute Risiken sichert jedoch die Position des verbleibenden Kollektivs in jedem Falle (Meier et al. 2004).

4.2.6 Überblick: Merkmale der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen

Tabelle 2 zeigt einige Merkmale der diskutierten Modelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen. Die Modellierungen von Zähler sind nicht eingeschlossen, da – abgesehen von ihrem Bezug auf unterschiedliche Tarife und Risikogruppen sowie auf ein Bezugsszenario des Wechsels innerhalb des PKV-Systems – keine weiteren Systemfestlegungen getroffen werden und sie als eine versicherungsmathematische Konkretisierung von Meyers Modell gesehen werden können.

Tabelle 2: Merkmale der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen

	Meyer	Eekhoff	Nell/ Rosenbrock	Meier/Werding
Bezugsszenario ¹⁵	Weiterbestand PKV-System	Bürgerprivatversicherung	Weiterbestand PKV-System	Weiterbestand PKV-System
Form der portablen AR	individualisiert	individualisiert	individualisiert	individualisiert
Übertragungszeitraum	einmalig	einmalig	einmalig	einmalig
Einbezogene Tarife und Leistungsumfänge	alle	alle	alle	alle
Einbezogene Risiken	alle	alle	alle	pragmatisch: Vorwiegend gute Risiken
Standardisiertes Morbi-Klassifikationssystem	ja	nein	nein	nein
Rechnungsgrundlagen	Unternehmensindividuell oder -übergreifend ¹⁶	unternehmensindividuell	unternehmensindividuell	unternehmensindividuell
Funktion Clearing-Stelle	ja	nein	nein	Im Falle des Einbezugs schlechter Risiken
Funktion Schiedsstelle	ja	nein	nein	Im Falle des Einbezugs schlechter Risiken
Kontrahierungszwang	ja, bei risikoadäquater Prämienkalkulation	nein	nein	Im Falle des Einbezugs schlechter Risiken

Quelle: eigene Darstellung

Alle hier dargestellten Modelle beziehen unterschiedliche Tarife und Leistungsumfänge ein. Dies ist auch damit in Zusammenhang zu sehen, dass sie sich mit der Optimierung eines weiterbestehenden PKV-System (im Fall von Eekhoff bis hin zur privaten

¹⁵ Unter Bezugsszenario ist jeweils das vom Modell-Autor gewählte Szenario für seine Modellentwicklung angeführt - es besteht kein unmittelbarer Bezug zu den Szenarien, für die im Projektbericht die Anwendbarkeit der Modelle untersucht wird.

¹⁶ In Zählens Umsetzung: unternehmensindividuell.

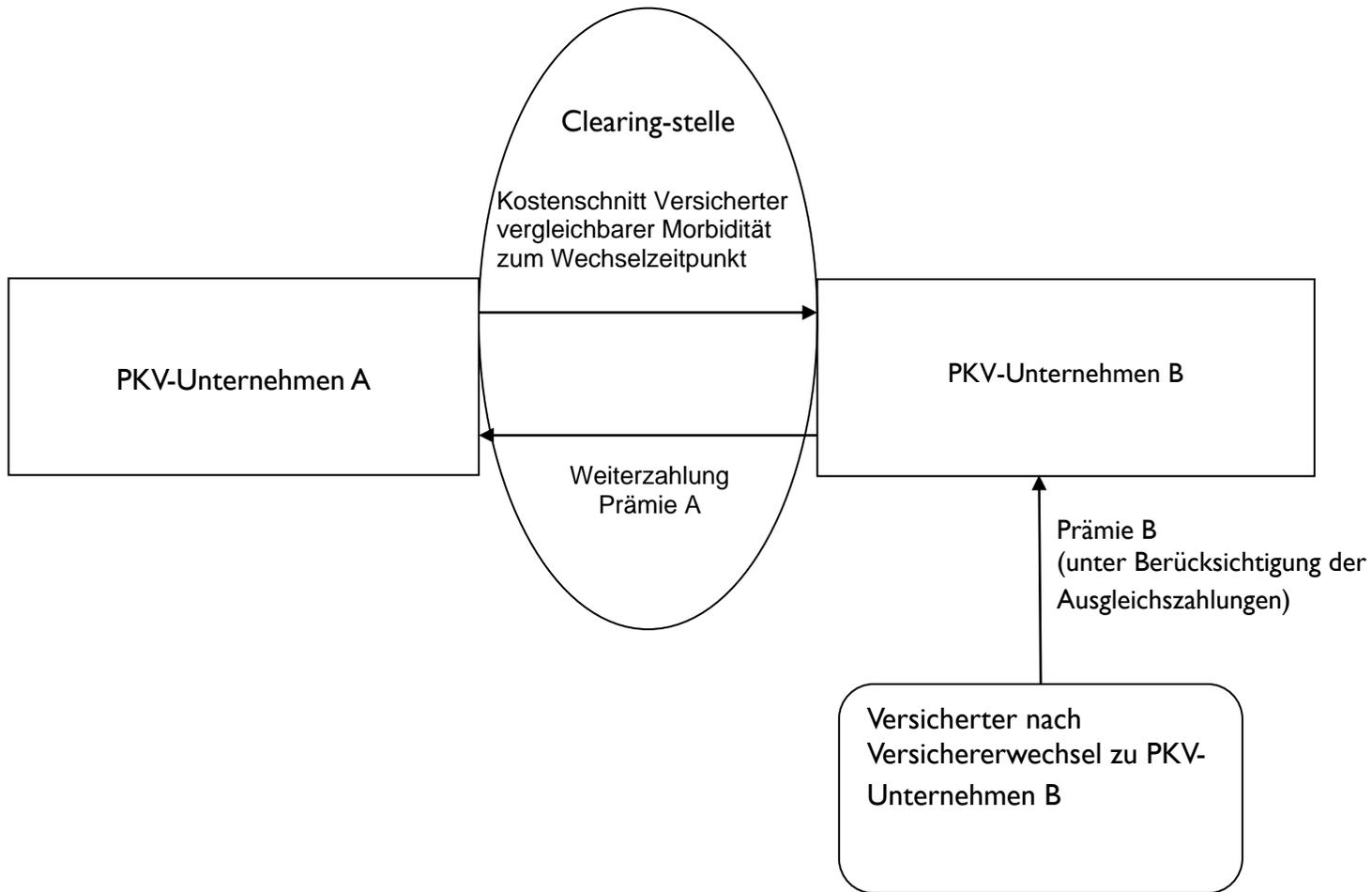
Bürgerversicherung) beschäftigen. Bis auf Meier et al., die nur in einer Veröffentlichung mit Skepsis ein individualisiertes Portabilitätsmodell auch für schlechtere Risiken entwerfen, zielen alle Autoren auf reale Wechselmöglichkeiten möglichst aller Risiken unter den Bestandskunden. Die Modelle unterscheiden sich jedoch in ihrer Regulierungstiefe. Während Meyer einen Kontrahierungszwang aufnehmender Versicherungsunternehmen bei Kalkulation risikoadäquater Prämien und die verpflichtende Verwendung eines diagnosebezogenen Klassifikationssystems vorsieht, sehen Eekhoff und Nell/Rosenbrock diese Notwendigkeit nicht. Ähnlich ist es in Bezug auf die Verwendung einer Clearing- und Schiedsstelle. Meier et al. schlagen diese Elemente nur im Falle des Einbezugs schlechter Risiken in ein System der individualisierten Mitgabe von Altersrückstellungen vor. Alle Autoren betonen die Notwendigkeit der Entwicklung medizinisch-ökonomischer Klassifikationsmodelle zur Risikoeinstufung, ohne selber solch ein Modell vorzulegen.

4.3 Modell mit ratierlichen Zahlungen aus der Alterungsrückstellung: Leistungsausgleich für Wechsler

Im Gegensatz zu den oben beschriebenen Modellen der einmaligen Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen schlägt der nunmehr zu besprechende Ansatz ratierliche Berechnungen und Zahlungsflüsse zwischen abgebendem und aufnehmendem Unternehmen vor, über die in der Summe ein der Morbidität des Versicherten zur Zeit des Wechsels angemessener individualisierter Betrag aus der kollektiven Alterungsrückstellung überstellt werden soll. Die zur Zeit des Wechsels gebildete Altersrückstellung verbleibt also zunächst einmal bei dem Versicherungsunternehmen, bei dem sie entstanden ist.

Das Modell des Leistungsausgleichs für Wechsler wurde von Buchner und Wasem unter Mitarbeit von Sehlen vorgeschlagen (Buchner und Wasem 2006). Abbildung 1 stellt schematisch den Ablauf der Zahlungsströme des Modells dar.

Abbildung 1: Zahlungsflüsse im Modell eines Leistungsausgleichs für Wechsler



Quelle: eigene Darstellung nach Buchner und Wasem 2006.

Das aufnehmende Unternehmen zahlt über eine Clearing-Stelle den bisherigen Beitrag des Wechslers, der auf seinem Gesundheitszustand und seinem Alter zur Zeit des Erstvertrags beruht, weiter. Dem stehen periodische Zahlungen des abgebenden Unternehmens gegenüber, die sich nach empirischen Kostendurchschnitten richten, und zwar den Kosten einer Vergleichsgruppe von Versicherten des Ausgangstarifs des Wechslers, die zur Zeit seines Wechsels nach Alter und Morbidität gleich klassifiziert sind. Der Ausgleich kann sich so periodisch ex post vollziehen. Prämienanpassungen beim alten Versicherer werden jeweils weitergegeben. Ein zu entwickelndes Klassifikationssystem für die morbiditätsbedingte Eingruppierung der Versicherten soll verpflichtend sein und die Software zu zertifizieren, jedoch können individuelle Kalkulationsgrundlagen der einzelnen PKV-Unternehmen verwendet werden. Das Modell führt dazu, dass bei jungen wechselnden Versicherten zunächst beim abgebenden Versicherungsunternehmen die Alterungsrückstellung weiter aufgebaut und später abgebaut wird; bei älteren Versicherungsnehmern erfolgt nach dem Wechsel ein ratierlicher Abbau.

4.3.1 Überblick: Merkmale des Leistungsausgleichsmodells

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Merkmale des Leistungsausgleichsmodells.

Tabelle 3: Merkmale des Leistungsausgleichsmodells

	Leistungsausgleich für Wechsler
Bezugsszenario	Weiterbestand PKV-System
Form der portablen Alterungsrückstellung	Individualisiert
Zeitraum der Übertragung	Ratierlich
Einbezogene Tarife und Leistungsumfänge	Alle
Einbezogene Risiken	Alle

Standardisiertes Morbi-Klassifikationssystem	ja, zur Risikobestimmung
Rechnungsgrundlagen	unternehmens-individuell
Funktion Clearing-Stelle	Ja
Funktion Schiedsstelle	Nein
Einbezogene Risiken	Alle
Kontrahierungszwang	Nein

Quelle: eigene Darstellung

Das Modell zielt auf reale Wechselmöglichkeiten für Versicherte unterschiedlicher Risiken bei Fortbestand des PKV-Systems in allen Tarifen mit unterschiedlichen Leistungsumfängen. Zur Risikobestimmung der wechselwilligen Versicherten sieht es ein verpflichtendes standardisiertes Morbi-Klassifikationssystem vor, das für diesen Zweck zu entwickeln oder zu adaptieren ist. Der Transfermechanismus wird über eine Clearing-Stelle vorgenommen. Ein Kontrahierungszwang für die PKV-Unternehmen ist nicht vorgesehen.

4.4 Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten

4.4.1 Das Modell von Kifmann und Nell

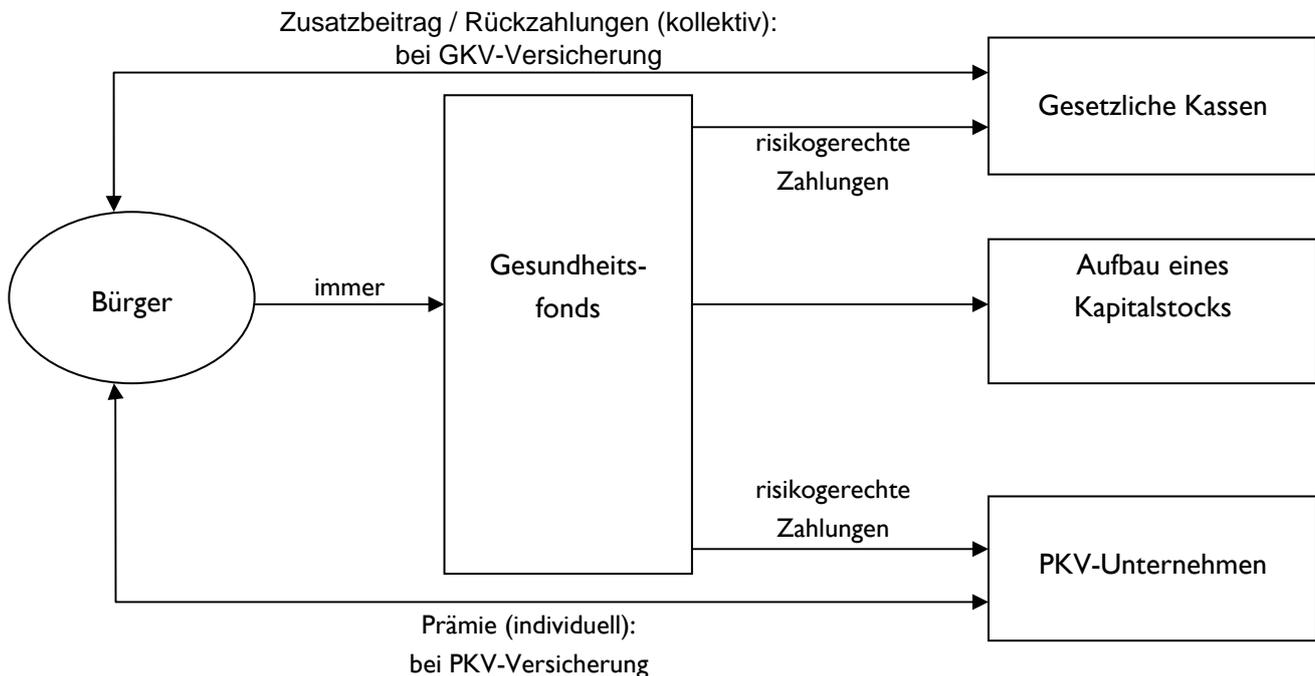
Kifmann und Nell entwerfen im Rahmen des Konzepts eines Systemwettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung unter veränderten Rahmenbedingungen ein Modell, das die Notwendigkeit der Portabilität der Alterungsrückstellungen insoweit reduziert, als bezogen auf die Höhe des Leistungsumfangs der GKV die Funktion der Alterungsrückstellungen zur Glättung der Prämien über den Lebenslauf und zur langfristigen Absicherung des individuellen Gesundheitsrisikos infolge der Existenz eines morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs entfällt (Kifmann und Nell 2014). Das Modell ist hier Bestandteil eines Systemrahmens, in dem die sich verringernde Akkumulation von Alterungsrückstellungen im PKV-System kompensiert wird durch den Aufbau eines Kapitalstocks im Gesundheitsfonds zur Abfederung des demographischen Wandels. Die wesentlichen Elemente des Vorschlags und des zugrunde liegenden Szenarios sind folgende:

- Einkommensabhängiger Beitrag für alle Bürger an den Gesundheitsfonds

- Gleich konstruierte risikoabhängige Zahlungen des Gesundheitsfonds für jeden Versicherten von PKV und GKV für den Leistungsumfang der GKV
- Beibehaltung risikoabhängiger Prämien, langfristiger Verträge ohne ordentliches Kündigungsrecht des Versicherers und Freiheit von Kontrahierungszwang in der PKV.

Auf der Basis des Ausgabenumfangs und des Ausgabenniveaus der GKV soll die PKV über den Gesundheitsfonds in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden. Die Datenbasis für den RSA soll insofern um Kostendaten des PKV-Systems erweitert werden. Wie genau Daten z.B. aus Tarifen mit Selbstbehalt einbezogen werden sollen oder wie ambulante Kosten auf Basis der GOÄ umgerechnet werden sollen, wird in dem Vorschlag nicht näher ausgeführt.

Abbildung 2: Zahlungsströme im Modell von Kifmann und Nell



Quelle: (Kifmann und Nell 2014)

Der Gesundheitsfonds wird finanziert durch einkommensabhängige Beiträge aller Bürger. Er schüttet nach Alter, Geschlecht und Morbidität risikoadjustierte Zahlungen sowohl an die Kassen der GKV als auch an die Unternehmen der PKV aus. Je nachdem, ob die Kostenprofile der gesetzlichen Krankenkassen diesen risikoadjustierten Zahlungen entsprechen, erheben sie einen kassenspezifischen, für alle Mitglieder einheitlichen Zusatzbeitrag für ihre Mitglieder oder erstatten ihnen einen Betrag.¹⁷ Je nach Leistungsumfang des PKV-Vertrags und Kostenprofilen des Versichertenkollektivs im Tarif werden bei den PKV-Versicherten Differenzen über eine risikobezogene, versichertenindividuelle Prämienzahlung (oder auch eine Rückerstattung) ausgeglichen. Der Gesundheitsfonds investiert außerdem in den Aufbau eines Kapitalstocks zur Abdeckung demographischer Risiken (vgl. auch Abbildung 2).

Das Gesamtkonzept soll im Rahmen eines Konvergenzzeitraums zunächst nur für Wechsler in die PKV, nicht aber Bestandsversicherte, eingeführt werden. Zu Beginn dieses Konvergenzzeitraums sind Simulationen der Krankheitskosten der Wechsler auf Basis von GKV-Daten vorgesehen.

Wesentlich für den Themenkreis dieser Studie ist es, dass die Alterungsrückstellungen der PKV im Endzustand der Modellrealisierung an Bedeutung verloren haben, da zumindest für den Leistungsumfang der GKV ihre zwei Funktionen durch den Morbi-RSA ersetzt werden:

¹⁷ Aus dem Konzept geht nicht hervor, ob es in diesem Modell eine Differenzierung zwischen Mitglied und Familienversicherten geben soll und auf welchen Personenkreis sich die Zahlung des Zusatzbeitrags und die Rückerstattung beziehen sollen.

hier findet ein standardisierter Kostenausgleich statt, der das Risiko alters- und morbiditätsbedingter Prämienveränderungen insofern auffängt.

Die Autoren stellen aber fest, dass in dem Modell der Wettbewerb um Bestandskunden zwischen den PKV-Unternehmen außerhalb der Versicherung des GKV-Leistungsumfang weiterhin aufgrund inadäquater Übertragung von Altersrückstellungen beeinträchtigt wird, drücken aber die Hoffnung aus, dass über die Schaffung einer erweiterten Datenbasis per Morbi-RSA auch eine solche für die Ermittlung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen für den erweiterten Versicherungsumfang geschaffen werden könne (Kifmann und Nell 2014). Ein konkreterer Umsetzungsvorschlag wird hier weder für die Übergangsphase noch für den Endzustand des Reformmodells vorgestellt.

4.4.2 Die Modellvarianten von Sehlen et al.

Sehlen et al. haben für drei verschiedene Szenarien Modellvarianten des Einbezugs der Alterungsrückstellungen in einen Risikostrukturausgleich vorgestellt, nämlich für

- den Übergang in ein gemeinsames Versicherungssystem im Umlageverfahren zu einem Stichtag, an dem alle bisherigen PKV-Versicherten in das neue Versicherungssystem und in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden,
- den Übergang in ein gemeinsames Versicherungssystem im Umlageverfahren zu einem Stichtag, an dem alle bisherigen PKV-Versicherten ihre private Krankenversicherung beibehalten, aber Neuzugang nur ins gemeinsame Versicherungssystem stattfindet, die Bestandsversicherten der PKV aber in einen Risikostrukturausgleich einbezogen werden,
- den dauerhaften Fortbestand beider bisherigen Krankenversicherungssysteme unter Einbezug der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich bei gleichzeitiger freier Wahlmöglichkeit aller Versicherten zwischen den Systemen sowie ihren Anbietern.

(Sehlen et al. 2005; Sehlen et al. 2006; Sehlen und Schröder 2010)

Alle Modellvarianten beziehen sich auf den Leistungsumfang der GKV bzw. des gemeinsamen Versicherungssystems. Wenn ein Wechsel in das GKV-System vorgesehen ist (also im ersten und dritten Szenario), können über dessen Leistungsumfang hinausgehende Leistungen unter Fortbestehen der für sie akkumulierten Alterungsrückstellungen bei der PKV weiterversichert werden.

Für die ersten zwei Modellvarianten bzw. Szenarien wird die kalkulatorische Alterungsrückstellung eines Versicherten in einem privaten Versicherungstarif zunächst zerlegt in zwei Teile, nämlich einerseits die Alterungsrückstellung für den Leistungsumfang des GKV- bzw. gemeinsamen Versicherungssystems und andererseits diejenige für den

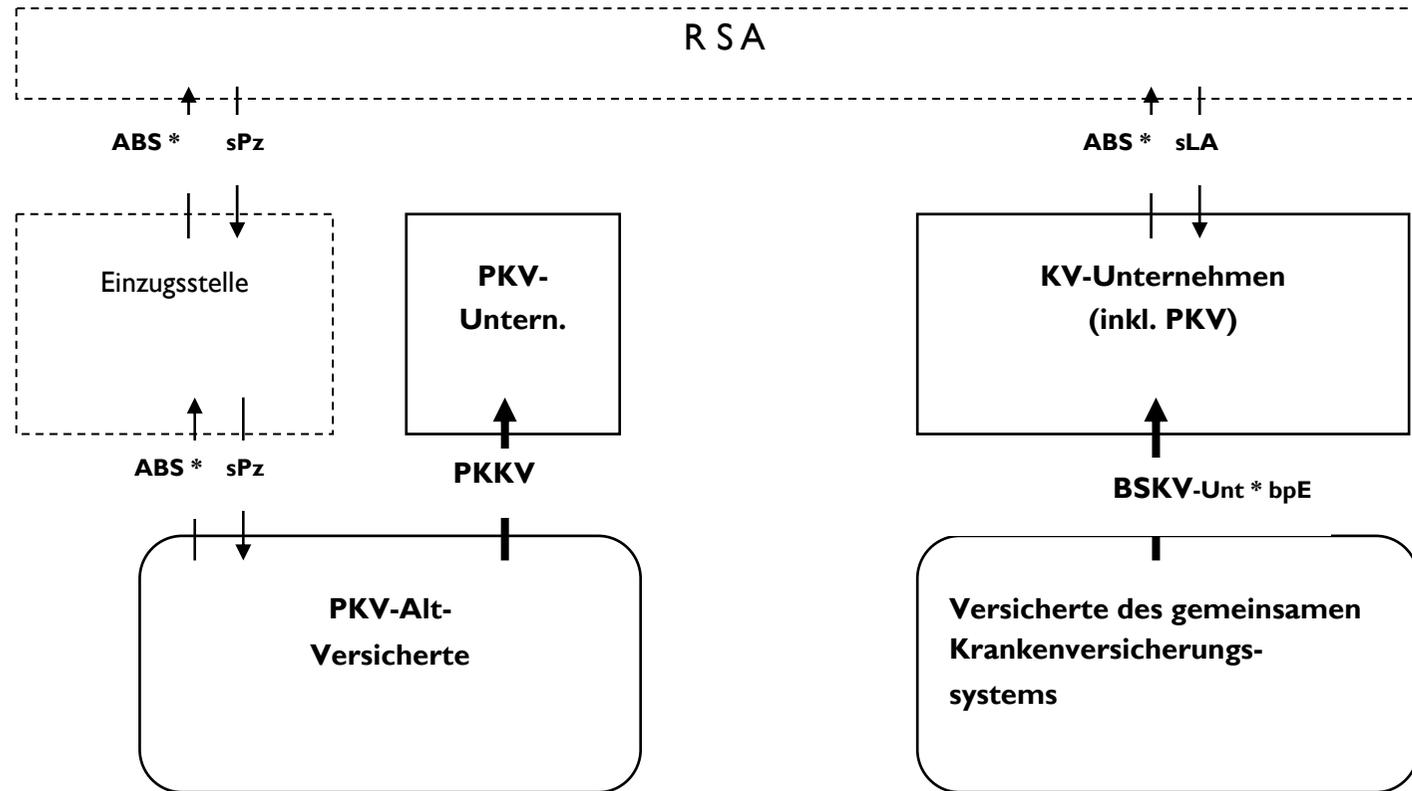
darüber hinausgehenden Leistungsumfang. Dafür werden die durchschnittlichen Ausgaben über die erwartete Lebens- bzw. Versicherungsdauer nach Alter und Geschlecht im Sinne von Ausgabenprofilen des Basis-Versicherungssystems zugrunde gelegt und abgewichtet auf Alterungsrückstellungs-relevante PKV-Profile für den Leistungsumfang des GKV-Systems.¹⁸ Diese Ausgaben werden von den Ausgabenprofilen der Vollversicherung subtrahiert, um ein entsprechendes Profil für die Zusatzversicherung zu erhalten. Aus beiden Profilen lassen sich nun im Zeitverlauf gleichbleibende Prämien kalkulieren. Die gesamte Alterungsrückstellung kann dann nach dem Verhältnis dieser Prämienhöhen aufgeteilt werden. In der Modellvariante wird eine Aufsichtsbehörde für diese Berechnungen vorgeschlagen, der die PKV-Unternehmen die demographischen Daten der Versicherungsnehmer, PKV-Eintrittsalter, Prämienhöhe und tarifbezogene Kopfschäden mitteilen müssen (Sehlen et al. 2005).

Im Szenario des sofortigen Übergangs in ein gemeinsames Versicherungssystem findet dann in der PKV kein weiterer Aufbau von Alterungsrückstellungen statt, sondern die bisher aufgebauten und nach dem oben beschriebenen Algorithmus ermittelten Altersrückstellungen für den Leistungsumfang des gemeinsamen Versicherungssystems werden ratierlich abgebaut. Die Aufsichtsbehörde legt die planmäßigen kalkulatorischen Auszahlungsbeträge fest bzw. bei jüngeren Versicherten mit geringer aufgebauter Alterungsrückstellung auch den Zeitpunkt, ab dem sie in die Finanzierung des gemeinsamen Versicherungssystem eingehen. Da alle bisherigen PKV-Versicherten in das gemeinsame Versicherungssystem eingehen und die Alterungsrückstellungen in einen gemeinsamen Finanzierungsfonds münden, ist eine individualisierte Zurechnung von Altersrückstellungen nach Morbidität nicht nötig – Risikoselektion kann nicht eintreten.

In der zweiten Modellvariante verbleiben die Altkunden der PKV bis zum natürlichen Auslaufen des Systems PKV-versichert – auch hier sind die Versicherten also eindeutig ihrem jeweiligen Versicherungssystem zugeordnet. Die PKV-Versicherten werden jedoch in den Risikostrukturausgleich mit dem neuen gemeinsamen Versicherungssystem einbezogen (vgl. Abbildung 3).

¹⁸ Diese Abgewichtung entspricht der Kalkulationsweise der Privaten Krankenversicherung für die risikozuschlagsfreie Prämie: Aus den Risikozuschlägen bei Vorerkrankungen der Versicherten zum Eintrittszeitpunkt werden keine Alterungsrückstellungen gebildet, so dass ein Teil der Ausgaben der PKV für ihre Versicherten direkt aus den Risikozuschlägen aufgrund bei Versicherungsbeginn schon vorhandener Morbidität, nicht aber aus den Alterungsrückstellungen finanziert wird. Der genaue Vorgang der Abgewichtung wird von den Autoren nicht näher beschrieben.

Abbildung 3: Modellvariante Einbezug der Altkunden der PKV in einen systemübergreifenden Risikostrukturausgleich



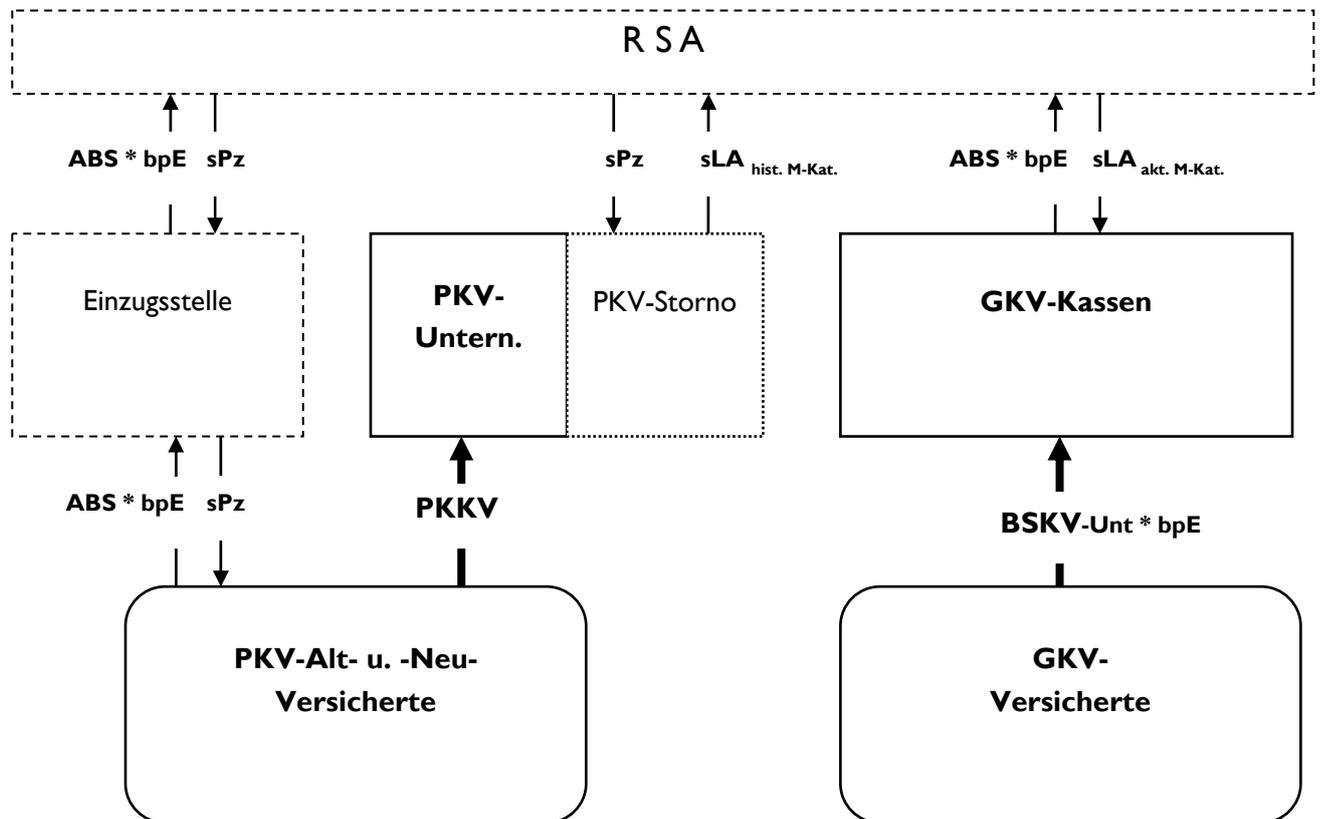
Quelle: (Sehlen et al. 2005), eigene Bearbeitung

ABS: Ausgleichsbedarfssatz PKKV: Prämie für private Krankheitsvollkostenversicherung
 bpE: beitragspflichtige Einnahmen sLA: standardisierte Leistungsausgaben
 sPz: standardisierte Prämienzahlung BSKV-Unt: individueller Beitragssatz des Krankenversicherungsunternehmens

Dabei findet dieser Ausgleich nur zwischen der Einzugsstelle (im Sinne eines Gesundheitsfonds) und den privat Krankenversicherten statt – das PKV-Unternehmen ist hier nicht direkt einbezogen. Alle Versicherten unabhängig vom Versicherungssystem leisten einen einkommensbezogenen Beitrag (hier Ausgleichsbedarfssatz mal beitragspflichtige Einnahmen) an die Einzugsstelle, nehmen also am Einkommensausgleich teil. Während jedoch für die Versicherten des gemeinsamen Versicherungssystems eine morbiditätsbezogene Zuweisung (hier standardisierte Leistungsausgaben) wie vom jetzigen Gesundheitsfonds an die Krankenkassen bzw. die Versicherer des neuen Systems gezahlt wird, erhalten die Bestandskunden der PKV aufgrund des Anwartschaftsdeckungsverfahrens aus dem RSA eine standardisierte Prämienzahlung, die den dem PKV-System immanenten Aufbau von Altersrückstellungen berücksichtigt. Zur Kalkulation dieser Prämienzahlung werden wiederum die im Rahmen der ersten Modellvariante beschriebenen Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht für das Leistungsniveau des gemeinsamen Versicherungssystems verwendet. Allerdings werden bei der Bestimmung der standardisierten Prämienzahlung die bisher angesammelten kalkulatorischen Alterungsrückstellungen einbezogen. Der RSA finanziert also im Umfang des Leistungsniveaus des gemeinsamen Versicherungssystems durch seine standardisierte Prämienzahlung an die PKV-Versicherten den Aufbau von Alterungsrückstellungen mit und wird umgekehrt entsprechend durch die Auflösung von Alterungsrückstellungen entlastet. Der Bestandskunde der PKV erhält die standardisierte Prämienzahlung, ggfs. auch für nicht erwerbstätige Familienmitglieder, von der Einzugsstelle, zahlt aber an das PKV-Unternehmen weiter seine übliche Prämie(-n), deren weitere Entwicklungen er mitträgt. Das PKV-Unternehmen selber ist in Bezug auf seinen alten Kundenbestand nicht von Änderungen betroffen und baut die Alterungsrückstellungen wie geplant auf und ab.

Die dritte Modellvariante geht von einem langfristigen Fortbestand sowohl des GKV- als auch des PKV-Versicherungssystems mit freier Wechselmöglichkeit zwischen den Systemen aus und bezieht beide unter Berücksichtigung des Anwartschaftsdeckungsverfahrens in der PKV in den Risikostrukturausgleich ein (Sehlen et al. 2006). Sie bezieht sich auf den Leistungsumfang der GKV und baut auf der zweiten Modellvariante auf, integriert aber erstens ein erweitertes Verfahren für Versicherte, die im Laufe der Zeit die PKV in die GKV verlassen und verändert zudem das Berechnungsverfahren für die standardisierten Prämienzahlungen (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Modellvariante Einbezug aller PKV-Versicherten in einen systemübergreifenden Risikostrukturausgleich mit Wechselmöglichkeit zwischen den Versicherungssystemen



Quelle: (Sehlen et al. 2006)

ABS: Ausgleichsbedarfssatz

PKKV: Prämie für private Krankheitsvollkostenversicherung

bpE: beitragspflichtige Einnahmen

sLA: standardisierte Leistungsausgaben

sPz: standardisierte Prämienzahlung

BSKV-Unt: individueller Beitragssatz des Krankenversicherungsunternehmens

Akt. M-Kat: aktueller Gesundheitszustand nach Klassifikationsmodell des RSA

hist. M-Kat: Gesundheitszustand bei Austritt aus dem PKV-Unternehmen nach Klassifikationsmodell des RSA

Wie in Modellvariante 2 findet der Risikostrukturausgleich für PKV-Versicherte zwischen Einzugsstelle und Versichertem statt und der Versicherte zahlt den einkommensbezogenen Beitrag an die Einzugsstelle. Die standardisierte Prämienzahlung der Einzugsstelle an den Versicherten erfolgt hier aber über eine Kalkulation rein über die Rechnungsgrundlagen des Risikostrukturausgleichs auf Basis von Alter, Geschlecht und Morbidität des Eintrittsalters in den PKV-Vertrag. Auf Basis des Eintrittsalters in die PKV wird nach den Kalkulationsgrundsätzen der PKV eine lebenslange Prämie für den Versicherten und eventuelle zur Familienversicherung in der GKV berechnete Angehörige für den

Leistungskatalog des einheitlichen Versicherungssystems errechnet, die ggfs. um einen Risikozuschlag ergänzt wird wegen zur Zeit des PKV-Eintritts vorliegender ausgabenrelevanter Morbidität. Die so standardisierte Prämie wird an den Versicherungsnehmer ausgezahlt, der weiterhin wie in der zweiten Modellvariante seine Versicherungsprämie an den Versicherer zahlt. Im Rahmen des zugrunde gelegten Szenarios wird eine entsprechende standardisierte Prämie auch an jedes aus der GKV wechselnde Neumitglied der PKV entsprechend seinem Eintrittsalter in die PKV und seiner Morbidität gezahlt. Der Ausgleichsmechanismus im Rahmen der GKV entspricht der zweiten Modellvariante vollständig.

Hinzu tritt ein Ausgleichsmechanismus für Versicherte, die aus dem PKV-System in die GKV wechseln. Hier verbleibt die Aufgabe der Akkumulation der Alterungsrückstellungen weiter beim PKV-Unternehmen. Dafür erhält es die standardisierten Prämienzahlungen weiter, die während der PKV-Versicherung der Versicherte erhalten hatte. Da aber keine Versicherungsleistungen mehr direkt anfallen und der Versicherer auch nicht mehr auf die weitere Entwicklung des Gesundheitszustands des Wechslers einwirken kann, hat er an die Einzugsstelle standardisierte Leistungsausgaben auf der Basis des Morbiditätszustands des Wechslers zum Zeitpunkt des Wechsels zu leisten. Dazu bildet die durchführende Stelle des Risikostrukturausgleichs eine Stichprobe von GKV-Versicherten mit zum Wechselzeitpunkt gleich klassifizierter Morbidität und ermittelt regelmäßig deren jährliche Durchschnittskosten. Damit ist gewährleistet, dass die ratierlichen Zahlungen aus den Alterungsrückstellungen bei höheren Risiken zur Zeit des Wechsels entsprechend höher sind. Morbiditätsveränderungen nach dem Wechsel ins GKV-System werden nicht mehr vom PKV-System getragen.

4.4.3 Das Modell von Wasem und Buchner

Das Modell von Wasem und Buchner sieht es vor, über den Einbezug der PKV-Unternehmen in einen für diesen Verwendungszweck zu entwickelnden Risikostrukturausgleich die Funktion des Ausgleichs der langfristigen Morbiditätsrisiken (also der Risiken außerhalb der durchschnittlichen Altersentwicklung) zu übernehmen. Dadurch können bei Wechsel dann die kalkulatorischen Alterungsrückstellungen mitgegeben werden (Wasem und Buchner 2001; Buchner und Wasem 2006).

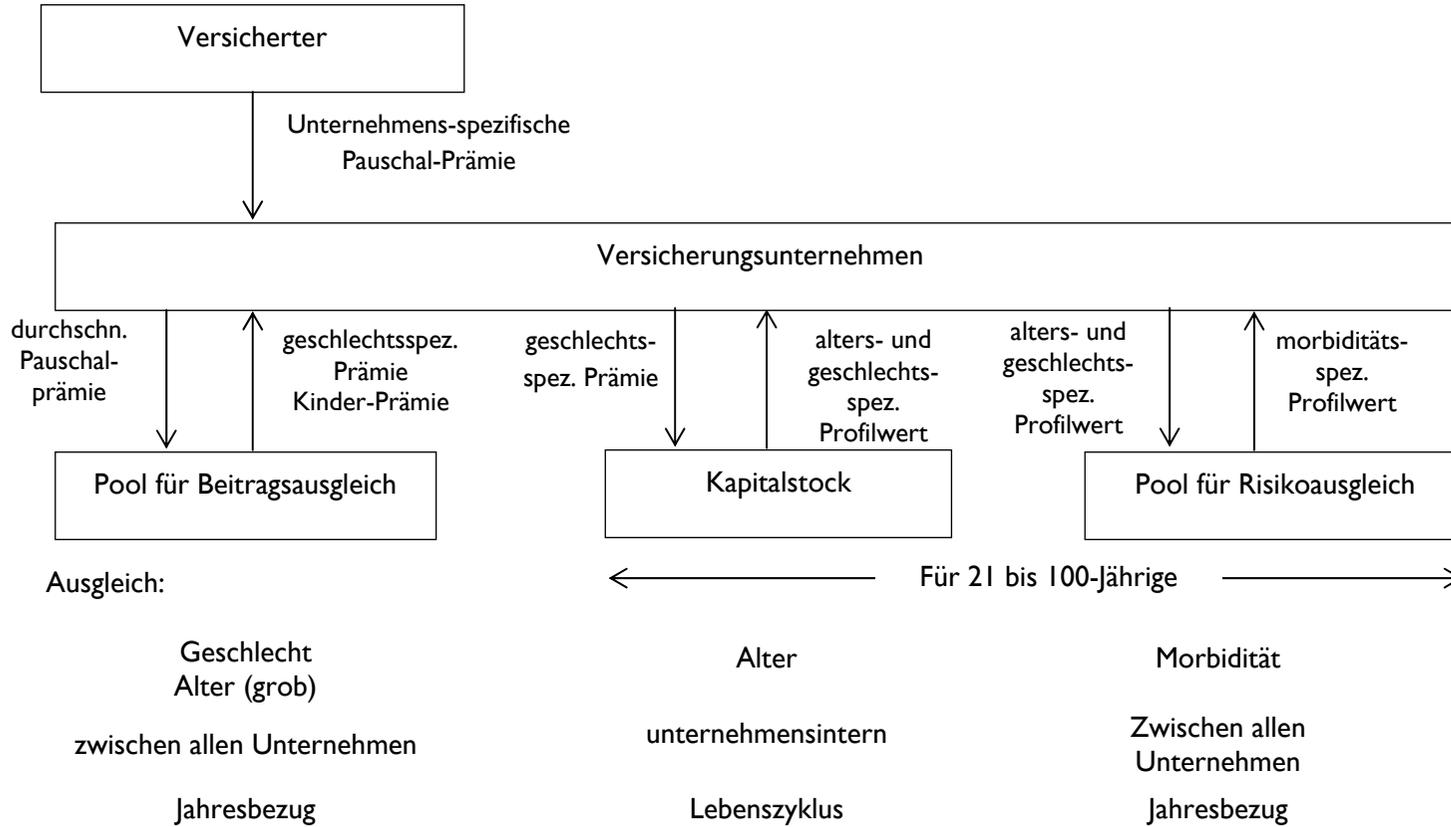
Das Modell ist entstanden im Rahmen einer Ausarbeitung für das Konzept der Vereinten Krankenversicherung 2001. Dieses sieht ein gemeinsames Versicherungssystem mit standardisiertem Leistungsumfang, Anwartschaftsdeckungsverfahren und Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen vor (Henke et al. 2002). Kinder werden bis zum 21. Lebensjahr prämienfrei mitversichert. Ein Einkommensausgleich findet über das Steuersystem statt.

Im Modell ist eine periodische Möglichkeit des Wechsels der Versicherungen zwischen den Versicherungsunternehmen vorgesehen. Dabei wird die kalkulatorische Alterungsrückstellung mitgegeben.

Dies ist möglich aufgrund eines zweistufigen Ausgleichs, der miteinander verrechnet werden kann. In der ersten Stufe findet ein Ausgleich statt basierend auf dem Vergleich zwischen auf unternehmensübergreifender Basis kalkulierten lebenslangen Prämien für alle Versicherten (inklusive eines Aufschlags für Kinder und Versicherte über 100 Jahren, deren Leistungsausgaben unternehmensübergreifend auf die Versichertenprämien umgelegt werden) und auf gleicher Basis geschlechtsspezifisch kalkulierten Prämien sowie speziell kalkulierten Prämien für Kinder und Hochbetagte (Wasem und Buchner 2001).

Im zweiten Schritt wird dann der eigentliche Risikostrukturausgleich vorgenommen, der die Unterschiede zwischen den unternehmensübergreifend erwarteten alters- und geschlechtsspezifischen Schäden und den erwarteten morbiditätsbezogenen Schäden in den Alters- und Geschlechtsgruppen ausgleicht. Dazu werden die Diagnosen der Versicherten ähnlich wie im Morbi-RSA der GKV im Rahmen eines Klassifikationssystems für ein Schätzmodell der PKV-weit standardisierten Ausgaben verwendet. Die abweichende Anwendung des Risikostrukturausgleichs getrennt nach Alters- und Geschlechtsgruppen trägt dem Anwartschaftsdeckungsprinzip Rechnung und sorgt dafür, dass die Rentenversicherungsfunktion beim PKV-Unternehmen verbleibt. Die grundsätzlichen Mittelflüsse und ihre jeweilige Funktion sind in Abbildung 5 dargestellt. Dabei sind die Zu- und Abflüsse aus dem Kapitalstock des Versicherungsunternehmens einbezogen.

Abbildung 5: Beitrags- und Risikostrukturausgleich im Wasem-Buchner-Modell



Quelle: (Wasem und Buchner 2001)

Dieses Modell schlagen die Autoren auch als Möglichkeit eines Risikostrukturausgleichs und der Portabilität von Alterungsrückstellungen innerhalb des jetzigen PKV-Systems für einen standardisierten Leistungsumfang vor (Buchner und Wasem 2006)

4.4.4 Merkmale der Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Merkmale der Modelle, die einen Morbi-RSA vorsehen:

Tabelle 4: Merkmale der Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten

	Kifmann/Nell	Sehlen 1	Sehlen 2	Sehlen 3	Wasem/Buchner
Bezugsszenario	Weiterbestand von PKV und GKV, Wettbewerb unter veränderten Systembedingungen und Wahlfreiheit	Übergang in gemeinsames Versicherungssystem für alle Versicherten an Stichtag	Übergang in gemeinsames Versicherungssystem mit Verbleib Bestandsversicherte PKV	Weiterbestand von PKV und GKV mit Wahlfreiheit	Gemeinsames Versicherungssystem mit Anwartschaftsdeckungsverfahren
Form der portablen Alterungsrückstellungen	Keine, Funktionsverlust	Kalkulatorisch	Keine, da Systemwechsler nicht vorgesehen	Individualisiert über standardisierter Leistungsausgaben	Kalkulatorisch
Übertragungszeitraum	-	Ratierlich	-	ratierlich	Einmalig
Einbezogene Tarife und Leistungsumfänge	GKV-Leistungsumfang	Leistungsumfang des gemeinsamen Versicherungssystems	Leistungsumfang des gemeinsamen Versicherungssystems	GKV-Leistungsumfang	Leistungsumfang des gemeinsamen Versicherungssystems
Einbezogene Risiken	alle	alle	alle	alle	alle
Herkunft der Kostendaten für den RSA	GKV- und PKV-System	Gemeinsames Versicherungssystem	Gemeinsames Versicherungssystem	GKV-System	Gemeinsames Versicherungssystem
Zahlungen des RSA an	GKV-Kassen, PKV-Unternehmen	Zahlungen der aufgelösten AR an das gemeinsame Versicherungssystem (alle Versicherte dort in RSA einbezogen)	PKV-Versicherte und GKV-Kassen	GKV-Kassen PKV-Versicherte Bei Wechslern PKV-Unternehmen	Versicherungsunternehmen
Kontrahierungszwang	Nur im GKV-System	Im gemeinsamen Versicherungssystem	Im gemeinsamen Versicherungssystem	Nur im GKV-System	Im gemeinsamen Versicherungssystem

Die Modelle beziehen sich auf unterschiedliche Szenarien der Systemumgestaltung. Nur das dritte Modell von Sehlen und die spätere Modellvariante 2006 von Wasem und Buchner gehen vom weitgehend unveränderten Fortbestand des bisherigen dualen Versicherungssystems aus. Kifmann und Nell ergänzen das derzeitige duale System um den Aufbau eines Kapitalstocks in der GKV. Wasem/Buchner und Sehlen in der ersten und zweiten Modellvariante legen jeweils unterschiedlich spezifizierte gemeinsame Versicherungssysteme zugrunde. Alle Modelle haben gemeinsam, dass sie sich auf den Leistungsumfang entweder eines gemeinsamen Versicherungssystems oder des GKV-Systems beziehen. Ein expliziter gemeinsamer Morbi-RSA über die Systemgrenzen der Versicherungssysteme wird in allen Modellen außer der Modellvariante I von Sehlen durchgeführt; bei Wasem/Buchner setzt das Szenario implizit ein schon eingeführtes gemeinsames Versicherungssystem voraus. Es werden immer Versicherte aller Risikoausprägungen in die Lösungsansätze inkludiert. In zwei der Modelle wird von der Mitgabe von Altersrückstellungen abgesehen – in der zweiten Modellvariante von Sehlen sind Wechselbewegungen zwischen PKV und gemeinsamem Versicherungssystem nicht möglich und somit das Thema nicht relevant; bei Kifmann/Nell wird eine Bedeutungsabnahme der Altersrückstellungen und somit der Fragestellung ihrer Portabilität konstatiert. Bei Sehlen I und bei Wasem/Buchner können kalkulatorische Altersrückstellungen übertragen werden, in der zweiten Sehlen-Modellvariante gehen individualisierte Zahlungen aus den Altersrückstellungen ein. Bezüglich der zeitlichen Aufteilung der Zahlungen geht Sehlen von ratierlichen Zahlungen, Wasem/Buchner von einer einmaligen Übertragung aus.

5 Die Modelle im Licht der Krieriologie

Im Folgenden sollen die im Abschnitt 4 vorgestellten Modelle inklusive des Status quo mit Hilfe der in 3 entwickelten Krieriologie systematisch beurteilt werden. Dazu werden die einzelnen Kriterienkomplexe zunächst systematisch auf die grundsätzliche Modellkonstruktionen angewendet und in einem zweiten Schritt, falls sinnvoll, getrennt an eine mögliche Anwendung der Modelle auf die in Abschnitt 2 vorgestellten Szenarien angelegt.

5.1 Der Status quo im Licht der Krieriologie

Die Beurteilung des Status quo ist insofern nicht nahtlos in diejenige der in der Studie untersuchten Portabilitätsmodelle einzureihen, als hier nicht die Bedingungen der Szenarien erfüllt werden: Die Szenarien zielen ja explizit mindestens auf die erweiterte Wechselmöglichkeit der Bestandskunden innerhalb der PKV. Ein direkter Vergleich mit den Beurteilungen der Modelle für die Szenarien ist insofern nicht möglich – letztlich handelt es sich hier um ein anderes – nämlich das derzeit realisierte – Szenario. Trotzdem erscheint es sinnvoll, Vor- und Nachteile des Status quo gegenüber der Realisierung der Modelle in verschiedenen Szenarien kenntlich zu machen – nur so kann die Basis einer informierten gesundheitspolitischen Wertentscheidung transparent gemacht werden. Dabei soll aber so weit wie möglich vermieden werden, die Szenarien selber zu beurteilen.

Bezüglich der **Nachhaltigkeit** soll hier in erster Linie auf den gesicherten Bestand des PKV-Systems selber abgestellt werden. Auswirkungen der bestehenden Form des PKV-Systems auf die Nachhaltigkeit des GKV-Systems sollen im Sinne der Themenstellung des Gutachtens nicht diskutiert werden – diese müssten allerdings im direkten Vergleich mit den Szenarien 2 und 3 mit einbezogen werden. Insofern sollten hier die Auswirkungen der Wechselmöglichkeiten sowohl für Versicherte mit abgeschlossenem Versicherungsvertrag vor als auch ab dem 01.01.2009 auf das PKV-System betrachtet werden. Innerhalb eines Versicherungsunternehmens können Versicherte unabhängig vom Datum des Vertragsabschlusses zwischen gleichartigen Tarifen wechseln. Es wird dabei die kalkulatorische Altersrückstellung transferiert. Hierdurch können Versicherte sich sowohl dem realisierten als auch dem zu erwartenden kollektiven Prämienrisiko eines Tarifs entziehen. Handelt es sich um gute Risiken, so nehmen sie im Verhältnis zu ihren Erwartungskosten einen relativ hohen Anteil der Altersrückstellungen mit, so dass der abgebende Tarif doppelt (durch die Mitnahme einer gemessen am Gesundheitszustand zu hohen Alterungsrückstellung und durch den Entzug vor dem zu erwartenden kollektiven Prämienrisiko) belastet wird. Dies kann zur Beeinträchtigung der Nachhaltigkeit von Tarifen führen, insbesondere wenn man die höhere Wechselwahrscheinlichkeit guter Risiken mit einbezieht.

Für Versicherte mit Versicherungsvertrag vor dem 1.1.2009 besteht keine Möglichkeit, bei Wechsel des Versicherungsunternehmens die Alterungsrückstellung mitzunehmen. Aus Nachhaltigkeitsicht ist dies durchaus positiv zu beurteilen, denn es verhindert, dass die abgebenden Bestände bei Wechsel guter Risiken oder im Falle eines bestehenden kollektiven Prämienrisikos durch einen Versichererwechsel dieses Personenkreises belastet werden können. Vor diesem Hintergrund hat etwa die Unabhängige Expertenkommission (1996) die Nicht-Mitgabe von Alterungsrückstellungen empfohlen. Versicherte mit Versicherungsvertrag nach dem 1.1.2009 können auch bei Versicherungsverwechsel zwischen Unternehmen die kalkulatorische Altersrückstellungen bezogen auf den Leistungsumfang des Basistarifs in den neuen Tarif mitnehmen. Wirtschaftlich kann aber ein solcher Wechsel nur dann sein, wenn das individuelle Kostenrisiko niedriger liegt als die kalkulatorische Altersrückstellung und für die Neuversicherung in einem Tarif mit einem dem Basistarif zumindest nahen Leistungsniveau. Zwar ist es dann möglich, für die Differenz eines höheren Leistungsumfangs beim Herkunftsversicherer eine Zusatzversicherung zu behalten, jedoch erscheint dies nicht sonderlich praktikabel. Insofern waren keine starken Effekte dieser Regelung zu erwarten. Da aber nur bestimmte gute Risiken Anreize zum Wechsel haben, kann man auch hier potentielle Risiken für die Nachhaltigkeit von Tarifen konstatieren.

Karlsson et al. (2014) kommen in einer Arbeit mit Datenmaterial eines privaten Krankenversicherers allerdings zu dem Ergebnis, dass sich die Wechsel zwischen den PKV-Unternehmen durch die Reform nicht erhöht haben. Wohl aber stellen sie für nach 2008 einen erhöhten Wechsel guter Risiken zwischen Tarifen innerhalb eines Unternehmens fest. Sie interpretieren dies so, dass die verbesserte Möglichkeit für gute Risiken zum Unternehmenswechsel deren Verhandlungschancen um einen Tarifwechsel im Unternehmen verbessert hätten. Insofern hätte die Neuregelung der externen Wechselmöglichkeiten die Anreize zur Bewerbung interner Tarifwechsel bei guten Risiken gestärkt. Die theoretisch bestehende Gefahr von adverser Selektion bei unternehmensinternem Tarifwechsel (besonders gute Risiken verlassen Tarife mit hohem kollektivem Prämienrisiko und wechseln in Tarife mit deutlich günstigerem Versichertenportfolio) wird also durch diese empirische Analyse bestätigt, während unter den gegebenen Bedingungen bisher kein wesentlicher Umfang adverser Selektion zwischen den Unternehmen vorzuliegen scheint. Inwieweit diese auf Daten eines einzelnen PKV-Unternehmens basierende Analyse verallgemeinerungsfähig ist, ist nicht untersucht. Insofern ist die Nachhaltigkeit des Status quo für das PKV-System, was die Betrachtung der Refinanzierung der Krankenversicherung auf Unternehmensebene angeht, als positiv zu beurteilen, wohingegen bezüglich der Nachhaltigkeit der Finanzierung einzelner Tarife innerhalb der Unternehmen Zweifel angebracht sind – dies führt insgesamt zu einem gewissen Vorbehalt für die Beurteilung der Status quo- Lösung.¹⁹

Aus den eingeschränkten Wechselmöglichkeiten der Bestandsversicherten sind die **ökonomischen Anreize** für die Versicherer, in Qualitätswettbewerb um ihre

¹⁹ Auswirkungen der aktuell fehlenden Mitgabe von Alterungsrückstellungen an das GKV-System auf die Nachhaltigkeit dessen Finanzierung bei den derzeit möglichen (Rück-)Wechseln von Versicherten aus der PKV sind aus den Überlegungen hier ausgeklammert, da der Status Quo im Wesentlichen als Vergleichsszenario zum Studienszenario I betrachtet wird, in dem ebenfalls keine Alterungsrückstellungen ins GKV-System vorgesehen sind.

Bestandsversicherten zu treten, gering. Wechselanreize außerhalb des bisherigen Versicherungsunternehmens ergeben sich nur für gute Risiken. Trotz gesetzlicher Vorgaben erscheint für die PKV-Unternehmen im Sinne des Erhalts der Tarifkollektive auch eine proaktive Information oder gar Bewerbung des internen Tarifwechsels ökonomisch begrenzt interessant.

Allerdings bestehen im bestehenden System Anreize für die PKV-Unternehmen, eine effiziente Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten umzusetzen. Denn steigende Leistungsausgaben für ältere Versicherte sind auch in die Neugeschäftsbeiträge für jüngere Versicherte eines Tarifs einzupreisen und verschlechtern insoweit die Wettbewerbsposition eines Versicherers in entsprechenden Tarifen. Sofern Prävention zur langfristigen Gesunderhaltung der Versicherten zu künftigen Kosteneinsparungen führt, bestehen im Status quo diesbezüglich ebenfalls positive Anreize, weil unter den Rahmenbedingungen des Anwartschaftsdeckungsverfahrens die insoweit realisierten Einsparungen künftig ebenfalls die Position des Versicherers im Beitragswettbewerb verbessern.

Aus **allokativer Sicht** ist die aktuelle Regelung kritisch zu sehen, da die Mehrzahl der Bestandsversicherten aus Verträgen vor 2009 an präferenzgerechten Wechseln des Versicherungsunternehmens gehindert sind durch die fehlende Mitgabe einer Alterungsrückstellung. Allerdings wäre die Einführung einer Wechselmöglichkeit für die Bestandsversicherten keine pareto-optimale Verbesserung, d.h. es würden zusätzlich zu einer Veränderung der Allokation auch distributive Effekte eintreten. Denn da bisher Storno prämienmindernd in die Beiträge einkalkuliert wurde, wären in dem Umfang, in dem künftig Wechsel nicht mehr zu kalkulationsrelevantem Storno führen würde, Prämiensteigerungen die Folge. Die Einführung einer Wechseloption würde insofern insoweit zu einer Umverteilung zugunsten derjenigen Versicherten führen die die Wechseloption wahrnehmen und zulasten derjenigen Versicherten, die keinen Wechsel vornehmen.

Für die Versicherten mit Verträgen nach 2009 mit Versicherungsumfängen oberhalb des GKV-Leistungsniveaus führt die Begrenzung des Übertragungswertes auf das Niveau der Alterungsrückstellungen im Basistarif ebenfalls dazu, dass die Möglichkeiten zu präferenzgerechten Wechseln begrenzt werden. Außerdem sind Versicherte mit hoher Morbidität weiterhin aufgrund der fehlenden Individualisierung der Alterungsrückstellungen faktisch am externen Wechsel gehindert, da dieser für sie durch die neue Risikoeinstufung mit hohen Kosten verbunden wäre. Auch für diese Konstellation gilt allerdings, dass bei einer erleichterten Wechseloption in geringerem Umfang Storno in die Beiträge einkalkuliert werden kann und c.p. Prämienanstiege die Folge sind.

Generell ist also zu sagen, dass die beschriebene relative Nachhaltigkeit der Regelungen des Status quo für das PKV-System auf Kosten der relativ schlechten Wechselmöglichkeiten geht, die Anlass für diese Studie sind und dies entsprechende Auswirkungen auf die Konsistenz der ausgelösten ökonomischen Anreize und die Realisierung von Konsumentenpräferenzen hat. Insofern besteht hier ein Zielkonflikt, der letztlich nur politisch aufgelöst werden kann: Je stärker die Situation bei den Wechselmöglichkeiten als defizitär eingeschätzt wird, umso eher wird man dann, wenn in den Modellen die Nachhaltigkeit als befriedigend gesichert eingeschätzt wird, bereit zur Veränderung sein.

Die **Praktikabilität** der aktuellen Regelung ist insofern hoch, als die Nicht-Mitgabe von Alterungsrückstellungen bei Wechsel für Verträge vor 2009 einfach zu handhaben ist. Auch entspricht die für Versicherungsverträge ab 2009 mitzugebende kalkulatorische Altersrückstellung grundsätzlich der Kalkulationsweise der PKV und macht keine neuen Kalkulationsansätze notwendig. Allerdings sind für jeden Tarif parallel Kostenprofile für Leistungen auf dem Niveau des Basistarifs mitzuführen, was den Kalkulationsaufwand gegenüber der Situation vor 2009 vergrößert hat. Naturgemäß löst ein Beibehalten des bisherigen Systems – auf Kosten relativ schlechter Wechselmöglichkeiten – keine Umstellungskosten aus und erfordert keinen Einführungszeitraum.

Die bestehende Regelung als solche ist insofern auch **transparent**, als bei Verträgen vor 2009 keine Alterungsrückstellung mitzugeben ist, was vom Versicherten einfach nachvollzogen werden kann. Ausgehend von der kalkulatorischen Alterungsrückstellung ist bei Verträgen ab 2009 die Alterungsrückstellung bis zur Höhe, mit der sie im Basistarif gebildet worden wäre, mitzugeben. Dies ist ebenfalls transparent, insoweit die beiden Alterungsrückstellungen (die im eigenen Vertrag gebildete und die fiktiv im Basistarif gebildete) und ihr Vergleich expertenseitig nachvollzogen werden können.

Die nachfolgende Tabelle 5 zeigt die Bewertung des Status quo noch einmal im Überblick: Der Status quo schneidet hinsichtlich der Praktikabilität und Transparenz positiv ab. Negativ schneidet der Status quo hingegen bei der Konsistenz ökonomischer Anreize und insbesondere bei den wohlfahrtsökonomischen Aspekten ab, weil ein Wechsel des Versicherungsunternehmens für langjährig Versicherte nur mit beträchtlichen Verlusten oder (im Falle schlechter Risiken) gar nicht möglich ist. Die Nachhaltigkeit der Systemfinanzierung ist relativ hoch, da Wechsel des Versicherers auch seit 2009 weitgehend vermieden werden und die Wirkungen einer Mitgabe der kalkulatorischen Alterungsrückstellung deshalb nur begrenzt zum Tragen kommen. Allerdings bleibt ein destabilisierender Effekt auf Tarife mit Abgang guter Risiken und ihrer relativ zu hohen Alterungsrückstellungen innerhalb der Unternehmen deutlich bestehen und wird – so zumindest das Fazit der Untersuchung von Karlsson et al (2014) – durch die Neuregelung 2009 offenbar noch verstärkt.

Tabelle 5: Beurteilungsmatrix des Status quo

Modell	Nachhaltigkeit	Konsistenz ökonomischer Anreize	Allokative/ distributive Aspekte	Praktikabilität	Transparenz
Status quo	++(+)	-	-	+++	++

- +++ ohne Einschränkungen positiv
- ++ mit kleineren Einschränkungen positiv
- + mit deutlicheren Einschränkungen positiv
- nicht zu empfehlen

5.2 Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen im Licht der Krieriologie

Die Modelle auf Basis einer einmaligen Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen sind jeweils auf Grundlage eines Szenarios analog zum Studienszenario 1 entwickelt worden. Sie setzen voraus, dass zum Zeitpunkt des Wechsels mittels eines medizinisch-versicherungsökonomischen Klassifikationsmodelles die individualisierte prospektive Alterungsrückstellung berechnet wird. Ein entsprechendes Schätzmodell unter Verwendung empirischer Schätzgrößen ist bislang nicht entwickelt worden. Der in der GKV verwendete morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich bezieht sich auf die zu erwartenden Ausgaben im Folgejahr, für das hier in Rede stehende Szenario sind die zu erwartenden Ausgaben für die Restlebenszeit abzuschätzen, so dass (wie von Zähle beschrieben) das Morbi-RSA-System allenfalls ein erster Ausgangspunkt sein kann. Erforderlich ist allerdings nur, dass das System zum Wechselzeitpunkt hinreichend plausibel ist und von aufnehmendem wie abgebendem Versicherer nachvollziehbar ist. Noch nicht bekannte Entwicklungen des medizinischen Fortschritts treffen abgebende und aufnehmende Versicherer potenziell im gleichen Maße.

Die verschiedenen in Abschn. 4.2. skizzierten Modelle sind in unterschiedlichem Ausmaß geeignet für die Verwendung der Studienszenarien 2 und 3. Eekhoff's Modell schließt sich für die Regelung der Übertragung individualisierter Alterungsrückstellungen in einem System mit Kontrahierungszwang aus, da die vorgesehene Verhandlungslösung über die Höhe der mitzugebenden Alterungsrückstellung die Möglichkeit der Ablehnung eines wechselwilligen Versicherten bei unzureichendem Angebot des abgebenden PKV-Unternehmens voraussetzt. Das Modell von Meier/Werding fokussiert hingegen aus pragmatischen Gründen auf die Portabilität einer angemessenen Alterungsrückstellung für gute Risiken und die Autoren sind skeptischer hinsichtlich der Berechnung der individualisierten Alterungsrückstellungen schlechter Risiken vor. Insoweit ist ihr Konzept auch auf die Anwendung auf Szenario 1 beschränkt.

Beeinträchtigungen der **Nachhaltigkeit** in der Finanzierung der Leistungsansprüche der Versicherten im PKV-Tarif können im Modell von Meyer insbesondere durch eine fehlende *Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos* hervorgerufen werden. Bei Verwendung unternehmensübergreifender Rechnungsgrundlagen kann die Summe der existierenden Alterungsrückstellungen von der Summe der errechneten mitzugebenden Alterungsrückstellungen abweichen. Dadurch ergeben sich Wechsel-Anreize für Versicherte eines Tarifs, in dem Prämienanpassungen erwartet werden: Es können bei kollektiven Rechnungsgrundlagen mehr Alterungsrückstellungen mitgenommen werden als aufgebaut sind, während die Versicherten sich einer im Vergleich zum Wechseltarif überproportionalen zu erwartenden Prämienhöhung entziehen können. Da sich im Ausgangstarif das kollektive Prämienrisiko durch den Wechsel erhöht, entstehen Anreize für weitere Wechsel im Extremfall bis zur völligen Entvölkerung des Ausgangstarifs.

Solche Probleme können im Modell von Meyer entstehen, wenn auf unternehmensübergreifende Kalkulationsgrundlagen zur Berechnung der jeweiligen

Alterungsrückstellungen zurückgegriffen wird. In Zähles Modellierung 2013 und bei Nell und Rosenbrock sind die Kalkulationsmethoden jeweils so gestaltet, dass das kollektive Prämienrisiko, das sich in der Höhe der bisher angesammelten Alterungsrückstellungen im Verhältnis zum zum Wechselzeitpunkt vorhandenen Gesamtrisiko ausdrückt, angemessen zwischen verbleibendem Kollektiv und wechselndem Versicherungsnehmer aufgeteilt ist, so dass sich der Versicherungsnehmer insofern nicht dem kollektiven Prämienrisiko entziehen kann und das verbleibende Kollektiv hinsichtlich dieses Kriteriums gleichgestellt bleibt. Die Prämie im verbleibenden Kollektiv bleibt auf Basis der verwendeten Kalkulationsgrundlagen gleich – wie ja auch der aufnehmende Versicherer auf die Stabilität der Prämie seines Kollektivs achten wird. Folgt insofern das Meyersche Modell Zähles Modellierung und kalkuliert mit unternehmensspezifischen Kalkulationsgrundlagen, so ist auch hier das Problem der Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos insofern gelöst.

Allerdings sind die Modelle nur dann konsistent, wenn auch innerhalb der PKV-Unternehmen bei Tarifwechsel die gleichen Regeln für die Berechnung der individuell zu transferierenden Alterungsrückstellung gelten. Wäre dies nicht der Fall, so könnte der Versicherte sich dem kollektiven Prämienrisiko seines Tarifs einfach durch den Wechsel in einen anderen Tarif des gleichen Anbieters entziehen. Gegebenenfalls könnte er dann unter Mitnahme einer Alterungsrückstellung berechnet nach den Regeln des neuen Tarifs in ein anderes Versicherungsunternehmen wechseln.

Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit zu erwartende Veränderungen der Kalkulationsgrundlagen in Bezug auf medizinische Inflation und medizinischen Fortschritt in die Berechnung der mitzugebenden individualisierten Alterungsrückstellungen einbezogen werden sollen und können. Im Falle von zum Wechselzeitpunkt nicht vorhersehbaren Veränderungen ist dies bei einmaliger Übertragung von Alterungsrückstellungen nicht systematisch möglich und eine nachfolgende Korrektur scheidet bei diesen Modellen aus. In anderen Tarifen schon in den Kopfschäden realisierte und damit bekannte Risiken könnten jedoch in ihrer Wirkung auf die zukünftige Prämiengestaltung im verbleibenden Kollektiv kalkulatorisch in die Berechnung der individualisierten Alterungsrückstellung einbezogen werden. Damit könnte auch eine überproportionale Belastung des Verbleibskollektivs durch zu erwartende Prämienerrhöhungen und ein ggfs. dadurch ausgelöster Abwanderungsimpuls aus dem Tarif abgewendet werden. Je nachdem, wie frei die Versicherungsunternehmen in der Umsetzung einer möglichen Summenregel in der Praxis wären, wäre es auch denkbar, dass sie die mitzugebenden individualisierten Alterungsrückstellungen in Hinblick auf eine stärkere Belastung mit Kosten medizinischen Fortschritts bei schlechteren Risiken pauschal anpassen (pauschal erhöhte Alterungsrückstellungen bei hohen, verminderte bei niedrigen Risiken), um so für die zukünftige Tarifstabilität vorzusorgen.

In einem Verhandlungsmodell wie bei Eekhoff ist es ebenfalls unwahrscheinlich, dass ein Versicherungsunternehmen sich auf Alterungsrückstellungsbeträge einlässt, die das verbleibende oder aufnehmende Kollektiv schlechterstellen könnten.

Der Wechsel von guten Risiken bei Meier und Werding vollzieht sich auf der Basis aktueller Berechnungsgrundlagen, so dass auch hier zum Wechselzeitpunkt die Situation des Verbleibskollektivs nicht verändert wird. Allerdings verändert sich diese Situation durch

Einbezug zu erwartender Veränderungen der Kalkulationsgrundlagen. Insoweit in diesem Modell auf den Wechsel von guten Risiken unter Mitnahme individueller Alterungsrückstellungen fokussiert wird, kann es dann zu systematischen Verschlechterungen des kollektiven Prämienrisikos des verbleibenden Versichertenkollektivs kommen.

Die hier besprochenen Modelle sind für die Anwendung zwischen PKV-Unternehmen entworfen. Im Zuge einer potentiellen Anwendung auf die drei Studienszenarien stellen sich die Nachhaltigkeitsrisiken aus einer möglichen Nichtberücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos differenziert dar.

Während für Szenario 1, also die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV, Nachhaltigkeitsgefahren bei fehlender Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos nur durch mögliche oben beschriebene sukzessive Abwanderungsprozesse aus Tarifen entstehen könnten, stellt sich die Situation in den Szenarien 2 und 3 verschärft dar. Je mehr Versicherte gleichzeitig einen Tarif verlassen, umso stärker können die Auswirkungen einer in Bezug auf die Gesamtrückstellung zu hohen Übertragung individueller Alterungsrückstellungen die Finanzierbarkeit des Tarifs gefährden – im Extremfall eines Wechsels des gesamten Kollektivs können die modellgemäß errechneten die Summe der tatsächlich vorhandenen Alterungsrückstellungen übersteigen. Dieses Phänomen gilt naturgemäß also am stärksten für das Konvergenzmodell in ein gemeinsames Versicherungssystem 3, je nach Gestaltung der Rückkehrmöglichkeiten in die GKV könnten jedoch auch im Modell 2 bedeutende Wanderungsbewegungen ausgelöst werden. In der Konsequenz wäre eine Anwendung des Meyerschen Modells auf Basis unternehmensübergreifender Kalkulationsgrundlagen insbesondere in diesen Szenarien als problematisch anzusehen.

Als eine Dimension der Nachhaltigkeit hatten wir in Abschn. 3.1. auch beschrieben, dass auch bei Realisierung erleichterter Wechselmöglichkeiten hinreichend kurzfristige Liquidität und hinreichendes Anlagekapital im Rahmen des Kapitaldeckungsverfahrens zur Verfügung stehen müssen. Liquiditätsprobleme und ggfs. sogar Probleme der Unternehmensfinanzierung durch Kursverluste im Rahmen von Anlagenaufösungen für die Unternehmen können sich – je nach Lage auf den betroffenen Finanzmärkte – ergeben durch die Notwendigkeit der Auflösung von Anlagen zur Transferierung der Alterungsrückstellung. Dies ist ein Aspekt, der für alle Modelle der einmaligen Übertragung von Alterungsrückstellungen relevant ist. Ist von der Modelllogik her nur ein Teil der Bestandsversicherten in der Lage, unter Mitnahme individualisierter Altersrückstellungen zu wechseln wie bei Meier und Werding, so wird das mögliche Liquiditätsproblem entsprechend reduziert.

Das Risiko von Liquiditäts- und Kursproblemen ist außerdem je nach Anwendungsszenario differenziert zu sehen, da abhängig vom zu erwartenden Anteil der wechselnden Bestandsversicherten, so dass sich die Frage in Szenario 2 deutlicher als in Szenario 1 und noch einmal verschärft im Konvergenzmodell 3 stellt, wenn es in der Optionsperiode dazu kommen sollte, dass ein wesentlicher Anteil der bisherigen PKV-Versicherten ins gemeinsame Versicherungssystem wechselt und Alterungsrückstellungen für diejenigen Verträge und Vertragsbestandteile, die sich auf den GKV-Leistungsumfang beziehen im

entsprechenden Umfang übertragen werden. Die Höhe der aufzulösenden Kapitalanlagen entspricht dann dem Umfang dieses Teils der Alterungsrückstellungen der PKV.

Da jedoch genaue Angaben zur Höhe dieses Teils der Alterungsrückstellung nicht veröffentlicht sind, müssen sie über Hilfskonstruktionen abgeschätzt werden. Hierzu werden durchweg die in PKV (2012) publizierten Daten verwendet. Als Obergrenze für den Anteil der PKV-Verträge, die den GKV-Leistungsumfang abbilden, wird der Anteil der Vollverträge verwendet.

Die Kapitalanlagen umfassen das Eigenkapital und die Rückstellungen. Die Rückstellungen setzen sich aus der Schadenrückstellung, der Rückstellung für Beitragsrückerstattungen sowie der Alterungsrückstellung zusammen. Die entsprechenden Werte für das Jahr 2011 sind 5.79 Mrd., 10.67 Mrd. und 168.42 Mrd. Euro, die Summe beträgt ca. 174 Mrd. Euro.

Die Alterungsrückstellung ist unterteilt nach Vollversicherungen (ca. 145.4 Mrd. Euro) und Pflegeversicherungen (24.0 Mrd. Euro). Bezüglich der Rückstellung für Beitragsrückerstattungen wird angenommen, dass sie vollständig den Vollverträgen zuzurechnen ist. Auch Teile der Schadenrückstellung sind vermutlich den Vollverträgen zuzurechnen. Da der Anteil der Vollversicherungen jedoch nicht bekannt ist und die Gleichsetzung von Vollversicherungen mit dem GKV-Leistungsumfang schon zu einer Überschätzung des relevanten Anteils der Alterungsrückstellung führt, wird die Schadenrückstellung hier nicht weiter verwendet.

Auf die Vollversicherungen entfallen unter diesen Annahmen ca. 145.4 Mrd. Euro aus der Alterungsrückstellung sowie 10.7 Mrd. Euro der Rückstellung für Beitragsrückerstattungen, also insgesamt **156.1 Mrd. Euro**. In Höhe dieses Wertes müssten somit maximal Kapitalanlagen aufgelöst werden, wenn der gesamte GKV-Leistungsumfang der PKV-Vollverträge auf die GKV übertragen wird. Es handelt sich dabei um die Abschätzung einer Obergrenze, da die Vollverträge der PKV insgesamt herangezogen wurden, und nicht nur der Anteil des GKV-Leistungsumfangs.

Eine komplette Übertragung der Alterungsrückstellungen dieser PKV-Verträge ist im Rahmen des Studienszenarios 3 jedoch nicht zu erwarten. Im weiteren Verlauf der Analyse wird daher angenommen, dass die Übertragung lediglich maximal die Hälfte der entsprechenden PKV-Verträge umfasst. Unter dieser Annahme müssten Alterungsrückstellungen im Umfang von **ca. 78 Mrd. Euro** von der PKV auf die GKV übertragen werden.

Zur Übertragung dieses Teils der Alterungsrückstellung müssten Kapitalanlagen der PKV in entsprechender Höhe aufgelöst werden. Die folgenden Abschnitte befassen sich damit, welche Kapitalanlagen aufgelöst werden sollten, ob beim Verkauf ein Preisabschlag zu erwarten ist, und wie mit illiquiden Anlagekategorien umgegangen werden kann.

Tabelle 6 gibt einen Überblick zur Höhe und zur Struktur der Kapitalanlagen der PKV Ende 2011. Es zeigt sich, dass sich die Kapitalanlagen der privaten Krankenversicherungen auf zahlreiche verschiedene Anlageklassen verteilen. Ende 2011 betrug die Gesamtsumme der Kapitalanlagen 188,3 Milliarden Euro. Mehr als 50 Prozent davon war in

Namenschuldverschreibungen (34.7%) sowie Schuldscheinforderungen und Darlehen (28.6%) angelegt. Für diese Anlagen existiert kein liquider Markt, insbesondere werden sie nicht über Börsen gehandelt. Inhaberschuldverschreiben und andere festverzinsliche Wertpapiere hatten ebenfalls eine signifikante Größenordnung am gesamten Anlageportfolio (9.3%). Bei dieser Kategorie kann angenommen werden, dass zumindest ein Teil davon über Börsen gehandelt wird.

Tabelle 6: Bestand und Struktur der Kapitalanlagen der PKV Ende 2011

Nr.	Bezeichnung	Bestand Ende 2011 (in Mrd. Euro)	In % des Gesamt- bestands	Einschätzung der Liquidität
1	Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte, Bauten	1.6	0.8%	Gering
2	Anteile an verbundenen Unternehmen	2.1	1.1%	Gering
3	Ausleihungen an verbundene Unternehmen	1.2	0.6%	Gering - Mittel
4	Beteiligungen	1.9	1.0%	Gering
5	Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	0.5	0.3%	Gering - Mittel
6	Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	36.0	19.1%	Hoch
7	Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	17.5	9.3%	Hoch
8	Hypotheken-, Grundschul- und Rentenschuldforderungen	4.4	2.3%	Gering
9	Namenschuldverschreibungen	65.1	34.7%	Gering
10	Schuldscheinforderungen und Darlehen	53.8	28.6%	Gering
11	Übrige Ausleihungen	1.0	0.5%	--
12	Einlagen bei Kreditinstituten	2.6	1.4%	Hoch
13	Andere Kapitalanlagen	0.6	0.3%	--
14	SUMME	188,3	100%	

Quelle: (Verband der Privaten Krankenversicherung 2013) S. 102-103, eigene Berechnungen und Beurteilungen

Die Investitionen in Aktien und Investmentanteile betragen 19,1%. Bei Aktien ist in der Regel von einer Handelbarkeit über Börsen auszugehen. Investmentanteile sind entweder Anteile an Publikumsfonds oder an so genannten Spezialfonds. In beiden Fällen ist davon auszugehen, dass die entsprechenden Investitionen relativ leicht liquidierbar sind. Bei der Kategorie

„Investmentanteile“ ist allerdings unklar, in welche Anlageobjekte die Fonds tatsächlich investieren, in Frage kommen vor allem Aktien, Anleihen und Geldmarktpapiere.

Zusammengefasst sind ca. 56 Mrd. Euro (etwa 30%) liquide angelegt (Positionen 6, 7 und 12 der Tabelle), die anderen 132 Mrd. Euro dürften hingegen nur wenig liquide sein. Um den Transfer von Alterungsrückstellungen in Höhe der unterstellten 78 Mrd. Euro durchzuführen, würden sinnvollerweise zuerst die liquiden Anlagen aufgelöst werden. Die liquiden Anlagen reichen jedoch nicht aus, um den gesamten Betrag aufzubringen, es müssten auch weniger liquide Anlagen im Umfang von mindestens 22 Mrd. Euro zusätzlich veräußert werden. In den folgenden Abschnitten wird untersucht, mit welchen Kursreaktionen beim Verkauf der liquiden Anlagen zu rechnen ist und wie sich die weniger liquiden Kapitalanlagen veräußern lassen könnten.

Das Ergebnis des vorangegangenen Abschnitts war es, dass die PKV alle liquiden Anlagen auflösen müsste, um den Transfer der Alterungsrückstellungen an die GKV durchführen zu können. Ein Vergleich der Höhe der aufzulösenden Kapitalanlagen mit der Größe des relevanten Kapitalmarktsegmentes kann Aufschluss darüber geben, ob es beim Verkauf zu einem stärkeren Preisrückgang kommen könnte. Ein solcher Preisrückgang hätte die Konsequenz, dass der Verkauf weniger an Erlös einbringen würde als bilanziert und entsprechend müsste die PKV entweder mehr an Kapitalanlagen auflösen als zunächst beabsichtigt oder es müssten Kredite in Höhe der Finanzierungslücke aufgenommen werden. Beides würde das wirtschaftliche Ergebnis der PKV belasten und im Extremfall auch die wirtschaftliche Existenz einzelner Unternehmen der PKV und somit auch die nachhaltige Finanzierung der Leistungen aus der privaten Krankenversicherung bedrohen.

Zunächst wird untersucht, zu welchen Preiseffekten der Verkauf der Position 6 „Aktien, Investmentanteile und andere nicht verzinsliche Wertpapier“ führen würde. Dabei wird angenommen, dass der gesamte Betrag von 36 Mrd. Euro ausschließlich in Aktien angelegt sei. Dies ist ganz sicher eine deutliche Überschätzung des wirklich vorliegenden Aktienanteils und dient der Abschätzung einer Obergrenze des Effekts auf die Aktienmärkte.²⁰

Im Jahr 2011 betrug die Marktkapitalisierung der Deutschen Börse ca. 912 Milliarden Euro bezogen auf in Deutschland emittierte Aktien (World Federation of Exchanges 2014). Unter dieser Annahme beträgt die Relation von Position 6 zur Größe des Gesamtmarktes etwa 4 Prozent. Ob sich aus dem Verkauf dieser Aktien eine starke Wirkung auf die Aktienkurse ergibt, kann zusätzlich über die Relation zum jährlichen Handelsvolumen abgeschätzt werden. 2011 wurden an der Deutschen Börse Umsätze im Umfang von 1252 Milliarden Euro durchgeführt (World Federation of Exchanges 2014). Das Verhältnis des maximalen Aktienbestandes der PKV zum Umsatzvolumen beträgt ca. 2,9 Prozent.

Bei einer Anzahl von 257 Handelstagen beträgt der tägliche Handelsumsatz an der Deutschen Börse durchschnittlich 4,9 Mrd. Euro, also etwa 14% des maximalen Aktienbestandes der PKV. Dies zeigt, dass ein sofortiger Verkauf nicht oder nur mit einem

²⁰ Die Position „Investmentanteile“ besteht vor allem aus solchen Anlagen, die an geregelten Märkten handelbar sind. Dies sind vor allem Aktien, Anleihen von Staaten oder Unternehmen, evtl. auch Immobilien, Rohstoffe oder Derivate.

sehr starken Kursverlust möglich wäre. Ein Verkauf über eine Zeitspanne von einem Jahr hingegen sollte problemlos möglich sein, sofern die anderen Marktteilnehmer den Verkaufsdruck seitens der PKV nicht strategisch zu ihrem Vorteil ausnutzen können und der Markt für die entsprechenden Aktien sehr liquide ist.

In Bezug auf eine schnelle Veräußerung der Inhaberschuldverschreibungen (Position 7) sieht es zunächst recht unproblematisch aus. Die 2011 investierten 17,5 Mrd. Euro betragen etwa 0,4% des in Deutschland börsennotierten Anleihevolumens und selbst wenn als Bezugsgröße nur die börsennotierten Staatsanleihen verwendet werden beträgt der Anteil lediglich 1,1% (European Capital Markets Institute 2013). Für die Abschätzung des möglichen Einflusses auf die Markttrendite ist auch hier ein Vergleich mit dem Handelsvolumen sinnvoll.

Laut World Federation of Exchanges betrug 2011 das Handelsvolumen von börsennotierten Anleihen in Deutschland lediglich 28,4 Mrd. Euro (World Federation of Exchanges 2014). Ein Verkauf des Anlagevolumens der PKV über einen Zeitraum von einem Jahr wäre daher schon als sehr problematisch anzusehen, da bei einer Relation von 61,6% zum jährlichen Handelsvolumen von einem starken Einfluss auf die Anleihepreise und Renditen auszugehen ist. Ein schneller Verkauf der Gesamtsumme von 17,5 Mrd. würde die Anleihepreise erheblich senken.

Aber auch diese Aussage trägt möglicherweise, da sie die tatsächliche Liquidität des Anleihemarktes in Deutschland unterschätzt. In Deutschland werden Anleihen von institutionellen Investoren (wie Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen) typischerweise als Langfristanlage betrachtet. Die Anleihen werden häufig am Tag der Erstemission erworben und bleiben bis zur Endfälligkeit im Depot. Daher ist das Handelsvolumen an der Börse auch relativ gering, so dass an Hand lediglich dieser Kennzahl die tatsächliche Liquidität des Anleihemarktes zu gering eingeschätzt wird. Ergänzend kann das jährliche Emissionsvolumen an Anleihen betrachtet werden: 2011 wurden in Deutschland Anleihen im Wert von 490 Mrd. Euro neu emittiert und von den Marktteilnehmern aufgenommen (World Federation of Exchanges 2014). Das Anlagevolumen der PKV beträgt ca. 3,6% der jährlichen Neuemissionen. Diese Relation legt, ähnlich wie bei der Aktienposition erörtert, nahe, dass eine Veräußerung über einen Zeitraum von einem Jahr hinweg ohne größere Marktverwerfungen möglich sein müsste.

Ganz anders ist hingegen die Veräußerung des Bestandes an wenig liquiden Anlagekategorien einzuschätzen. Wie in Abschnitt 2 berechnet, müssten mindestens 22 Mrd. Euro aus dem Verkauf der wenig liquiden Kapitalanlagen eingenommen werden.

Im Folgenden wird kurz auf die Positionen 8, 9 und 10, also Namensschuldverschreibungen, Schuldscheindarlehen, Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenforderungen sowie andere Darlehen, eingegangen. Diese Positionen machen etwa 65,6 Prozent der Kapitalanlagen der PKV aus und sind mit einem Wert von 123,3 Mrd. Euro auch deutlich umfangreicher als die Positionen in Aktien und Anleihen. Diese Kapitalanlagen sind nicht über geregelte Märkte handelbar und es existiert für sie kein liquider Markt. Im Wesentlichen handelt es sich um Kreditverträge mit Unternehmen, Privatpersonen oder auch öffentlichen Einrichtungen. Solche Kreditverträge sind naturgemäß schwer zu veräußern. Sofern ein Verkauf vertraglich

zulässig ist, muss erst ein Käufer gefunden werden, der bereit ist, in den laufenden Vertrag einzusteigen. Da kein institutionalisierter Markt für diese Anlagen existiert, werden in der Regel die Suchkosten erheblich sein. Dies dürfte dazu führen, dass ein schneller Verkauf zu erheblichen Abschreibungen der bilanzierten Werte führen wird. Entsprechendes gilt für die Positionen I bis 5, die ebenfalls als nur wenig liquide einzustufen sind.

Ein Verkauf könnte dadurch erleichtert werden, dass die entsprechenden Forderungen verbrieft werden und über eine Zweckgesellschaft am Kapitalmarkt veräußert werden. In diesem Fall würden die einzelnen Forderungen in so genannte Asset Backed Securities umgewandelt. Ein Betrag von 22 Mrd. Euro würde allerdings immerhin 29 % des üblichen Verbriefungsvolumens am deutschen Markt ausmachen. 2011 haben deutsche Banken Buchkredite an Nichtbanken im Umfang von ca. 75,3 Mrd. Euro verbrieft, wovon nur ca. 6,7 Mrd. weiter veräußert wurden.

Anstelle einer Veräußerung und der anschließenden Übertragung des Verkaufserlöses auf die GKV könnte sich auch eine direkte Depotübertragung anbieten. In diesem Fall könnte ein liquiditätsbedingter Preisabschlag vermieden werden und die Kapitalanlagen könnten zum Bilanzwert in ein Depot der GKV gebucht werden. Die GKV könnte dann sofort die laufenden Erträge (Zinsen, Dividenden etc.) der Kapitalanlagen nutzen und gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt marktschonend Teile davon verkaufen. In dem Falle wären Liquiditäts- und Kursprobleme für die abgebenden PKV-Unternehmen grundsätzlich vermeidbar. Die Einschätzung der Nachhaltigkeitswirkungen für Studienszenario 3 hängt also von der konkreten Regulierung der Umsetzung der Kapitalübertragungen ab.

Für Szenario 2, insbesondere aber für Szenario 3 wäre es im Falle der Übertragung der Alterungsrückstellungen an die GKV/das gemeinsame Versicherungssystem also erforderlich, einen deutlich hinreichenden Vorlauf zu schaffen, so dass die PKV-Unternehmen die Möglichkeit haben, ihre Kapitalanlagestruktur entsprechend anzupassen. Wie bereits ausgeführt, erscheint es auch vorstellbar, dass die Finanzmarkttitel teilweise übertragen werden und eine Auflösung insoweit unterbleibt. Je stärker dies möglich ist, umso geringer fallen die Kapitalmarkteffekte aus.

Ab 2016 gelten in der Versicherungswirtschaft die neuen Solvency II-Regeln für die Bestimmung der Eigenmittel. Altenähr sieht bei der Einführung einer generellen Portabilität der Altersrückstellungen die Gefahr, dass die Eigenmittelanforderungen nach Solvency II erheblich steigen würden, da die dann möglichen Wanderungsbewegungen zwischen den Unternehmen der PKV je nach Prognose des Wanderungssaldos das Risiko der einzelnen Unternehmen erhöht (Altenähr 2014). Wenn man diesem Argument folgt müsste eine erhöhte Portabilität zwischen PKV und GKV – je nach zu erwartender Nutzung durch die Versicherten - eine deutlich stärkere Erhöhung der Eigenmittel bewirken als die neue Regelung zur Bestimmung der Eigenmittel alleine.

Solvency II ist das ab 1. Januar 2016 geltende neue europäische Regelwerk für die Aufsicht von Versicherungsunternehmen. Es umfasst neue Regeln für die Kapitalanforderungen, Bewertungsrichtlinien (für Vermögenswerte und Verbindlichkeiten) sowie für die

Geschäftsorganisation und die Berichtspflichten.²¹ Für die Überlegungen in diesem Abschnitt sind die Solvency II-Regeln für die Kapitalanforderungen relevant.²² Der Grundgedanke von Solvency II ist, dass die Eigenmittel des Versicherungsunternehmens so hoch sein müssen, dass das Risiko eines Konkurses im folgenden Jahr nicht größer als 0,5% ist (siehe z.B. (Limp 2014)). Die Höhe der Risikounterlegung bemisst sich im so genannten Standardansatz nach Risikoklassifikationen, die von den Solvency II-Regeln und der Aufsicht vorgegeben werden. Anstelle des Standardansatzes können PKV-Unternehmen auch mit sogenannten internen Modellen für die Risikoschätzung und die darauf aufbauende Berechnung der Eigenmittel arbeiten, und ein Teil der PKV-Unternehmen macht davon Gebrauch. Es handelt sich dabei um spezielle statistische Modelle, die von den entsprechenden Versicherungsunternehmen unternehmensindividuell entwickelt und eingesetzt werden, um Unternehmensspezifika mit ihren Konsequenzen auf den Bedarf an Eigenmitteln besser berücksichtigen zu können. Diese Modelle müssen von der Aufsicht als geeignet testiert werden.

Unter Solvency II wird das Risiko von PKV-Unternehmen in die Kategorien „Lebensversicherungsrisiken“ und „Nicht-Lebensversicherungsrisiken“ unterteilt. Jede Kategorie besteht aus mehreren Modulen, bei „Lebensversicherungsrisiken“ sind dies „Sterblichkeit“, „Langlebigkeit“, „Invalidität“, „Storno“, „Kosten“ und „Revision“.²³

Durch die in dieser Expertise untersuchte erwähnte Erweiterung der Portabilität könnte sich konkret das Stornorisiko erhöhen, insbesondere aufgrund von ausfallenden Stornogewinnen und sich in der Simulation der Deckungsrückstellungen im für Solvency II verwendeten Modell auswirken. Wie die Analyse der Vermögensanlagen der PKV gezeigt hat, ist ein großer Teil der Anlagen relativ illiquide. Eine Erhöhung der Portabilität würde hingegen hohe Anforderungen an die Liquidität der Vermögensanlagen stellen. In Solvency II wird das Liquiditätsrisiko allerdings nicht explizit berücksichtigt, das heißt, dass etwa keine zusätzlichen Eigenmittel entsprechend dem Grad der Illiquidität erforderlich sind (EIOPA 2014). Von den Unternehmen der PKV wird jedoch immerhin erwartet, dass sie in der Berichterstattung über ihre Risiken auch Liquiditätsrisiken einschließen (EIOPA 2014). Im Falle der Einführung einer umfassenden Portabilität müsste die Versicherungsaufsicht die PKV-Unternehmen darauf hinweisen, dass ein höherer Grad an Liquidität erforderlich ist. Dies kann zum Beispiel dadurch erfolgen, dass illiquide Teile der Vermögensanlagen einen Malus im Sinne höherer erforderlicher Eigenmittel erhalten. Die PKV-Unternehmen würden dann diese illiquiden Teile der Anlagen in liquidere tauschen, um die höheren Kapitalkosten zu vermeiden. Zusammenfassend, ein wesentlicher Einfluss der Versicherungsaufsicht wäre es, den Liquiditätsgrad der Kapitalanlagen der PKV zu erhöhen, um sie an neue Erfordernisse (Portabilität) anzupassen und damit den Anforderungen aus Solvency II zu genügen.

Nachhaltigkeitsrisiken bezüglich der *Finanzierung der GKV bzw. eines neuen gemeinsamen Versicherungssystems aus möglichen adversen Selektionsprozessen*, also dem Wechsel vorwiegend schlechter Risiken aus der PKV, betreffen nur die Anwendung des Modells in

²¹ Siehe z.B. BaFin (2015) "Aufbau und Inhalt von Solvency II."

²² Ein kurzer Überblick findet sich z.B. in BaFin (2015) "Solvency II - Kapitalanforderungen."

²³ Z. B. in EIOPA (2014) "Zugrunde liegende Annahmen der Standardformel für die Berechnung der Solvenzkapitalanforderung (SCR)."

den Szenarien 2 und 3. Hier wird grundsätzlich bei allen Modellen, die die Berechnung angemessener individualisierter Alterungsrückstellungen für alle Versicherten vorsehen, eine schlechte Risikostruktur eines Wechslers durch eine höhere individualisierte Altersrückstellung ausgeglichen. Falls es allerdings möglich wäre, seitens der PKV-Unternehmen Informationen über PKV-Patienten zu nutzen, die über die Risikoklasseneinteilung für die Ermittlung der Alterungsrückstellungen hinausgehen und diese zum Wechsel in die GKV bzw. das gemeinsame Versicherungssystem zu motivieren, wäre der Schutz des aufnehmenden Systems gegen die Folgen adverser Selektion gefährdet. Auch Anreize zu einer systematisch zu geringen Kalkulation von Alterungsrückstellungen für wahrscheinliche Systemwechslergruppen im Rahmen der Summenregel bei Nell und Rosenbrock können die Nachhaltigkeit der Finanzierung hier beeinträchtigen.

Ein spezifisches Problem für die GKV bzw. das gemeinsame Versicherungssystem in den Szenarien 2 und 3 stellt der Wechsel aus Tarifen mit niedrigerem Leistungsumfang dar, da hier die Alterungsrückstellungen ebenfalls entsprechend niedriger ausfallen mit entsprechender Auswirkung auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung dieser Systeme. Im Rahmen von Szenario 2 könnte ein vorheriger Wechsel in einen mindestens gleichwertigen PKV-Tarif Voraussetzung für den Versicherungssystemwechsel sein. Die interne Verteilung mitgegebener Altersrückstellungen innerhalb der GKV bzw. des neuen Versicherungssystems zeitlich und nach Träger müsste im Rahmen einer Realisierung dieser Modelle noch diskutiert werden, was jedoch nicht Gegenstand dieses Gutachtens ist.²⁴

Was die **Konsistenz der ökonomischen Anreize** angeht, so geht generell von der Konstruktion der portablen Alterungsrückstellungen keine gezielte Einschränkung der Wechselmöglichkeit guter oder schlechter Risiken aus²⁵ –, wenn die Altersrückstellungen risikoadäquat für alle Gruppen konstruiert sind. Dies ist in allen Modellen grundsätzlich so angelegt, wobei Meier et al. aus pragmatischen Gründen primär auf die Wechselmöglichkeiten für gute Risiken fokussieren. Allerdings erhalten im Meyerschen Modell bei Verwendung unternehmensübergreifender kollektiver Rechnungsgrundlagen die Versicherten von Kollektiven mit hohem kollektivem Prämienrisiko und im Verhältnis zum Risiko unterdurchschnittlicher Summe der Altersrückstellungen, wie schon oben erwähnt, inadäquate positive Anreize zum Versicherer- bzw. – bei analoger Anwendung des Modells innerhalb der PKV-Unternehmen – Tarifwechsel innerhalb der PKV. Je nach Ausgestaltung der Kalkulationsgrundlagen bei Nell und Rosenbrock könnten auch Restanreize zum Verlassen eines Kollektivs mit hohem Prämienrisiko verbleiben – es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit der einzelne Versicherte in der Lage ist, das Risiko zu antizipieren. Ein Vorteil einer solchen Anreizkonstellation könnte es allerdings sein, dass diese wiederum den Versicherer veranlassen könnte, im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelungen

²⁴ Eine unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit denkbare Ausgestaltung könnte etwa sein, dass die in die GKV transferierten Alterungsrückstellungen ähnlich wie der künftige Vorsorgefonds der Sozialen Pflegeversicherung bei der Bundesbank verwaltet werden und die Mittel in dem Umfang laufend über den Gesundheitsfonds und den periodenbezogenen Morbi-RSA in die GKV überführt werden, wie bei einem Verbleib in der PKV Alterungsrückstellungen aufgelöst worden wären.

²⁵ Über die Anreize durch die Selektionsgewinne hinaus, die per Kalkulation der Prämien der neu zugehenden guten Risiken anhand durchschnittlicher Risikozuschreibungen entstehen.

möglichst realitätsnah zu kalkulieren. Soweit die Alterungsrückstellungen höhere Risiken für das GKV- bzw. gemeinsame Versicherungssystem ausgleichen und die Verteilung der zusätzlichen Mittel innerhalb dieses Systems adäquat ist, werden auch in den Modellen 2 und 3 keine Selektionsanreize in diesen Systemen induziert.²⁶ Dies ist allerdings in Hinblick auf relativ grobe Risikoklassen und eines möglichen Informationsvorsprungs des abgebenden PKV-Unternehmens in ein System mit Kontrahierungszwang (wie es die GKV bzw. ein einheitliches Versicherungssystem wäre) wie oben erwähnt zu hinterfragen.

Die Kontroverse, inwieweit die Versicherungsunternehmen *Anreize zu einer realistischen Kalkulation individualisierter Alterungsrückstellungen* haben, ist in Zusammenhang mit der Notwendigkeit von Clearing- und/oder Schiedsinstitutionen zu sehen. Wenn die Annahme z.B. Eekhoffs realistisch wäre, dass auf der Basis jeweils unterschiedlicher Strukturen bezüglich Versorgungsmanagement, Anlagepolitik, Spezialisierung, Kostenzusammensetzung die Unternehmen im Rahmen freiwilliger Vereinbarungen solche AR anboten, die gerade noch für sie vorteilhaft sind bzw. für die sie indifferent wären, so könnte auch auf zentrale Vorgaben zur Kalkulation sowie eine zentrale Clearingstelle verzichtet werden. Dies setzt allerdings beachtliche Abstimmungsprozesse zwischen den Unternehmen voraus. Auch die Argumentation Eekhoffs bezüglich des Vorhandenseins ausreichender Sicherheitszuschläge im Rahmen der angesparten Altersrückstellungen für Hochrisikofälle (Eekhoff und Arentz 2013), so dass durch ihre Übertragung auch hier neue Versicherer zu finden seien, erscheint zumindest diskussionsbedürftig. Problematisch kann auch die Anreizsituation bei Nell/Rosenbrock dann werden, wenn vorab realistische Annahmen getroffen werden können, welche Gruppen von Versicherten die höchste Wechselneigung haben. Bleibt es bei der Situation, dass gute Risiken in der PKV generell eine höhere subjektive Wechselneigung haben (Karlsson et al. 2014), so könnte es im Rahmen der Summenregel zu Anreizen zur Kalkulation einer systematisch zu niedrigen Alterungsrückstellung für gute Risiken kommen, um diese zu halten.

Eine Übertragung der Eekhoffschen Argumentation auf die Szenarien 2 und 3 ist zudem nicht möglich, da es sich beim GKV- bzw. auch beim gemeinsamen Versicherungssystem um Systeme mit Kontrahierungszwang handelt, die somit keine gleichwertige Position für das Aushandeln der Höhe der mitzugebenden Alterungsrückstellung aus der PKV einnehmen können. Insofern könnte hier auch die Rosenbrocksche Summenregel von den abgebenden Unternehmen strategisch genutzt werden, denn wenn GKV oder gemeinsames Versicherungssystem einen Kontrahierungszwang gegenüber schlechten Risiken haben, so besteht seitens des abgebenden Versicherten kein Anreiz, angemessene individuelle Alterungsrückstellungen zu kalkulieren. Allerdings würde in Szenario 2 bei Kalkulation der entsprechend höheren mitzugebenden Alterungsrückstellungen für gute Risiken ein Anreiz für diese bestehen, ggfs. zu einem anderen privaten Versicherer zu wechseln. In Szenario 3 fiel dieses Risiko hingegen weg.

Anreizwirkungen bezüglich der kurz- und langfristigen Gesundheitsversorgung für den Versicherer bleiben in den Modellen unverändert zum Status quo der PKV: Insofern

²⁶ Insofern das Modell von Meier und Werding aus pragmatischen Gründen auf den Wechsel primär guter Risiken fokussiert, ist dies, wie oben begründet, nicht anwendbar.

Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung der Versicherten zu langfristigen Ausgabensenkungen führen, gilt: Wenn ein Versicherer erfolgreich Prävention betreibt, wodurch im Vergleich zu den Mitbewerbern ein überdurchschnittlich guter Gesundheitszustand der Versicherten resultiert, kann eine für Marktverhältnisse unterdurchschnittlich hohe individuelle prospektive Alterungsrückstellung mitgegeben werden, so dass der Präventionserfolg internalisiert werden kann. Zugleich ist der Wechsel zum erfolgreich prävenierenden Unternehmen für Bestände anderer Versicherer interessant. In der Variante von Meier und Werding entstehen durch die aus pragmatischen Gründen in erster Linie im Fokus stehende Begrenzung des Bestandskundenwettbewerbs auf gute Risiken Anreize, besondere Leistungen für diesen Kundenkreis zu fördern.

Für alle Modelle ist **aus allokativer Sicht** anzumerken, dass die Übertragbarkeit der individualisierten Alterungsrückstellungen für alle Tarife einbezogen wird. Damit würde für die Szenarien 1 und 2 die Wahlmöglichkeiten an Tarifen bezüglich z.B. Leistungsumfang und Selbstbehalten für Bestandskunden erweitert werden auf die bisher nur Neueinsteigern zugänglichen Alternativen. Durch die zusätzlichen Wechselmöglichkeiten von Bestandskunden im Vergleich zum Status quo kann also – auch im Zeitablauf sich wandelnden – Konsumentenpräferenzen besser entsprochen werden und somit ein Wohlfahrtsgewinn erzielt werden. Für die Verwendung für die Szenarien 2 und 3 wäre ggfs. eine Weiterentwicklung sinnvoll, die es ermöglicht, einen überschießenden Anteil an über für das GKV-System oder gemeinsame Versicherungssystem notwendige Alterungsrückstellungen in Zusatzversicherungen zu übertragen. Was allerdings die aus pragmatischen Gründen vorgenommene Beschränkung der Wahlmöglichkeit für schlechte Risiken in Meiers und Werdings Modell angeht, ist dieses insoweit unterlegen. Darauf hinzuweisen ist, dass sich für gute Risiken dann Einschränkungen der Wechselmöglichkeiten gegenüber dem Status quo ergeben, wenn die mitzugebende individualisierte Alterungsrückstellung negativ wäre. Dies wäre hinzunehmen; prima facies erscheinen solche Konstellationen allerdings zumindest nicht typisch zu sein.

Aus distributiver Sicht wären die Umverteilungseffekte zu bemängeln, die in der Meyerschen Modellvariante mit unternehmensübergreifenden Kalkulationsgrundlagen aus der Möglichkeit resultieren, sich einem hohen kollektiven Prämienrisiko zu entziehen. Darauf hinzuweisen ist, dass alle Modelle im Vergleich zum Status quo zu einer Umverteilung zwischen begünstigten Wechslern und belasteten Nicht-Wechslern führen, da deren Beiträge durch die Einführung einer Wechselmöglichkeit und damit dem Fortfall der Möglichkeit, Storno prämienmindernd zu berücksichtigen, steigen werden.

Mit Blick auf die **Praktikabilität** sind alle Modelle komplexer als der Status quo. In allen Modellen sind Datengrundlagen erst noch zu schaffen, auf deren Basis ein Modell zur Ermittlung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen umgesetzt werden könnte. Auch das medizinisch-ökonomische Klassifikationssystem selber, in welches die Versicherten eingruppiert und anhand dessen die individualisierte Alterungsrückstellung ermittelt wird, ist noch zu entwickeln. Ein entscheidender Punkt im diesbezüglichen Vergleich der Modelle ist die *Verfügbarkeit der notwendigen Datengrundlagen* sowie ggfs. *der Zeithorizont, solche Datengrundlagen zu schaffen*. Für die Umsetzung des Meyerschen Modells ist dieser Punkt

schwer zu beurteilen, da von ihm keine direkte modellierende Umsetzung vorliegt. Bei Verwendung einer unternehmensübergreifenden Kalkulationsgrundlage wären allerdings in jedem Falle zentrale Daten zu sammeln. Für die Modellierung nach Zähle ist die Einteilung in Risikoklassen nach dem Verhältnis des Kostenrisikos im Vergleich zum durchschnittlichen Kostenrisiko in einer Altersklasse notwendig. Zudem müssen Übergangswahrscheinlichkeiten in eine andere Risikoklasse, Überlebens- und Verbleibwahrscheinlichkeiten sowie Kopfschäden bestimmt bzw. geschätzt werden. Zähle selber geht davon aus, dass unternehmensintern mit – wenn auch nach außen bisher nicht transparenten – Verfahren aufbauend auf dem der Ermittlung von Risikozuschlägen ggfs. adäquate Risikoklassen gebildet werden könnten. Jedoch sieht er das actuarielle Problem, bei höherer Anzahl von Risikoklassen ausreichende Stichprobengrößen zur validen Schätzung im Unternehmen zur Verfügung zu haben. Zudem nimmt er an, dass es an Erfahrungswerten zu Übergangswahrscheinlichkeiten mangeln könnte (Zähle und Zähle 2013).

Zur Realisierung von Modellen, die auf Basis von nachprüfbareren Kalkulationsverfahren (also nicht auf Basis einer reinen Verhandlungslösung und einer Blackbox bezüglich der Verhandlungsgrundlagen) arbeiten, ist also in jedem Falle auch ein hinreichender Zeitverlauf nötig zum Aufbau der Datengrundlagen, selbst wenn diese nicht zentral gesammelt werden müssen.

Ein größerer Spielraum und somit ggfs. eine schnellere Umsetzbarkeit ergibt sich für Modelle, die auf Basis reiner Verhandlungslösungen und somit mit einer Blackbox bezüglich der Verhandlungsgrundlagen arbeiten – auch hier mag sich allerdings ein Optimum bezogen auf die Validität der intern vorgenommenen Schätzungen erst über die Zeit ergeben. Ähnliches gilt für die Umsetzung der Summenregel bei Nell und Rosenbrock, die auch mittels recht grober Schätzungen möglich wäre.

Der Aufbau entsprechender Datengrundlagen sowie – wie von Meyer vorgeschlagen – einer entsprechenden Clearing- und Schiedsstelle ist mit Transaktionskosten sowohl beim Systemübergang als auch bei laufendem Betrieb verbunden. Aber auch eine reine Verhandlungslösung – im Falle von Szenario I denkbar – würde hohe Transaktionskosten bei den PKV-Unternehmen selber hervorrufen. Inwieweit es überhaupt praktikabel ist, dass Versicherer im Massengeschäft der PKV über Wechselabsichten einzelner Versicherungsnehmer, die ggfs. bei mehreren Versicherungsunternehmen Anfragen stellen, verhandeln, bleibt kritisch zu hinterfragen.

Die *Nachvollziehbarkeit der Verfahren* im Sinne des **Transparenzkriteriums** hängt ab von der Überprüfbarkeit von Kalkulationsweisen und Datengrundlagen. Hier erscheint die Meyersche Variante mit unternehmensübergreifenden Kalkulationsgrundlagen als im stärksten Ausmaße intersubjektiv überprüfbar, auch durch die Einschaltung der von ihm vorgeschlagenen Clearing-Stelle. Im Mittelfeld liegen Modelle, die nachprüfbarere Kalkulationsverfahren vorsehen, wie die Modellierung von Zähle. Weniger transparent nach außen wäre ein Verfahren, dessen alleiniger Eckpfeiler die Summenregel ist, ohne dass weitere Kalkulationsvorgaben getroffen würden. Das Eekhoff'sche Modell erscheint in Hinblick auf Transparenz am problematischsten – da es sich die Höhe der Altersrückstellung letztlich aus

den Ergebnissen von Verhandlungsprozessen zwischen den PKV-Unternehmen ergibt, fehlt jeglicher intersubjektive Ansatz zur Überprüfbarkeit.

Eine zusammenfassende Beurteilung der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen im Lichte der Studien-Kriteriologie findet sich in Tabellen 7 bis 9. Dabei wird bezüglich der Anwendung in den jeweiligen Studienszenarien differenziert.

Alle hier zu beurteilenden Modelle sind, wie oben beschrieben, für die Anwendung in Szenario I entworfen worden. Von der Nachhaltigkeit her sind sie ähnlich wie der Status quo mit kleinen Einschränkungen als positiv zu bewerten. Die Einschränkungen bei den Modellen betreffen alleine Nachhaltigkeitsrisiken, die sich bei nicht vollständiger Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos ergeben könnten. Diese würden dann verschärft auftreten, wenn die bisherigen Regelungen für den unternehmensinternen Tarifwechsel, d.h. die Mitnahme der kalkulatorischen Alterungsrückstellung, beibehalten würden. Eine größere Konsistenz hätte die Anwendung dieser Modelle, wenn im Falle interner Tarifwechsel die gleichen Regeln angewandt würden wie im Falle externer Tarifwechsel. Im Szenario I sind jedoch hierzu keine Annahmen getroffen worden.

Tabelle 7: Beurteilungsmatrix der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen für Szenario I

Modell	Anwendbarkeit	Nachhaltigkeit	Konsistenz ökonomischer Anreize	Allokative/ distributive Aspekte	Praktikabilität	Transparenz
Meyer (in Umsetzung Zähle)	#	++	++	+++	+	++
Nell/Rosenbrock	#	++	++	+++	++	+
Eekhoff	o	++	++	+++	++	-
Meier/Werding ^{a)}	#	++	-	++	++	+

für dieses Szenario konstruiert

O auf dieses Szenario, ggfs. mit Anpassungen, anwendbar

/ auf dieses Szenario nicht anwendbar

+++ ohne Einschränkungen positiv

++ mit kleineren Einschränkungen positiv

+ mit deutlicheren Einschränkungen positiv

- nicht zu empfehlen

a) In der aus pragmatischen Gründen prioritär verfolgten Beschränkung auf die Wechselmöglichkeiten guter Risiken

Generell sind Risiken aus der nicht vollständigen Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos aber in einem Szenario, in dem nicht unmittelbar Wechselbewegungen größerer Versichertengruppen zu erwarten sind, als weniger problematisch zu bewerten. Auch Risiken aus Kapitalmarkteffekten sind im Kontext von Szenario I eher zu vernachlässigen. Die ökonomischen Anreize aus den Modellen sind ebenfalls weitgehend positiv zu bewerten und denen des Status quo überlegen. Dabei stellt Meier/Werdings Model wegen der aus pragmatischen Gründen verfolgten Beschränkung von realen Wechselmöglichkeiten in erster Linie auf gute Risiken eine Ausnahme dar. Alle Modelle hingegen könnten positive Wohlfahrtswirkungen gegenüber dem Status quo erzeugen durch präferenzgerechtere Versicherungsmöglichkeiten, allerdings im Falle von Meier/Werding eher begrenzt auf gute Risiken. Bezüglich der Praktikabilität sind alle Modelle dem Status quo unterlegen. Diesbezüglich ist besonders Meyers Modell in Interpretation nach Zähle durch reinen relativ hohen Datenbedarf belastet, insbesondere was die Ermittlung der Übergangswahrscheinlichkeiten zwischen den Risikoklassen angeht. Auch die Einrichtung zentraler Organisationen und Abläufe sowie der damit verbundene Datenbedarf, die in den anderen hier angeführten Modellen nicht unbedingt notwendig sind oder sogar dezidiert

abgelehnt werden, benötigen beträchtlichen Vorlauf. Die Modelle haben den Charme, dass die grundsätzliche Kalkulationsweise der PKV beibehalten werden kann, indem ein kollektives Risikoausgleichskonto genutzt wird.

Dagegen leidet in anderen Modellen eher die Nachvollziehbarkeit für den Verbraucher, die bei allen Modellen geringer als im Status quo ist. Eine expertenseitige Nachprüfbarkeit dürfte aber gegeben sein. Da diese in der Umsetzung des Eekhoff'schen Diskussionsbeitrags vollständig fehlt, wird dieser hier bei der Transparenz negativ bewertet.

Tabelle 8: Beurteilungsmatrix der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter Alterungsrückstellungen für Szenario 2

Modell	Anwendbarkeit	Nachhaltigkeit	Konsistenz ökonomischer Anreize	Allokative/ distributive Aspekte	Praktikabilität	Transparenz
Meyer	o	+	++	+++	+	++
Nell/ Rosenbrock	o	+	+	+++	+	+
Eekhoff	/					
Meier/ Werding ^{a)}	/					

für dieses Szenario konstruiert

O auf dieses Szenario, ggfs. mit Anpassungen, anwendbar

/ auf dieses Szenario nicht anwendbar

+++ ohne Einschränkungen positiv

++ mit kleineren Einschränkungen positiv

+ mit deutlicheren Einschränkungen positiv

- nicht zu empfehlen

a) In der aus pragmatischen Gründen prioritär verfolgten Beschränkung auf die Wechselmöglichkeiten guter Risiken

Für Szenario 2 reduziert sich die Zahl der zu diskutierenden Modelle. Die Eekhoff'sche Modellvariante mit ihrem Verhandlungsmodell erscheint, wie oben beschrieben, nicht anwendbar für den Wechsel in eine gesetzliche Krankenversicherung mit Kontrahierungszwang. Insoweit Meier u. Werdings Modell aus pragmatischen Gründen nicht auf Lösungen für die Übertragung individualisierter Alterungsrückstellungen auch für schlechte Risiken fokussiert, ist es auf dieses Szenario nicht anwendbar. Für die verbliebenen zwei Modelle scheinen die Nachhaltigkeitseffekte zunächst ähnlich einzuschätzen zu sein wie für die Anwendung in Szenario I, wenn man davon ausgeht, dass die Übertritte ins GKV-System sich in Grenzen halten und Finanzmarkteffekte deshalb beherrschbar bleiben. Allerdings ist es bei aus Gründen der Praktikabilität eher grobem Risikoklassensystem nicht

unwahrscheinlich, dass PKV-Unternehmen Versicherte mit innerhalb einer Risikoklasse hohen erwarteten Kosten identifizieren können. Sollte es gelingen, diese zum Übertritt in die GKV zu bewegen, so wäre diese nicht vor den Folgen adverser Selektion geschützt, denn hier besteht ja Kontrahierungszwang. Die Konsistenz der ökonomischen Anreize ist deshalb insbesondere in Nell u. Rosenbrocks Modell kritischer zu sehen als für Szenario 1, da Anreize gesehen werden könnten, schlechte Risiken in der Hoffnung auf ihren Übertritt ins GKV-System mit systematisch zu geringen Alterungsrückstellungen auszustatten. Da aber auch der Wechsel zwischen den PKV-Unternehmen möglich bleibt, sind diese Anreize aufgrund der Summenregel ambivalent. Es liegt deshalb bei einer potentiellen Anwendung des Modells von Nell und Rosenbrock nahe, für dieses Szenario zusätzliche Sicherungen in Gestalt zentraler Institutionen und vorgegebener Risikoklassifikationssysteme zu schaffen, was aber die Praktikabilität im Vergleich zum Einsatz in Szenario 1 herabsetzen würde.

Unter distributiven bzw. Gerechtigkeitsgesichtspunkten sind beide Modelle – szenarienbedingt – insofern mit einem Bewertungsabschlag gegenüber dem Einsatz in Szenario 1 zu belegen, als es einem begrenzten Kreis von Personen, den PKV-Versicherten, möglich ist, über jeweils individuell zeitlich günstig platzierte Wechsel beide Systemvorteile in der Krankenversicherung zu nutzen. Sie können sich also den Umverteilungselementen des GKV-Systems so lange entziehen, wie dies finanziell individuell zuträglich ist und in Folge ohne Nachteile ihrer wieder teilhaftig werden. Die übrigen Kriterien sind ähnlich anzuwenden wie in der Anwendung auf Szenario 1.

Für die Anwendung in Studienszenario 3 müssen wiederum aus den gleichen Gründen die Modelle von Eekhoff und Meier u. Werding (letzteres, insoweit es aus pragmatischen Gründen auf den Wechsel primär guter Risiken fokussiert) ausgeschlossen werden. In Bezug auf Meyers und Nell u. Rosenbrocks Ansätze ist die Nachhaltigkeit aus zwei Gründen nur noch als begrenzt positiv einzuschätzen: Einerseits können – zumindest im Falle des notwendig werdenden Verkaufs von Finanzanlagen (statt der Alternative der direkten Übertragung von Anlagen ins gemeinsame Versicherungssystem) bei Wechsel großer Gruppen von Versicherten in der Optionsperiode je nach Gestaltung der Übertragungsbedingungen Liquiditätseffekte und Kursverluste wirksam werden, die sich auf die finanzielle Situation der PKV-Unternehmen auswirken könnten. Andererseits könnten sich Veränderungen des kollektiven Prämienrisikos durch einen höheren Umfang von Wechselbewegungen stärker auswirken. Allerdings wäre dieser zweite Aspekt aufgrund der Berücksichtigung eines großen Teils des kollektiven Prämienrisikos sowohl in der Zählischen Umsetzung von Meyer als auch bei Nell/Rosenbrock eher zweitrangig. Problematisch dagegen wird hier die ökonomische Anreizkonstellation im Modell von Nell/Rosenbrock: hier geht es nur noch um einseitige Wechsel ins gemeinsame Versicherungssystem, so dass verzerrte Anreize für die Anwendung der Summenregel zu erwarten wären, sich also die oben beschriebenen Nachhaltigkeitsrisiken in Hinblick auf den Ausgleich adverser Selektion in das neue Versicherungssystem im Vergleich zu Szenario 2 noch einmal verschärfen würden. Alle übrigen Beurteilungsaspekte verändern sich nicht gegenüber den anderen Szenarien.

Tabelle 9: Beurteilungsmatrix der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter Alterungsrückstellungen für Szenario 3

Modell	Anwendbarkeit	Nachhaltigkeit	Konsistenz ökonomischer Anreize	Allokative/ distributive Aspekte	Praktikabilität	Transparenz
Meyer	o	+	++	++	+	++
Nell/ Rosenbrock	o	-	-	++	+	+
Eekhoff	/					
Meier/ Werding ^{a)}	/					

für dieses Szenario konstruiert

O auf dieses Szenario, ggfs. mit Anpassungen, anwendbar

/ auf dieses Szenario nicht anwendbar

+++ ohne Einschränkungen positiv

++ mit kleineren Einschränkungen positiv

+ mit deutlicheren Einschränkungen positiv

- nicht zu empfehlen

a) In der aus pragmatischen Gründen prioritär verfolgten Beschränkung auf die Wechselmöglichkeiten guter Risiken

5.3 Das Leistungsausgleichsmodell als Modell mit ratierlichen Zahlungen aus der Alterungsrückstellung im Licht der Kriteriologie

Das Leistungsausgleichsmodell als Modell mit ratierlicher Zahlung (Buchner u. Wasem 2006) ist entwickelt worden für ein Szenario entsprechend dem Studienszenario I. Denkbar ist jedoch auch seine Anwendung auf die Szenarien 2 und 3. Dann würden die Zahlungen basierend auf der Kalkulationslogik der PKV zwischen PKV-Unternehmen und GKV bzw. gemeinsamem Versicherungssystem laufen.

Das Kriterium der **Nachhaltigkeit** ist im Leistungsausgleichsmodell insofern eher erfüllt als in Modellen mit einmaliger Übertragung von Alterungsrückstellungen, als grundsätzlich die *Unternehmensliquidität* hier weniger bedroht ist. Die Zahlungen aus den Finanzanlagen werden gestreckt und der Abbau der Alterungsrückstellungen bei der PKV bleibt nah am ursprünglichen Geschäftsmodell. Dies gilt für alle Szenarien, ist aber besonders relevant für

die Anwendung des Modells in Szenario 3, in dem eine größere Zahl von gleichzeitigen Austritten aus dem PKV-System zu erwarten wäre. Analog ist die Frage nach möglichen *Finanzmarktauswirkungen auf die Finanzlage der PKV-Unternehmen* zu beantworten. Allerdings könnte durch die Abhängigkeit der Zahlungen von der Geschäftspolitik des abgebenden Unternehmens Schwierigkeiten für die Modellsimulation im Rahmen von Solvency II ausgelöst werden.

In Bezug insbesondere auf die jüngeren Wechsler aus der PKV würde sich in den Szenarien 2 und 3 die GKV oder das gemeinsame Versicherungssystem in Gestalt der Zahlungen an das PKV-System noch am Aufbau von Alterungsrückstellungen beteiligen, so dass weniger Kapitalabbau im Gesamtsystem stattfände.

Bezüglich möglicher Nachhaltigkeitswirkungen über eine unzureichende Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos und seine Auswirkungen auf das verbleibende Kollektiv nach einem Wechsel ist die Ausgangslage ratierlicher Modelle grundsätzlich anders als die von Modellen mit Einmalzahlungen. Denn Auswirkungen des Wechsels auf die Prämien-situation im Ausgangstarif müssen nicht lange vorab geschätzt werden, sondern erst bei Berechnung der jeweiligen ratierlichen Zahlung. Dies ermöglicht auch die Berücksichtigung von Risiken, die sich erst über Veränderungen im Laufe der Zeit ergeben, so z.B. über medizinischen Fortschritt. Trotzdem ist die Frage nach möglichen Konstellationen, die den Bestand von Kollektiven bedrohen könnten, auch für ein solches Modell kritisch zu diskutieren.

Im Modell des Leistungsausgleichs zahlt das abgebende Unternehmen im Saldo die Differenz zwischen den durchschnittlichen Ausgaben für Versicherte gleichen Risikos wie des Wechslers zum Wechselzeitpunkt und seiner Prämie zum Eintrittsrisiko. Diese Differenz kann – in Abhängigkeit von Eintrittsalter, aktuellem Alter und Gesundheitszustand – positiv oder auch negativ sein.

Im Modell manifestiert sich das kollektive Prämienrisiko hinsichtlich des zum Wechselzeitpunkt gegebenen Verhältnisses des Gesamtrisikos zur Summe der Altersrückstellungen in den Zahlungsflüssen vollständig, denn es werden hier alle Prämienänderungen berücksichtigt. Darüber hinaus sorgt das Modell dafür, dass auch für die Zukunft keine Prämienveränderung alleine durch den Weggang des Wechslers induziert wird, d.h. es gleicht die veränderte Risikostruktur im verbleibenden Kollektiv aus, indem die laufenden Zahlungsflüsse zwischen den Unternehmen dessen Risikolage berücksichtigen.

Bei Aufnahme eines Versicherungsverwechslers muss das aufnehmende Versicherungsunternehmen die Ausgleichsflüsse zwischen ihm und dem abgebenden Unternehmen vorab schätzen, um ein im Rahmen seines Geschäftsmodells passendes Prämienangebot machen zu können. Diese Kalkulationsweise bzw. ggfs. Vorgaben dazu werden von den Autoren nicht diskutiert. Das Unternehmen kann aber einerseits die bisherigen Prämien des abgebenden Unternehmens zur Basis seiner Kalkulation machen und andererseits auch – realistischerweise – Prognosen über Prämien- und Kostenentwicklungen beim abgebenden Unternehmen mit einbeziehen.

Wer letztendlich das kollektive Prämienrisiko trägt und welche Anreize bei potentiellen Wechslern und bei den aufnehmenden Versicherungsunternehmen entstehen, hängt also von der Kalkulationsweise der Prämie durch das aufnehmende Unternehmen ab. Bezieht das aufnehmende Unternehmen im Leistungsausgleichsmodell keine Schätzungen der zukünftigen Prämien- und Ausgaben-basierten Zahlungsflüsse zwischen den zwei Versicherern ein, so kann es zu Unter- und Überschätzungen dieser Beträge kommen. In der Folge käme es zu Verzerrungen der neuen Prämien nach oben bzw. nach unten.

Wird jedoch die Prämie des aufnehmenden Unternehmens auf Basis einer realitätsnahen Schätzung vorgenommen, so bleibt das kollektive Prämienrisiko beim wechselnden Versicherten.

Auch hier ist allerdings zu sagen, dass das Modell nur dann konsistent ist, wenn unternehmensinterne Tarifwechsel nach den gleichen Regeln abgewickelt würden wie unternehmensexterne. Ansonsten könnte sich auch hier der Versicherte einen finanziellen Vorteil verschaffen, indem er vor einem externen Wechsel in einen unternehmensinternen Tarif mit geringerem kollektivem Prämienrisiko wechselt.

Bezieht das aufnehmende Unternehmen Schätzungen über Prämien- oder Kostenentwicklung mit ein, so stellt sich die Frage, ob durch unterschiedliche Informationsstände zwischen abgebendem und aufnehmendem Unternehmen sowie Versichertem Selektionsgewinne erzielt werden könnten.

Da das Modell für den Wechsel zwischen PKV-Unternehmen entworfen wurde, entsprechen die beschriebenen Effekte dem Einsatz in Szenario 1 dieser Studie. Bei Übertragung des Modells auf die Szenarien 2 und 3, also für den Wechsel in ein anderes Versicherungssystem mit nicht risikoäquivalenten Beiträgen und Kontrahierungszwang, ist es nicht möglich, die Versichertenbeiträge den zu erwartenden Zuflüssen aus der PKV anzupassen – weder nach oben noch nach unten. Die Wechselanreize für Versicherte aus PKV-Tarifen mit hohem Prämienrisiko blieben so immer höher als für solche mit niedrigem Prämienrisiko, denn der Wechsel kann sich in jedem Falle dem erhöhten Prämienrisiko seines Tarifs durch den Wechsel in das andere Versicherungssystem entziehen, ohne dass sich dies in seinen Beitragszahlungen im anderen Versicherungssystem (GKV oder gemeinsames Versicherungssystem) niederschlägt. Insbesondere in Szenario 3 könnte daraus ein deutliches Nachhaltigkeitsproblem für die verbleibenden Kollektive in den entsprechenden PKV-Tarifen entstehen. Allerdings bleibt das kollektive Prämienrisiko für das verbleibende Kollektiv nach wie vor gleich durch die Ausgleichszahlungsströme, so dass das Risiko von Kettenreaktionen herabgesetzt ist.

Insgesamt ist also zu sagen, dass das Leistungsausgleichsmodell bei Anwendung von Schätzungen über die zu erwartenden Zahlungsströme in den aufnehmenden Unternehmen und bei annähernd gleichem Informationsstand aller Beteiligten bezüglich der zukünftigen Prämien- bzw. Kostenentwicklung in der Anwendung auf Szenario 1 nicht mit Risiken für den Bestand von Tarifen verbunden ist. Das gesamte kollektive Prämienrisiko wird bei der Kalkulation der ratierlichen Zahlungen berücksichtigt. Allerdings liegt das Schätzrisiko beim aufnehmenden Unternehmen. Bei Übertragung des Modells auf die Szenarien 2 und 3 ergibt

sich allerdings das Problem, dass keine Anpassung des Beitrags entsprechend dem unterschiedlichen kollektiven Prämienrisiko möglich ist. Insofern entstehen hier erhöhte Anreize für Versicherte in Tarifen mit hohem Prämienrisiko, aus dem PKV- ins GKV-System bzw. ein einheitliches Versicherungssystem zu wechseln und damit mögliche Nachhaltigkeitsprobleme für die entsprechenden Tarife.

Bezogen auf *adverse Selektionsrisiken für das GKV-System bzw. neue Versicherungssystem* scheint bei analoger Anwendung das Modell unproblematisch, da höhere individuelle Risiken immer entsprechende periodische Zahlungen aus den Altersrückstellungen auslösen. Probleme geringerer Zahlungen aus Altersrückstellungen für Versicherte, die aus Tarifen mit niedrigerem Leistungsumfang als dem des GKV-Systems bzw. des gemeinsamen Versicherungssystems in diese Systeme wechseln, ließen sich analog zur Argumentation für die erste Modellgruppe mit einmaliger individueller prospektiver Berechnung der Alterungsrückstellungen regeln.

Als attraktiv im Sinne der **Konsistenz der ökonomischen Anreize** ist zu bewerten, dass das Modell in noch stärkerer Weise als im Status quo oder bei Modellen mit einmaliger Mitgabe einer prospektiven Alterungsrückstellung die positiven Anreize zu Prävention bewahrt, soweit durch solche Aktivitäten die langfristigen Gesundheitskosten gesenkt werden können. Die Versicherungsunternehmen tragen jeweils das Morbiditätsrisiko, das während ihrer Versicherungszeit entstanden ist. Allerdings erlegt dieses Modell im Falle des Unternehmenswechsels von Versicherten dem aufnehmenden Unternehmen Risiken aus der Unternehmensstrategie des abgebenden Krankenversicherers auf. Dies dürfte den Wechsel von Versicherten deutlich erschweren und generell ein hohes Akzeptanzrisiko in der privaten Krankenversicherung induzieren.

In Bezug auf die Anreize aus der Verteilung des kollektiven Prämienrisikos erscheint das Leistungsausgleichsmodell in der Anwendung auf Szenario I konsistent. Für die beiden anderen Szenarien ergeben sich besonders hohe Wechselanreize für Versicherte aus Tarifen mit hohem Prämienrisiko.

Dieses Phänomen könnte auch **aus distributiver Sicht** bzw. aus Gerechtigkeitserwägungen kritisch gesehen werden, als sich bisher PKV-Versicherte mit in der Vergangenheit aus kalkulatorischen Gründen besonders günstigen Tarifen den zu erwartenden relativ höheren Zukunftsprämien entziehen können, ohne mehr Beiträge zu zahlen als vergleichbare Versicherte aus Tarifen mit realisiertem Prämienrisiko. Auch bei diesem Modell gilt im Vergleich zum Status quo, dass es eine Umverteilung insoweit bedeutet, dass Wechsler im Vergleich zu heute entlastet und nicht wechselnde Versicherte im Vergleich zu heute belastet werden, weil Storno nicht länger prämienmindernd einkalkuliert werden kann und insoweit die Einführung des Modelles mit Prämiensteigerungen verbunden wäre.

Das Modell ist grundsätzlich anwendbar auf verschiedene Tarife, so dass auch hier die Tarifvielfalt der PKV auf die Bestandsversicherten erweitert würde und diese ihre Präferenzen besser zum Ausdruck bringen könnten, was auch hier c.p. **aus allokativer Sicht** zu einem Wohlfahrtsgewinn führen würde. Allerdings erscheint die direkte Anwendung auf Tarife mit wesentlich niedrigerem Leistungsumfang als schwierig, da ja die

Ausgleichszahlungen auf dem Leistungsumfang des ersten Tarifs beruhen. Die resultierenden Zahlungsströme vom aufnehmenden an das abgebende Unternehmen könnten so gerade im Fall von guten Risiken so hoch sein, dass die Versicherung eines niedrigeren Leistungsumfangs kaum zu einer günstigen Prämie machbar wäre. Die Anwendung auf einen Tarif mit höherem Leistungsumfang ist jedoch unproblematisch, da dann das aufnehmende Versicherungsunternehmen das gesamte Risiko für die Leistungsdifferenz versichert. Eine mögliche Variante wäre die tarifliche Umgruppierung des Wechslers in niedrigere Tarife in eine vergleichbare Tarifgruppe des abgebenden Unternehmens und eine entsprechende Berechnung der Ausgleichszahlungen zwischen altem und neuem Tarif. Damit würde aber der Ausgleich des kollektiven Risikos für das ursprüngliche Abgabekollektiv verzerrt.

Zur **Praktikabilität** des Modells ist zu sagen, dass es wie alle Modelle, die Wechseloptionen eröffnen wollen, weniger praktikabel als der Status quo ist. Seine Einführung ist zunächst insofern voraussetzungsvoll, als ein gemeinsames morbiditätsbasiertes Klassifikationssystem eingeführt und ein gemeinsames Verfahren der Erhebung der unabhängigen Variablen für dieses System gefunden werden müssten. Eine unabhängige Clearingstelle wäre außerdem zu schaffen. Insofern bedarf das Modell der Vorbereitungszeit. Das Kalkulationssystem der PKV wäre insofern umzustellen, als Risikozuschläge in die Alterungsrückstellungen einfließen müssten. Im Falle sukzessiver Wechsel einzelner Versicherter würde eine Kette von Ausgleichszahlungen ausgelöst, die den administrativen Aufwand für die Versicherungsunternehmen deutlich erhöhen würde. Außerdem könnte bei kleineren Tarifen und/oder im Falle des Wechsels größerer Gruppen von Versicherten (wie ggfs. in Szenario 3 zu erwarten wäre), der verbleibende Bestand an dem Wechsler vergleichbaren Versicherten nicht mehr ausreichen, um sinnvoll Durchschnittskosten der Bezugsgruppe berechnen zu können. Hier könnte allenfalls dann auf unternehmensübergreifende Kostendaten zurückgegriffen werden, deren Erhebung jedoch auch administrative Kosten hervorrufen würde. Wenn sich das Problem kleiner Tarif als stark erweist, wäre ggfs. über Tarifzusammenlegungen nachzudenken, für die es gesetzlicher Rahmenbedingungen bedürfte.

Durch den Einsatz eines verpflichtenden Klassifikationssystems und einer Clearingstelle erscheint das Modell im Sinne expertenseitiger Überprüfbarkeit ausreichend **transparent**.

Auch hier soll eine zusammenfassende Beurteilung des Modells für die jeweiligen Szenarien vorgenommen, deren Ergebnisse in Tabellen 10 bis 12 zusammengefasst sind.

Tabelle 10: Beurteilungsmatrix der Leistungsausgleichsmodells für Szenario I

	Anwendbarkeit	Nachhaltigkeit	Ök. Anreize	All./Distr. Aspekte	Praktikabilität	Transparenz
Leistungsausgleichsmodell	#	++(+)	+	++	++	++

für dieses Szenario konstruiert

O auf dieses Szenario, ggfs. mit Anpassungen, anwendbar

/ auf dieses Szenario nicht anwendbar

+++ ohne Einschränkungen positiv

++ mit kleineren Einschränkungen positiv

+ mit deutlicheren Einschränkungen positiv

- nicht zu empfehlen

Das Leistungsausgleichsmodell wurde für die Anwendung auf das Szenario I entworfen. In Hinblick auf den Aspekt der Nachhaltigkeit ist es positiv zu bewerten. Durch die ratierliche Berechnung ist das Modell in der Lage, mögliche negative Effekte auf das Prämienrisiko beim abgebenden Tarif zu vermeiden – zumindest bei gleichartigen Tarifen und bei Anpassung der Regelungen für den unternehmensinternen Tarifwechsel. Die ökonomischen Anreize sind hinsichtlich kurz- und langfristiger Versorgungsqualität konsistent. Allerdings wiegt die Problematik schwer, dass das aufnehmende Unternehmen die Folgen der Geschäftsstrategien des abgebenden Unternehmens tragen muss. Positive allokativen Aspekte hinsichtlich von Wohlfahrtsgewinnen durch Wahlmöglichkeiten sind zu konstatieren – allerdings ist die Realisierbarkeit bezüglich des Wechsels zwischen nicht gleichartigen Tarifen nicht geklärt, was insbesondere für den Wechsel in Tarife mit niedrigerem Leistungsumfang gilt. Bezüglich der Einführung eines gemeinsamen Klassifikationsmodells erfordert das Modell einen hinreichenden Vorlauf, ist also nur praktikabel mit Einschränkungen zu beurteilen. Das Vorgehen bei Unternehmenswechsel ist jedoch relativ transparent.

Tabelle 11: Beurteilungsmatrix des Leistungsausgleichsmodells für Szenario 2

	Anwendbarkeit	Nachhaltigkeit	Ök. Anreize	All./Distr. Aspekte	Praktikabilität	Transparenz
Leistungsausgleichsmodell	o	++	+	++	++	++

für dieses Szenario konstruiert

O auf dieses Szenario, ggfs. mit Anpassungen, anwendbar

/ auf dieses Szenario nicht anwendbar

+++ ohne Einschränkungen positiv

++ mit kleineren Einschränkungen positiv

+ mit deutlicheren Einschränkungen positiv

- nicht zu empfehlen

Nur etwas schlechter, jedoch im Ganzen immer noch positiv, fällt die Beurteilung der Nachhaltigkeit des Modells mit Blick auf Szenario 2 aus. Dies liegt daran, dass bei Wechsel in die GKV nicht die Möglichkeit besteht, eine Prämie zu kalkulieren, die die zu erwartenden Zu- und Abflüsse in der Zukunft berücksichtigt – denn hier wird ja ein fester Beitrag kalkuliert. Insofern könnte es zu verstärkten Abflüssen aus Tarifen mit hohem Prämienrisiko in die GKV kommen. Dabei ändert sich jedoch das kollektive Prämienrisiko im abgebenden Tarif nicht. Die Gestaltung der ökonomischen Anreize ist analog etwas kritischer zu sehen. Distributiv ergeben sich szenarienbedingt die gleichen Gerechtigkeitsüberlegungen bezüglich einseitig bevorteilter Personenkreise, die je nach individueller Situation die Vorteile beider Versicherungssysteme nutzen können.

Tabelle 12: Beurteilungsmatrix des Leistungsausgleichsmodells für Szenario 3

	Anwendbarkeit	Nachhaltigkeit	Ök. Anreize	All./Distr. Aspekte	Praktikabilität	Transparenz
Leistungsausgleichsmodell	o	++	++	++	+	++

für dieses Szenario konstruiert

O auf dieses Szenario, ggfs. mit Anpassungen, anwendbar

/ auf dieses Szenario nicht anwendbar

+++ ohne Einschränkungen positiv

++ mit kleineren Einschränkungen positiv

+ mit deutlicheren Einschränkungen positiv

- nicht zu empfehlen

Wichtig für die Beurteilung der Nachhaltigkeit von Szenario 3 ist, dass unternehmensfinanzwirksame Kapitalmarkteffekte und ihre möglichen Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit der PKV-Tarife in der Konvergenzphase vermieden werden, indem die

Auszahlung der Altersrückstellung ratierlich gestaltet wird. Der problematische Nachhaltigkeitseffekt in Bezug auf Tarife mit hohem Prämienrisiko mag hier andererseits etwas stärker wirken, wenn mehr Versicherte aus Tarifen mit hohem Prämienrisiko während der Optionsperiode von ihrem Wechselrecht in das gemeinsame Versicherungssystem Gebrauch machen. Da allerdings die finanziellen Folgen seitens des neuen Versicherungssystems ausgeglichen werden, ist dies für die abgebenden Tarife weniger problematisch. Gegebenenfalls wären in Szenario 3 in besonderer Weise Regelungen für den Umgang mit Tarifschließungen und -zusammenlegungen zu treffen, was aber generell für Szenario 3 als notwendig erscheint. Auch hier trägt das gemeinsame Versicherungssystem die Folgen der Geschäftspolitik der abgebenden Unternehmen. Gleichzeitig ist es aber als Vorteil zu sehen, dass das Modell die Kapitaldeckung für die Versorgung der zum Zeitpunkt des Systemwechsels in der PKV befindlichen Versicherten beibehält und damit für das Gesamtsystem diese Demographiereserve erhält.

Die Praktikabilität des Leistungsausgleichsmodells in seiner reinen Form ist insofern skeptisch zu betrachten, als die Kalkulation der zu übertragenden Leistungsausgaben ggfs. im Herkunftstarif – je nach Wechselbewegungen – nicht mehr möglich sein könnte aus Mangel an Versicherten gleichen Risikos.

Insofern wäre hier auf zu schaffende unternehmensübergreifende Kalkulationsgrundlagen oder auf Kostendaten aus dem gemeinsamen Versicherungssystem zurückzugreifen. Diese würden dann nicht mehr die spezifische Risikostruktur des Ausgangskollektivs widerspiegeln. Angesichts des in Szenario 3 stattfindenden Systemwechsels erscheint dies jedoch weniger gewichtig als in den vorangegangenen Szenarien.

5.4 Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten im Licht der Krieriologie

Die Modelle, die das Problem unzureichender Portabilität von Altersrückstellungen durch Anwendung eines Morbi-RSA bzw. durch Einbezug der PKV oder der PKV-Versicherten in den (Morbi-)RSA angehen, beziehen sich auf unterschiedliche Basisszenarien, die teilweise nicht mit den Bedingungen der Anwendungsszenarien der Studie übereinstimmen. Insofern können die Modelle auch nur begrenzt analog auf die Studienszenarien angewendet werden.

Nell und Kifmann beziehen sich auf den eingependelten Zustand eines Systemwettbewerbs zwischen PKV und GKV unter stark veränderten Systembedingungen. Insofern liefert das Modell zwar einen interessanten Beitrag zur Diskussion, ist aber nicht unmittelbar auf eines der Szenarien anwendbar, die entweder andere Systembedingungen enthalten oder sich auf einen bei Nell und Kifmann nicht behandelten Konvergenzzeitraum beziehen.

Sehlens erste zwei Modellvarianten für einen vollständigen Systemübergang in ein gemeinsames Versicherungssystem beziehen keine Optionsperiode mit ein, so dass kein individualisierter Transfer von AR bei Wechsel vorgesehen ist. Dies ist alleine in Modellvariante 3 von Sehlen et al. relevant: hier wird sowohl die Gestaltung des Wechsels zwischen den Systemen als auch innerhalb der PKV thematisiert. Insofern sollen die

Mechanismen von Sehlens Modellvariante 3 für die Studienszenarien untersucht werden. Es wird hier sowohl der Wechsel von der PKV in die GKV als auch umgekehrt thematisiert, was der Situation im Studienszenario 2 als Basis entspricht. Allerdings ist hier einschränkend zu sagen, dass das Modell eine Bedingung dieses Szenarios verletzt. Denn durch die Zahlung der standardisierten Prämie aus dem RSA beteiligt sich das GKV-System indirekt am Aufbau von Alterungsrückstellungen für das PKV-System. Da Sehlens Modell aber ohne die Einbeziehung standardisierter Prämienzahlungen seine innere Schlüssigkeit verliert, soll es trotzdem hier beurteilt werden – die Bedingungsverletzung muss dabei als Limitation beachtet werden. Das Vorgehen beim Wechsel zwischen zwei PKV-Unternehmen kann aus der Modelldarstellung nur abgeleitet werden. Hier könnte in analoger Anwendung der Situation beim Wechsel in die GKV und analog auch zum Leistungsausgleichsmodell aus dem vorangegangenen Abschnitt dann das aufnehmende PKV-Unternehmen die standardisierte Prämienzahlung an den RSA zahlen und die standardisierten Leistungsausgaben erhalten und würde auf dieser Basis die Versicherungsprämie für den wechselnden Kunden errechnen – so sähe dann auch eine Anwendung auf Szenario 1 aus. Würde allerdings der Versicherte im Rahmen des Studienszenarios 2 über die GKV wieder in die PKV wechseln, so würde er in dem Modell explizit als Neueinsteiger gewertet, und die Einzugsstelle müsste die Altersrückstellungen entsprechend finanzieren. Während dann der Versicherte im ersten Unternehmen weiter Altersrückstellungen auf- und abbauen würde, würden im neuen PKV-Unternehmen die Altersrückstellungen noch einmal aufgebaut. Der Wechsel in ein gemeinsames Versicherungssystem unter Anwendung des Modells kann ebenfalls untersucht werden.

Das Wasem-Buchner-Modell setzt auf einem gemeinsamen Versicherungssystem auf, das anders als das im Szenario 2 beschriebene System auf dem Kapitaldeckungsprinzip beruht. Es beschreibt keine Lösungen für eine Konvergenz in dieses System. Übertragbar ist es insofern nur auf das Szenario 1, indem es eine Situation der weitgehend risikoselektionsfreien Wechselmöglichkeiten zwischen PKV-ähnlichen Unternehmen anstrebt.

Betrachtet man die Modelle unter dem Kriterium der **Nachhaltigkeit**, ist zunächst die Frage nach möglichen Effekten auf die Liquidität und langfristige Finanzierung der PKV-Unternehmen über die gleichzeitige Übertragung größerer Summen an Altersrückstellung zu stellen. Dieses Problem stellt sich bei Sehlen nicht, da hier ratierliche Zahlungen vorgenommen werden. Das Wasem-Buchner-Modell dagegen arbeitet mit der Übertragung der gesamten kalkulatorischen Altersrückstellung bei Wechsel. Allerdings ist es auf das Studienszenario 3, innerhalb dessen es zum gleichzeitigen Wechsel einer größeren Anzahl von Versicherten käme, nicht direkt anwendbar. In den anderen beiden Szenarien erscheinen, wie zuvor beschrieben, die Kapitalmarkteffekte insgesamt beherrschbar.

Nachhaltigkeitsprobleme können sich je nach Modell auch aus dem Umgang mit dem kollektiven Prämienrisiko ergeben.

Im Modell von Sehlen wird für Wechsler aus der PKV ein ähnlicher Mechanismus modelliert wie im Leistungsausgleichsmodell. Jedoch werden die Beitragszahlungen an das abgebende Versicherungsunternehmen aus der Clearingstelle als standardisierte Prämienzahlung aufgrund einer Kalkulation auf GKV-Daten berechnet. Dadurch wird nicht die

Prämienentwicklung und damit das kollektive Prämienrisiko des abgebenden Kollektivs nachvollzogen, sondern die Prämien weichen möglicherweise von der unternehmensspezifischen Situation ab. Für ein Kollektiv mit hohem Prämienrisiko mag das z.B. bedeuten, dass die berechnete standardisierte Prämienzahlung am Anfang zwar etwas höher, dann aber deutlich niedriger ist als die Prämie, die von dem wechselnden Versicherten gezahlt worden wäre. Wechselwillige Versicherte hingegen können aus Tarifen mit hohen Prämienrisiken ohne Konsequenzen für die Prämie beim aufnehmenden Unternehmen wechseln und sich somit dem kollektiven Prämienrisiko entziehen, denn die Differenz zwischen standardisierten Leistungsausgaben und standardisierter Prämienzahlung ist unabhängig vom kollektiven Prämienrisiko des abgebenden Kollektivs. Aus dieser Konstellation könnte sich in Kettenreaktion aus weiteren Abgängen und damit weiteren Prämien erhöhungen ergeben.

Bei Wasem/Buchner wird ein Teil des kollektiven Prämienrisikos, nämlich das der von der Planung abweichenden Entwicklung der Morbiditätsstruktur eines Versichertenkollektivs, durch den Risikoausgleichsmechanismus von vornherein zwischen den Kollektiven ausgeglichen. Möglich wären aber unterschiedliche unternehmensindividuelle Kalkulationsgrundlagen, so dass z.B. der medizinische Fortschritt sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den Tarifen bzw. den zugrunde liegenden Kopfschäden manifestiert. Dies entspricht jedoch auch unterschiedlich hohen kalkulatorischen Altersrückstellungen, die dann beim Wechsel für die Neuberechnung der Prämie genutzt würden, so dass die Versicherten sich dem kollektiven Prämienrisiko nicht entziehen könnten. Da der Effekt jedes Versichertenwechsels aufgrund der Ausgleichsmechanismen dem des Weggangs eines durchschnittlichen Risikos entspricht, steht sich das verbleibende Kollektiv auch gleich. Genaugenommen könnte sich ein Versicherter auch in diesem Modell einem erhöhten kollektiven Prämienrisiko entziehen, das sich durch eine unterdurchschnittliche Sterblichkeit eines Tarifkollektivs ergibt, – was allerdings eine Überlegung eher theoretischer Natur ist. Eine Notwendigkeit der Veränderung der Kalkulation der mitzugebenen Alterungsrückstellungen bei unternehmensinternen Tarifwechseln ergibt sich in diesem Modell nicht, da hier ja durchweg kalkulatorische Alterungsrückstellungen übertragen werden.

Soweit der Morbi-RSA die Kostenrisiken vollständig ausgleicht, werden in allen anwendbaren Modellen mögliche Prozesse adverser Selektion zuungunsten des GKV-Systems für das Szenario 2 ausgeglichen.

Weitaus bedeutender für die finanzielle Nachhaltigkeit sind jedoch im Modell von Sehlen die Effekte, die sich aus fehlender Kalkulierbarkeit der jährlich notwendigen Finanzmittel für das Gesamtsystem im Szenario 2 ergeben²⁷. So hängen die jährlich notwendigen Zuflüsse aus Beiträgen vom jeweiligen Anteil an PKV-Versicherten ab. Denn die Entscheidung eines zusätzlichen Versicherten für die PKV löst die Berechnung einer standardisierten Prämienzahlung aus, die – je nach Alter und Morbidität dieses Versicherten – den Aufbau

²⁷ Wobei noch einmal darauf hingewiesen sei, dass der Wechsel von der GKV in die PKV unter Mitnahme eines Betrages für die Alterungsrückstellung zwar dem Sehlen-Modell entspricht, jedoch eine Verletzung der gesetzten Rahmenbedingungen für Szenario 2 darstellt.

unterschiedlich hoher Altersrückstellungen beinhaltet und deshalb im Falle von älteren und kränkeren Versicherten tendenziell höher sein wird als die standardisierte Beitragszahlung. Ein hoher Anteil an Wechslern in die PKV, insbesondere in höherem Lebensalter, könnte zur Notwendigkeit der relativ kurzfristigen Ansparung hoher Altersrückstellungen führen. Problematische Effekte könnten auch entstehen aus mehrfachem Wechsel aus der PKV in die GKV und wieder zurück, so dass für denselben Versicherten mehrfach Altersrückstellungen aufgebaut würden. Diese Effekte können als kritisch anzusehen sein für die Stabilität der Finanzierung des Gesamtsystems. Bei der Anwendung auf Studienszenario 3 jedoch wären solche Effekte nicht möglich, da der Wechsel zurück in die PKV in der Konvergenz zum gemeinsamen Versicherungssystem ausgeschlossen ist.

Die **Konsistenz der ökonomischen Anreize** ist in den Modellen überlegen gegenüber dem Status quo. Sie wird in den Modellen von Wasem/Buchner und von Sehlen insofern gestärkt, als – bei optimalem Risikoausgleich durch den Morbi-RSA – sie für den GKV-Leistungsumfang den Preis- und Qualitätswettbewerb in den Vordergrund stellen aufgrund eines Wettbewerbs, der auch Bestandsversicherte einbezieht. Problematisch bleibt im Modell von Sehlen, dass sich Versicherte über den Wechsel einem erhöhten kollektiven Prämienrisiko entziehen können.

Beide Modelle reduzieren gegenüber dem Status quo der PKV-Finanzierung allerdings die Anreize, die langfristige Gesunderhaltung der Versicherten zu fördern – sofern entsprechende Aktivitäten langfristig kostensenkend wären, würden ihre Kostenauswirkungen über Veränderung zukünftiger Diagnosen über den Ausgleichsmechanismus sozialisiert.

Aus **allokativer Sicht** ist zu allen Modellen anzumerken, dass sich die Wahlmöglichkeiten für präferenzgerechte Tarife für Bestandskunden gegenüber dem Status quo nur unwesentlich erhöhen, da sich die Erhöhung der Wahlmöglichkeiten nur auf den GKV-Leistungsumfang bzw. den Leistungsumfang des gemeinsamen Versicherungssystems beziehen. Allerdings werden mit dieser Einschränkung zumindest Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Anbietern eröffnet, die ggfs. unterschiedliche Schwerpunkte in ihren Versorgungsstrategien ausgebildet haben. Aus **distributiver Sicht** wird die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Versicherungsnehmern in allen Modellen insofern gesteigert, als Morbiditätskriterien für die finanzielle Belastung der Versicherten keine Rolle mehr spielen. Es kommt zu einer deutlichen Umverteilung zwischen Kollektiven nach den Kriterien des RSA, und die Eingangsmorbidität der Versicherten hat keine Bedeutung in Hinblick auf ihre Prämie. Auch hier kommt es außerdem im Vergleich zum Status quo zu einer systematischen Umverteilung zugunsten Wechselnder und zulasten nicht wechselnder Versicherter. Im Modell von Sehlen werden die Kosten einkommensgerecht verteilt, soweit sich das persönliche Einkommen in der Bemessungsgrundlage manifestiert. Allerdings bleibt hier die oben erwähnte Einschränkung, dass sich Versicherte dem kollektiven Prämienrisiko ihres Tarifs per Wechsel entziehen können.

Zur **Praktikabilität** aller Modelle ist zunächst zu sagen, dass sie komplizierter als der Status quo sind. Die Modelle erfordern durchweg die Erhebung der unabhängigen Variablen für den Morbi-RSA, im Falle des Modells von Wasem/Buchner auch für den vorgeschalteten

Beitragsausgleich. So müssten auch Diagnosen durch die PKV erhoben und vergleichbar (nach ICD) kodiert werden. Über die bisherigen RSA-Algorithmen hinaus müsste ein Klassifikationssystem und Schätzverfahren zur Prämienkalkulation inklusive der Kalkulation der morbiditätsbedingten Zu- und Abschläge auf die Durchschnittsprämie entwickelt werden. Ggfs. müssten zusätzlich Anpassungen an den Regularien des Morbi-RSA vorgenommen werden wie z.B. bezüglich des M2Q-Kriteriums (Vorhandensein von ambulanten Diagnosen aus mindestens zwei Abrechnungsquartalen) aufgrund anderer Abrechnungsbedingungen im PKV-System. Die Umsetzungsvorschläge von Sehlen für die Diagnoserhebung (beispielsweise in unklaren Fällen über den MDK) zeigen hier unmittelbar die schon hiermit verbundenen möglichen Mehraufwände. Im Modell von Sehlen müsste insbesondere das Problem gelöst werden, wie rückwirkend der – vermutlich jeweils versicherungsindividuell unterschiedliche erhobene – Gesundheitszustand der Versicherten zu ihrem Versicherungsbeginn in dieses System eingepflegt werden könnte. Sollen unternehmensübergreifende Kostenprofile angelegt werden (wie bei Wasem/Buchner), so sind auch hier die Daten systematisch zu sammeln. Für die Verwendung im RSA müssten sie ggfs. systematisch angepasst werden (z.B. aufgrund verschiedener ambulanter Gebührenordnungen). Eine Clearingstelle müsste eingerichtet werden oder entsprechend die Aufgaben bestehender Institutionen erweitert. Besonders hoch erscheint der Aufwand im Modell von Sehlen, da zusätzlich Vergleichsgruppen für die durchschnittliche Kostenentwicklung aller Wechsler aus der PKV auf Basis ihrer historischen Morbiditätskategorie geführt werden müssten. Beide Modelle sind also nur mit längerem Zeitvorlauf zu realisieren und mit relativ hohen Kosten für die Systemumgestaltung, aber auch die laufende Verwaltung verbunden.

Ein zentrales Verfahren eines Morbi-RSA ist grundsätzlich als zumindest expertenseitig nachvollziehbar zu sehen und führt zu einer positiven Beurteilung der Modelle nach dem **Transparenzkriterium**. Allerdings kann die Anwendung von Sehlens Modell bei mehreren Wechseln des Versicherers zu relativ intransparenten Auswirkungen führen.

Eine Zusammenfassung der Beurteilung der Modelle unter Anwendung eines Risikostrukturausgleichs findet sich in Tabellen 13 bis 15.

Tabelle 13: Beurteilungsmatrix der Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten für Szenario I

	Anwendbarkeit	Nachhaltigkeit	Ök. Anreize	All./Distr. Aspekte	Praktikabilität	Transparenz
Kifmann Nell	/					
Sehlen	o	++	+	+	+	++
Wasem Buchner	o	++(+)	++	+	++	++(+)

für dieses Szenario konstruiert

O auf dieses Szenario, ggfs. mit Anpassungen, anwendbar

/ auf dieses Szenario nicht anwendbar

+++ ohne Einschränkungen positiv

++ mit kleineren Einschränkungen positiv

+ mit deutlicheren Einschränkungen positiv

- nicht zu empfehlen

Da keines der anwendbaren Modelle für das Szenario I kalkuliert wurde, sind teilweise kleine Anpassungen vorzunehmen. Bei Sehlens Modell ergeben sich Einschränkungen der Nachhaltigkeit durch die Möglichkeit der Gefährdung von Tarifen mit hohem Prämienrisiko, das Modell von Wasem/Buchner ist in dieser Hinsicht deutlich positiver zu sehen. Wegen der fehlenden Anreize zu Vorsorgemaßnahmen und Maßnahmen gegen die Verschlimmerung von Erkrankungen ist die Konsistenz der ökonomischen Anreize in beiden Modellen eingeschränkt, bei Sehlen ergeben sich aus der fehlenden Berücksichtigung des kollektiven Prämienrisikos weitere Bewertungsabzüge. Die positive Beurteilung aller Modelle aus allokativer Sicht ist dadurch relativiert, dass ihre Anwendung auf den GKV-Leistungsumfang – bzw. in Anwendung auf Szenario I auf einen gemeinsam festgelegten Leistungskatalog – festgelegt ist. Durch besonders hohe Datenanforderungen ist die Praktikabilität in Sehlens Modell relativ am niedrigsten einzuschätzen. Wegen der Intransparenz von Auswirkungen bei mehrfachen Versichererwechseln wird die ansonsten bei zentralem Morbi-RSA als hoch einzuschätzende Transparenz etwas eingeschränkt.

Tabelle 14: Beurteilungsmatrix der Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten für Szenario 2

	Anwendbarkeit	Nachhaltigkeit	Ök. Anreize	All./Distr. Aspekte	Praktikabilität	Transparenz
Kifmann Nell	/					
Sehlen	#	-	+	+	-	++
Wasem Buchner	/					

für dieses Szenario konstruiert

O auf dieses Szenario, ggfs. mit Anpassungen, anwendbar

/ auf dieses Szenario nicht anwendbar

+++ ohne Einschränkungen positiv

++ mit kleineren Einschränkungen positiv

+ mit deutlicheren Einschränkungen positiv

- nicht zu empfehlen

Bei der Anwendung auf das Studienszenario 2 kann nur noch das Modell von Sehlen beurteilt werden. Im Vergleich zur Anwendung auf das Szenario 1 ist es kritischer zu betrachten. Wesentlich hierfür sind im Sinne des Nachhaltigkeitskriteriums die fehlende Planbarkeit des Finanzbedarfs und die Möglichkeit, dass durch Wechsel zwischen den Systemen mehrfach Altersrückstellungen aufgebaut werden müssen. Diese Vorgänge schränken auch die sowieso durch umfangreiche Datenvoraussetzungen eher schwierige Praktikabilität des Modells weiter ein. Generell ist die Anwendung von Sehlens Modell auf dieses Szenario, wie schon oben erwähnt, unter der Limitation zu betrachten, dass die Szenarienbedingung verletzt wird, dass die GKV nicht am Aufbau von Altersrückstellungen der PKV zu beteiligen ist.

Auch für die Anwendung in Studienszenario 3 lässt sich nur noch Sehlens Modell systematisch beurteilen. Im Sinne der Nachhaltigkeit ist Sehlens Modell hier wieder eingeschränkt positiv zu bewerten, da der Rückwechsel in die PKV in diesem Szenario nicht möglich ist und insofern der doppelte Aufbau von Altersrückstellungen verhindert wird. Trotzdem kann die Praktikabilität des Modells als eher unzureichend angesehen werden, da der organisatorische und Datenaufwand für ein Konvergenzmodell noch kritischer zu bewerten ist.

Tabelle 15: Beurteilungsmatrix der Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten für Szenario 3

	Anwend- barkeit	Nachhal- tigkeit	Ök. Anreize	All./Distr. Aspekte	Praktika- bilität	Transpa- renz
Kifmann Nell	/					
Sehlen	o	++	+	+	-	++
Wasem Buchner	/					

6 Modellempfehlungen für die Umsetzung in den Szenarien

Ergebnis von Kapitel 5 waren Bewertungen des Status quo sowie der einzelnen vorgestellten Modelle der Portabilität der Alterungsrückstellungen anhand der in Kapitel 3 entwickelten Kriteriologie, im Falle der Modelle für die in Kapitel 2 vorgestellten Szenarien. Abgeleitet aus dieser Analyse werden in diesem Kapitel, soweit möglich, Empfehlungen entwickelt für die Anwendung jeweils eines – ggfs. besonders ausgestalteten oder abgewandelten – Modells für die drei Umsetzungsszenarien. Die vorangegangene Diskussion der Modelle hat schon gezeigt, dass nicht jedes Modell für alle Szenarien anwendbar ist und dass die Bewertung anhand der einzelnen Kriterien je nach Umsetzungsszenario unterschiedlich ausfallen kann. Zusätzlich ist die relative Bedeutung einzelner Kriterien und ihrer Einzelaspekte ebenfalls je nach Anwendungszusammenhang verschieden einzuschätzen. Auch hat sich gezeigt, dass es Zielkonflikte der Leistungsfähigkeit der Modelle zu einander gibt, also nicht ein Modell eindeutig dominiert.

Dies gilt auch im Vergleich zum Status quo. Dieser schränkt die Wechselmöglichkeiten der Versicherten stark ein. Allerdings gewährleistet er dadurch weitgehend die Nachhaltigkeit des gegenwärtigen Modells. Eine vergleichbare Nachhaltigkeit für Szenario I kann allerdings auch durch einige der vorgestellten Modelle erreicht werden. Auch schneidet der Status quo hinsichtlich der Praktikabilität besser ab. Dies gilt gegenüber einer Reihe von Modellen auch hinsichtlich des Kriteriums der Transparenz. Die bisherige Regelung ist eingespielt, und die Nicht-Notwendigkeit, bestimmte Daten und Berechnung zu liefern, wirft insoweit erst gar kein Transparenz-Thema auf. Es ist daher eine Frage der Gewichtung des mit den diskutierten Modellen möglichen deutlichen Zugewinnes an Wechselmöglichkeiten gegenüber der Reduktion an Zielerfüllung bei den anderen Kriterien, die letztlich nur politisch aufzulösen, nicht jedoch wissenschaftsendogen entscheidbar ist.

Im Folgenden soll zunächst für jedes Szenario die Gewichtung innerhalb der Kriteriologie diskutiert werden. Danach soll, so weit möglich, für jedes einzelne Szenario eine Modellempfehlung abgegeben werden.

6.1 Die Kriteriologie im Licht der Umsetzung im Rahmen des Szenario I

Szenario I zielt alleine auf einer Verbesserung des Wettbewerbs um Bestandskunden innerhalb der PKV. Die Verbesserung der Wechselmöglichkeiten soll Anreize zu Kosteneffektivität und Leistungsqualität erzeugen. Das Szenario setzt auf den langfristigen Fortbestand des PKV-Systems. Insofern erscheint es wichtig, wesentliche Vorteile des PKV-Systems zu erhalten, so insbesondere die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Tarifen. Gleichzeitig sollten grundlegende Charakteristika des PKV-Systems bestehen bleiben; dazu gehört auch das gemeinsame Tragen des kollektiven Prämienrisikos durch ein Tarifkollektiv, das auch die Nachhaltigkeit der Tariffinanzierung sichert. Die Kalkulationsweise der PKV sollte möglichst geringe Veränderungen erfahren. Allerdings bedarf es der Transparenz

gegenüber dem Versicherten und seines Schutzes gegenüber möglichem strategischem Verhalten der PKV-Unternehmen – aufgrund des langfristigen Systemfortbestands erscheint hier ein gewisses Ausmaß an Transaktionskosten tragbar. Gegenüber dem Status quo ist bei Umstellungen außerdem immer mit Transaktionskosten zu rechnen, deren Umfang allerdings abzuwägen wäre.

6.2 Die Krieriologie im Licht der Umsetzung im Rahmen des Szenario 2

Szenario 2 ist so definiert, dass beim Wechsel in die GKV eine Alterungsrückstellung mitgegeben wird. Auch Szenario 2 setzt dabei auf den langfristigen Fortbestand des PKV-Systems. Entsprechend gelten einerseits ähnliche Anforderungen wie in Szenario 1. Wesentlich ändert sich die Situation jedoch durch die Möglichkeit des Systemwechsels durch PKV-Versicherte in das GKV-System. Vor dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen mit einem System mit Kontrahierungszwang und einkommensabhängigen Beiträgen einerseits (GKV) und einem System mit Selektionsmöglichkeit des Versicherers und zumindest tendenziell (auf den Beginn des Versicherungsverhältnisses bezogen) risikogerechten Prämien andererseits (PKV) hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit durch die Regulierung über Wechselbarrieren verhindert, dass Versicherte, die sich unter für sie günstigen Bedingungen im Interesse eines niedrigeren Beitrags den Umverteilungsregelungen des GKV-Systems entzogen haben, bei veränderter persönlicher Situation durch Rückkehr in die GKV dann umverteilungsbegünstigt würden. Grundgedanke von Szenario 2 ist es, diese Rückkehr in die GKV dann zu ermöglichen, wenn entsprechende adverse Selektionseffekte aus dem Wechsel aus der PKV durch dem individuellen Risiko entsprechende übertragene Alterungsrückstellungen ausgeglichen werden. Insofern sind in diesem Szenario 2 zwei Zielsetzungen von besonderer Bedeutung: Einerseits muss es darum gehen, bei dem Wechsel „zurück“ in die GKV zu gewährleisten, dass Anreize zur strategischen Kalkulation der PKV-Unternehmen hinsichtlich der Systemwechsler unter der Bedingung des GKV-Kontrahierungszwangs vermieden werden, weil sonst „schlechte“ Risiken zulasten der GKV, d.h. unter Mitnahme systematisch zu geringer Alterungsrückstellungen, wechseln. Andererseits muss auch vermieden werden, dass über die Abwanderung „guter“ Risiken (für die sich z.B. aufgrund einer geänderten Familien- und Lebensplanung die GKV nunmehr als vorteilhaft darstellt) die verbleibenden PKV-Versichertenbestände durch Mitgabe systematisch zu hoher Alterungsrückstellungen in den jeweiligen Tarifen geschwächt werden.

6.3 Die Krieriologie im Licht der Umsetzung im Rahmen des Szenario 3

Auch Szenario 3 enthält die Problematik des Wechsels von einem System ohne Kontrahierungszwang und mit risikogerechten Prämien in ein System mit wie auch immer gestalteten risikounabhängigen Beiträgen und Kontrahierungszwang. Demgegenüber ist hier die Nicht-Mitgabe der Alterungsrückstellungen bei Wechsel innerhalb der PKV durch die Definition des Szenarios vorgegeben.

Auch hier zählt also das Kriterium der Nachhaltigkeit des gemeinsamen Versicherungssystems durch Ausgleich für mögliche adverse Selektionsprozesse beim Wechsel in der Optionsperiode. Da aber das bisherige PKV-Vollversicherungs-System in diesem Szenario annahmegemäß nur noch für einen Übergangszeitraum weiterbestehen soll, ist es hier einerseits wichtig, die größtmögliche Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Restkollektive zu sichern und andererseits gleichzeitig keine großen Änderungen innerhalb dieses Systems mehr vorzunehmen, also auch die Höhe der Transaktionskosten hier zu minimieren. Insofern bietet sich hier auch stärker als in den anderen Szenarien an, auf Datengrundlagen des neuen gemeinsamen Versicherungssystems zurückzugreifen, zumal der Umfang der verbleibenden Versichertenkollektive nach der Optionsphase für den Systemwechsel unklar ist. Da es sich um eine Wechselmöglichkeit nur in eine Systemrichtung handelt und eine endgültige Systemumgestaltung das Ziel ist, spielen dagegen Kriterien wie die unterschiedlicher Anreize und ggfs. unterschiedlicher distributiver Wirkungen für verschiedene (ehemalige) PKV-Versicherte eine geringere Rolle.

6.4 Modellempfehlung für Szenario I

Aufgabe dieser Studie ist mit Blick auf Szenario I zu untersuchen, wie verbesserte Wechselmöglichkeiten zwischen den PKV-Unternehmen geschaffen werden können. Dabei soll auch das Abschneiden der Lösungsmodelle im Vergleich zum Status quo im Lichte der Kriteriologie betrachtet werden. Wir haben gesehen, dass der Status quo nicht bezüglich aller Kriterien eindeutig gegenüber den Modellen unterlegen ist. Vielmehr schneidet er insbesondere hinsichtlich der Praktikabilität vorteilhaft gegenüber den Modellen an, ist aber hinsichtlich der ökonomischen Anreize und insbesondere in wohlfahrtsökonomischer allokativer Perspektive unterlegen. Daher bedarf es einer wissenschaftlich nicht leistbaren politischen Gewichtung der Kriterien, ob die Nachteile des Status quo seine Vorteile überwiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Systemwechsel immer zusätzliche Transaktionskosten verursachen, wobei die Angemessenheit deren Höhe im Verhältnis zur Zielerreichung bei den anderen Kriterien politisch zu entscheiden wäre.

Entscheidet man sich im politischen Abwägungsprozess zur Erleichterung der Wechselmöglichkeiten für eine weitergehende Mitgabe der Alterungsrückstellungen gilt Folgendes:

Angelehnt an die bisherige bezüglich der Höhe der transferierten Alterungsrückstellung unzureichende Regelung für die Bestandsversicherten mit Verträgen ab 2009 bietet sich ein Modell der einmaligen Übertragung von Alterungsrückstellungen an. Dabei stellen die Ausarbeitungen von Nell und Rosenbrock aus Sicht der Studienautoren insofern die beste Grundlage dar, als sie die Kalkulationssystematik in der PKV grundsätzlich aufrechterhalten und zudem zu Beginn nicht so viel – einstweilen nicht vorhandene – Datengrundlagen voraussetzen wie z.B. Meyer in der Version von Zähle über die Übergangswahrscheinlichkeiten. Die modifizierte Summenregel (Nell und Rosenbrock 2009; s.o. Abschn. 4.2.2) lässt den Einsatz verschiedener Schätzmodelle zu. Ähnlich wie für den Risikostrukturausgleich der GKV ist das Ziel nicht die vollständig treffsichere Schätzung

zukünftiger Kosten, sondern eine hinreichende Differenzierung zur Vermeidung von Risikoselektion. Allerdings wäre es für eine konsistente Anwendung des Modells zu empfehlen, die Regelungen für den unternehmensinternen Tarifwechsel denen für den Wechsel zwischen PKV-Unternehmen anzugleichen, da sich sonst Versicherte über den Umweg des internen Tarifwechsels dem kollektiven Prämienrisiko entziehen könnten.

Die von den Autoren des Modelles gemachte Annahme, dass die Wechselwahrscheinlichkeit der jeweiligen Bestandsversicherten vorab unbekannt bzw. für alle Bestandsversicherten gleich sei, ist allerdings im Allgemeinen nicht erfüllt. Soll in Anwendung des Modells von Nell und Rosenbrock einer unternehmensstrategischen Fehlberechnung von individuellen Alterungsrückstellungen entsprechend vorgebeugt werden, müssen Sicherungsmechanismen eingebaut werden. So ist die jährliche Mitteilung der jeweiligen persönlichen mitzugebenden Alterungsrückstellungen unabdingbar. Versicherte gleichen Eintrittsalters, gleichen Geschlechts und gleicher Risikoklassifikation sollten beim selben Versicherer im gleichen Tarif gleiche Alterungsrückstellungen erhalten müssen. Dazu bedarf es eines verpflichtenden Risikoklassifikationssystems, mit dessen Konzipierung z.B. der PKV-Verband beauftragt werden könnte und das die Krankenversicherer nicht verkürzen dürfen. Die tarifbezogenen individuellen Rechnungsgrundlagen der Unternehmen dagegen bleiben weiterhin erhalten. Inwiefern trotz zusätzlicher Transaktionskosten die Einführung einer Clearing- und oder Schiedsstelle notwendig sind, wäre eine politische Entscheidung im Sinne der Abwägung von Kostenüberlegungen auf der einen Seite und Überlegungen der Transparenz und des Verbraucherschutzes auf der anderen Seite.

Wie bereits angemerkt, empfiehlt es sich, bei Umsetzung eines der Modelle für Szenario 1 das System der Vermittlerprovisionen stärker von Abschluss- auf Bestandsprovisionen umzustellen.

6.5 Modellempfehlung für Szenario 2

Mit Blick auf Szenario 2 ist es Aufgabe dieser Studie zu untersuchen, wie sowohl verbesserte Wechselmöglichkeiten zwischen den PKV-Unternehmen geschaffen werden können als auch eine Wechselmöglichkeit in die GKV unter Mitgabe von Alterungsrückstellungen eingeführt werden kann.

Eine klare Empfehlung für die Umsetzung des Szenarios 2 gestaltet sich deutlich schwieriger. Die Gutachter sehen auch hier das Modell von Nell und Rosenbrock als am ehesten geeignet an. Jedoch sind aufgrund des Kontrahierungszwangs im GKV-System stärkere Sicherungsmechanismen notwendig, um zu vermeiden, dass im Rahmen ihrer Risikoklassifizierung kostenträchtigen PKV-Versicherten der Wechsel in die GKV nahegelegt wird. Letztlich wäre sowohl ein wesentlich differenzierteres Risikoklassifikationssystem als auch eine stärkere Überwachung der Kalkulation der individuellen Alterungsrückstellungen erforderlich. Dadurch erhöhen sich aber Transaktionskosten und Vorbereitungszeit.

Die langfristige Koexistenz der beiden Systeme unter Eröffnung von Wechsel- und Rückwechsellmöglichkeiten nur für einen Teil der – häufig ökonomisch stärkeren –

Versicherten ermöglicht diesen auch individuelle Strategien der Beitrags bzw. Prämienoptimierung, die aus distributiver Sicht problematisch sind. Dies ist allerdings alleine schon den Konditionen des Szenarios geschuldet.

Der Wechsel aus Tarifen unterhalb des GKV-Leistungsniveaus bringt zusätzliche Probleme mit sich – für das GKV-System droht die Gefahr eines fehlenden Ausgleichs adverser Selektion, da für den zum GKV-Niveau fehlenden Anteil keine Alterungsrückstellung mitgebracht wird.

Insgesamt erscheint die Umsetzung dieses aus Sicht der Gutachter noch bestgeeigneten Modells für Szenario 2 mit beträchtlichen Schwierigkeiten behaftet und sollte allenfalls mit umfangreichen flankierenden Maßnahmen durchgeführt werden.

Ein dauerhaftes Nebeneinander der beiden Systeme unter der Rahmenbedingung der dargestellten erweiterten Wechseloptionen zwischen den beiden Systemen erscheint nicht empfehlenswert, zumal nur ein Teil der Versicherten – und zwar diejenigen, die irgendwann einmal die Möglichkeit eines Wechsels in die PKV haben –, überhaupt die Chance erhalten, davon profitieren zu können. Der Gesetzgeber hat aus gutem Grund in der Vergangenheit das duale Versicherungssystem so ausgestaltet, dass eine Rückkehr aus der PKV in die GKV im Regelfall nicht möglich ist.

6.6 Modellempfehlung für Szenario 3

Szenario 3 ist im Rahmen der Auftragsvergabe für dieses Gutachten so ausgestaltet worden, dass im Rahmen eines Konvergenzprozesses in die GKV bzw. ein einheitliches Versicherungssystem Versicherte beim Wechsel von der PKV in die GKV bzw. das einheitliche Versicherungssystem Alterungsrückstellungen mitbekommen, es beim Wechsel innerhalb der PKV jedoch beim Status quo, wie er durch das GKV-WSG geregelt worden ist, bleiben soll. Unter diesen Prämissen gilt:

Das für Szenario 1 als geeignet und für Szenario 2 als bedingt anwendbar empfohlene Modell von Nell und Rosenbrock eignet sich weniger für den einseitigen Wechsel von einem Versicherungssystem ohne in ein Versicherungssystem mit Kontrahierungszwang – zu groß ist hier der Anreiz strategischer Kalkulation individueller Alterungsrückstellungen, zumal keine komplementären Anreize entstehen wie bei den Wechselmöglichkeiten innerhalb der PKV-Unternehmen. Gleichzeitig empfiehlt sich hier nicht die einmalige Zahlung von Alterungsrückstellungen – selbst wenn Liquiditätsproblemen aus Kapitalmarkteffekten durch rechtzeitige Planung vorgebeugt werden kann, so sprechen mehrere Argumente für die Anwendung eines Modells einer ratierlichen Ermittlung und Zahlung der mitzugebenden Alterungsrückstellung. Angesichts des demographischen Wandels erscheint es sinnvoll, bestehende Elemente einer Kapitaldeckungsfinanzierung aufrechtzuerhalten, ohne gleichzeitig für das GKV-System neue Verwaltungskosten und –strukturen zu generieren. Gleichzeitig kann die ratierliche Zahlung politischen Begehrlichkeiten für andere Verwendungen der

zufließenden Mittel, z.B. per Kürzungen des Bundeszuschusses, vorbeugen. Ein ratierliches Modell im Sinne der Studie ermöglicht außerdem am weitest gehenden den Ausgleich des kollektiven Prämienrisikos in den verbleibenden Tarifkollektiven der PKV und unterstützt damit deren Nachhaltigkeit.

Insofern bietet sich für die Verwendung im Szenario 3 aus Sicht der Gutachter das Leistungsausgleichsmodell an. Allerdings wird es sich in der Situation sich verkleinernder PKV-Tarife kaum realistisch auf PKV-internen Leistungsdaten aufbauen lassen. Dagegen können die Kostenvergleichsgruppen auf Daten eines im gemeinsamen Versicherungssystem fortgesetzten Morbi-RSA aufgesetzt werden – damit wird gleichzeitig das auslaufende PKV-System nicht von zusätzlichen Transaktionskosten belastet. Der Ausgleich des kollektiven Prämienrisikos in den PKV-Tarifen wird dadurch zwar an dieser Stelle etwas unpräziser, bezieht aber zumindest allgemeine medizinische Inflationswirkungen mit ein. Die Problematik von Mehrfachwechsell, die sich in diesem Modell mit Bezug auf die anderen beiden Szenarien ergibt, spielt für das Szenario 3 keine Rolle.

Generell müssen höherwertige Tarife seitens der PKV – wie dies auch schon im Rahmen der derzeitigen Berechnung kalkulatorischer mitzugebender Alterungsrückstellungen geschieht – auf den Leistungsumfang des Basistarifs umgerechnet werden. Für den übersteigenden Leistungsumfang sollten Zusatzversicherungslösungen angeboten werden. Auch hier entsteht das Problem unterproportionaler Zahlungen an das gemeinsame Versicherungssystem im Falle von Tarifen mit Leistungsumfang unterhalb des Leistungsniveaus des gemeinsamen Versicherungssystems. Neben der ggfs. für die verbleibenden PKV-Tarife problematischen Umgliederung der betroffenen Versicherten in den Basistarif erscheint es im Rahmen der grundsätzlichen Systemänderung auch denkbar, in diesem Falle für diesen begrenzten Personenkreis die höhere Belastung des neuen Versicherungssystems zu akzeptieren. Im Falle einer einmaligen Systemumstellung wäre dieses Problem auch nicht zu umgehen.

Insgesamt erscheint das Leistungsausgleichsmodell als praktikable und relativ kostengünstige Lösung der Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen für den Wechsel von der PKV in die GKV in einer Optionsperiode in Szenario 3.

7 Literaturverzeichnis

- Altenähr, V. (2014). "Die generelle Portabilität der Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung - Auswirkungen aus Sicht einer Ratingagentur." *Assekurata* 2014(49): 3-12.
- BaFin (2015) "Aufbau und Inhalt von Solvency II."
- BaFin (2015) "Solvency II - Kapitalanforderungen."
- Baumann, F., et al. (2006). Transferable Ageing Provisions in Individual Health Insurance Contracts. ifo Working Papers. Ifo Institute for Economic Research at the University of Munich. München. 32.
- Boetius, J. (2014). "Aufbau und rechtliche Struktur der Alterungsrückstellung - zur Diskussion um den Eigentumscharakter der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (PKV)." *Versicherungsrecht* 65(4): 140.
- Buchner, F. und J. Wasem (2006). Wettbewerb der Krankenversicherungen aus gesundheitsökonomischer Sicht. Hamburger Zentrum für Versicherungswissenschaft. Hamburg. Download unter: http://www.hzv-uhh.de/fileadmin/gemeinsam/Veranstaltungen/Symposien/I._Symposium/Workshop7BuchnerWasem.pdf
- Buchner, F. u J. Wasem (2006a). "'Steeping" of Health Expenditure Profiles." *The Geneva Papers* 31: 581-599.
- Cochrane, J. (1995). "Time-Consistent Health Insurance." *The Journal of Political Economy* 103(3): 445-473.
- Depenheuer, O. (2006). Verfassungsrechtliche Grenzen einer Portabilität von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung. Kurzgutachten erstellt im Auftrag des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. Köln, Universität Köln.
- Eekhoff, J. und C. Arentz (2013). "Zur Zukunft der PKV: Probleme und Perspektiven." *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2013(18): 106-110.
- Eekhoff, J. et al. (2008). Bürgerprivatversicherung; ein neuer Weg im Gesundheitswesen. Tübingen, Moor Siebeck.
- EIOPA (2014) "Zugrunde liegende Annahmen der Standardformel für die Berechnung der Solvenzkapitalanforderung (SCR)."
- European Capital Markets Institute (2013). ECMI Statistical Package 2012. Brüssel.
- Finsinger, J. (1988). Reform der privaten Krankenversicherung. In: Ordnungspolitik der Lebens- und Krankenversicherung. Hrsg.: D. Farny and B. Felderer. Karlsruhe, Vvw: 143-163.
- Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung e.V. (1987). Mehr Markt im Gesundheitswesen. Bad Homburg.
- Henke, K.-D. et al. (2002). Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland München, prokon Verlag.
- Karlsson, M. et al. (2014). Exit, Voice or Loyalty; an Investigation into the Effect of Mandated Portability of Front-Loaded Private Health Insurance Plans. Essen.

- Kifmann, M. und M. Nell (2014). "Fairer Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung." *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 2014(15): 75-87.
- Limp, R. (2014) "Solvency II: Langfristige Kapitalanlagen in der Standardformel."
- Lux, G. et al. (2013). *Private Krankenversicherung. In: Medizinmanagement; Grundlagen und Praxis.* Hrsg.: J. Wasem et al. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Meier, V. (2005). "Efficient Transfer of Aging Provisions in Private Health Insurance." *Journal of Economics* 84(3): 249-275.
- Meier, V. et al., Eds. (2004). *Modelle zur Übertragung individueller Altersrückstellungen beim Wechsel privater Krankenversicherer.* München, Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München.
- Meier, V. und M. Werding (2007). *Übertragbarkeit risikoabhängiger Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung.* ifo Forschungsberichte. I. f. Wirtschaftsforschung. München.
- Meyer, U. (1992). *Zwei überflüssige Wettbewerbshindernisse in der privaten Krankenversicherung.* In: *Sozialpolitik und Wissenschaft: Positionen zur Theorie und Praxis der sozialen Hilfe.* Hrsg.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt a.M., Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Meyer, U. (1994). *Gesetzliche Regelungen zu den Rechnungsgrundlagen der privaten Krankenversicherung.* In: *Deregulierung, Private Krankenversicherung, Kfz-Haftpflichtversicherung.* Hrsg.: J. Basedow et al. Baden-Baden, Nomos.
- Meyer, U. (1997). *Langfristige Versicherungsverhältnisse in der Privaten Krankenversicherung.* In: *Langfristige Versicherungsverhältnisse: Ökonomie, Technik, Institutionen.* Hrsg.: L. Männer. Karlsruhe, Verlag Versicherungswirtschaft e.V.
- Meyer, U. (2001). *Mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung durch Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung.* Arbeitspapier. Bamberg.
- Meyer, U. (2004). *Sondervotum zum Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts bezüglich der Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung in der PKV.* Bamberg,
- Monopolkommission (1998). *"Marktöffnung umfassend verwirklichen. Zwölftes Hauptgutachten der Monopolkommission."*
- Nell, M. und S. Rosenbrock (2007). "Die Diskussion über die Portabilität von risikogerechten Transferbeträgen in der Privaten Krankenversicherung." *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 96 (Sonderheft Jahrestagung des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft e.V.): 39-51.
- Nell, M. und S. Rosenbrock (2008). "Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystem: Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung." *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 2008(9): 173-195.
- Nell, M. und S. Rosenbrock (2009). "Ein Risikoausgleichsmodell für den Wettbewerb um Bestandskunden in der PKV." *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 2009(98): 391-409.

- Nell, M. und S. Rosenbrock (2009a). "Portabilität der PKV-Alterungsrückstellung: Risikogerechte Übertragungswerte erfordern keine grundlegend neuen Kalkulationsprinzipien!" *Versicherungswirtschaft* 64(13).
- Papier, H.-J. und M. Schröder (2013). "Verfassungsrechtlicher Schutz der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung." *Versicherungsrecht* 64(28): 1201-1244.
- Pauly, M. et al. (1995). "Guaranteed Renewability in Insurance." *Journal of Risk and Uncertainty* 1995(10): 143-156.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002). 20 Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten. Stuttgart. 2002/03.
- Scholz, R (2001). "Mitgabe" der Altersrückstellung in der privaten Krankenversicherung beim Wechsel des Versicherers? In: Verband der privaten Krankenversicherung (Hrsg.): *Zu den Wechseloptionen der PKV*. Schriftenreihe des PKV-Verbandes. Bd. 25. Köln. 25: 8-57
- Sehlen, S. et al. (2005). "Private Krankenversicherung und Bürgerversicherung: Zwei Verfahren zur Berücksichtigung von PKV-Versicherten für die Finanzierungsgrundlage einer Bürgerversicherung." *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2005(5-6): 52-61.
- Sehlen, S. et al. (2006). "Privat Krankenversicherte und Risikostrukturausgleich – zur Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV." *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2006(1-2): 54-64.
- Sehlen, S. und W. Schröder (2010). Risikostrukturausgleich innerhalb der PKV und zwischen PKV und GKV nach dem Wettbewerbsstärkungsgesetz. *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010 – Von der Selektion zur Manipulation?* . D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs and J. Wasem. Heidelberg, Medhochzwei. 2009/2010: 93-113.
- Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter (1996). *Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter*. Bonn, Bundestagsdrucksache 13/4945
- Verband der Privaten Krankenversicherung (2013). *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012*. Köln.
- Wasem, J. und F. Buchner (2001). Funktion und Ausgestaltung eines Risikoausgleichs in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem mit Kapitaldeckung und Kontrahierungszwang. *Expertise zum Zukunftsmodell der Vereinten Krankenversicherung*. Greifswald.
- World Federation of Exchanges (2014). *Monthly Reports*.
- Zähle, H. (2010). "Ein Risikoklassenmodell für die Portabilität der Altersrückstellungen in der PKV." *Blätter der Deutschen Gesellschaft für Versicherungs- und Finanzmathematik* 2010(31): 39-64.
- Zähle, H. und K. Zähle (2013). "Prämienanpassungen im Risikoklassenmodell der Privaten Krankenversicherung." *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 2013(102): 111-140.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zahlungsflüsse im Modell eines Leistungsausgleichs für Wechsler	43
Abbildung 2: Zahlungsströme im Modell von Kifmann und Nell.....	47
Abbildung 3: Modellvariante Einbezug der Altkunden der PKV in einen systemübergreifenden Risikostrukturausgleich	50
Abbildung 4: Modellvariante Einbezug aller PKV-Versicherten in einen systemübergreifenden Risikostrukturausgleich mit Wechselmöglichkeit zwischen den Versicherungssystemen	52
Abbildung 5: Beitrags- und Risikostrukturausgleich im Wasem-Buchner-Modell	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Szenarien für die Portabilität von Alterungsrückstellungen der PKV.....	18
Tabelle 2: Merkmale der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen.....	41
Tabelle 3: Merkmale des Leistungsausgleichsmodells	44
Tabelle 4: Merkmale der Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten	57
Tabelle 5: Beurteilungsmatrix des Status quo.....	62
Tabelle 6: Bestand und Struktur der Kapitalanlagen der PKV Ende 2011	68
Tabelle 7: Beurteilungsmatrix der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter prospektiver Alterungsrückstellungen für Szenario 1	78
Tabelle 8: Beurteilungsmatrix der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter Alterungsrückstellungen für Szenario 2.....	79
Tabelle 9: Beurteilungsmatrix der Portabilitätsmodelle mit einmaliger Übertragung individualisierter Alterungsrückstellungen für Szenario 3.....	81
Tabelle 10: Beurteilungsmatrix der Leistungsausgleichsmodells für Szenario 1.....	86
Tabelle 11: Beurteilungsmatrix des Leistungsausgleichsmodells für Szenario 2	87
Tabelle 12: Beurteilungsmatrix des Leistungsausgleichsmodells für Szenario 3.....	87
Tabelle 13: Beurteilungsmatrix der Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten für Szenario 1	93
Tabelle 14: Beurteilungsmatrix der Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten für Szenario 2	94
Tabelle 15: Beurteilungsmatrix der Modelle unter Einsatz eines Morbi-RSA für alle Versicherten für Szenario 3	95

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
all.	allokativ
AR, ARS	Alterungsrückstellung(-en)
Art.	Artikel
AZ	Aktenzeichen
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstaufsicht
Bd.	Band
BGH	Bundesgerichtshof
Buchst.	Buchstabe
bzw.	beziehungsweise
distr.	distributiv
e.V.	eingetragener Verein
et al.	et alii
etc.	et cetera
GG	Grundgesetz
ggfs.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KaIV	Kalkulationsverordnung (Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung)
KV	Krankenversicherung
M2Q	"mindestens zwei Quartale"
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Morbi-RSA	Morbiditätsbasierter Risikostrukturausgleich
Mrd.	Milliarden
Nr.	Nummer
ök.	ökonomisch
PKV	Private Krankenversicherung
Rdnr.	Randnummer
RSA	Risikostrukturausgleich
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen
vgl.	vergleiche
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
z.B.	zum Beispiel

IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)

