



**38**

**ifo Forschungsberichte**

## **Übertragbarkeit risikoabhängiger Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung**

von

Volker Meier  
Martin Werding

**ifo** Institut für  
Wirtschaftsforschung  
an der Universität München

Bereich: Sozialpolitik und Arbeitsmärkte

# **Übertragbarkeit risikoabhängiger Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung**

von

Volker Meier  
Martin Werding

München, September 2007

 Institut für  
Wirtschaftsforschung

Forschungsbereich: Sozialpolitik und Arbeitsmärkte

## **Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Daten sind im Internet über  
<http://dnb.ddb.de>  
abrufbar

ISBN-10: 3-88512-467-X

ISBN-13: 978-3-88512-467-2

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.  
Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlags ist es auch nicht gestattet, dieses  
Buch oder Teile daraus auf photomechanischem Wege (Photokopie, Mikrokopie)  
oder auf andere Art zu vervielfältigen.

© by ifo Institut für Wirtschaftsforschung, München 2007

Druck: ifo Institut für Wirtschaftsforschung, München

ifo Institut für Wirtschaftsforschung im Internet:  
<http://www.ifo.de>

## Inhalt

Abbildungen .....	ii
Summary.....	iii
Kurzfassung .....	v
Einleitung .....	1
A. Grundlagen.....	4
1 Die Ziele: Erhaltung der Prämienversicherung und Verbesserung der Wechseloptionen .....	4
2 Bewertung der Gesundheitsreform 2007 .....	8
3 Stand der Diskussion .....	13
B. Konzept zur Übertragung risikoabhängiger Alterungsrückstellungen.....	17
4 Der Vorschlag zu Mitgabe individueller Alterungsrückstellungen .....	17
4.1 Gute Risiken: Übertragung des Rentenversicherungsanteils.....	17
4.2 Erhöhte Risiken: Festlegung durch Bewertungsstelle .....	23
5 Berücksichtigung der medizinischen Inflation .....	27
6 Zusammenfassung und Diskussion.....	30
Literatur .....	32
Die Autoren .....	35

**Abbildungen**

1	Entwicklung der durchschnittlichen Versicherungsleistungen bei Frauen und Männern .....	4
2	Prämienverlauf bei garantiert erneuerbaren Versicherungsverträgen .....	18
3	Übertragungsfähige Anteile der Alterungsrückstellung nach Alter des Versicherten beim Versichererwechsel .....	20

## Summary

In Germany, individual private health insurance contracts are made on a lifetime basis. Ageing provisions are accumulated in such contracts in order to subsidize premiums in old age. Current regulation states that any claim on ageing provisions accumulated under the old contract is forfeited if the insured chooses to switch to a new insurer. This situation creates a lock-in in an existing contract after only a few years of its duration, as switching from one insurer to another is associated with substantial financial losses. On the other hand, the regulation effectively protects the insured against the premium risk, since the premium need not be increased due to deteriorations of the risk structure caused by good risks leaving their insurer.

The German health care reform 2007 establishes transferability of the full ageing provision accumulated within a new basic contract in which benefits are equivalent to those in public health insurance. Through a combination of switches between insurers and changes in the type of contract, risk segmentation can occur under this new framework, triggering increases in insurance premiums for individuals who have turned into high risks. The premium insurance function will no longer be fulfilled by the insurance sector. In addition, a new risk equalization scheme that has to be introduced along with the proposed transferability of ageing provisions will lead to further premium increases. This will happen because either a bureaucratic and complex risk adjustment system is to be implemented, or a simple expenditure equalization scheme is going to destroy the insurers' incentives to keep insurance benefits low.

Against this background, we develop a new system of transfers of risk-specific ageing provisions. The goal is to maximize the options for individuals to switch to new insurers without harming other individuals who prefer to stay with the old insurer. The main idea is a decomposition of the total ageing provision into two parts, one related to the premium insurance and the other to a pure annuity. The capital stock that is accumulated by the premium insurance is needed to subsidize individuals who have become chronically ill. By contrast, the capital stock accumulated for the annuity serves to subsidize premiums for each insured at later stages of his or her life cycle.

Individuals whose health prospects have not deteriorated during the contract period will receive a transfer of the annuity part of their total ageing provision if they choose to switch insurers. Simulations with realistic data show that the share of the annuity in total ageing provisions decreases with higher age. The reason is that the share of high-risk individuals receiving benefits from the premium insurance increases steadily over

time. For a given age of the individual who is willing to switch to another insurer, a higher age at entry into the original contract is always associated with a smaller share of transferable ageing provisions. This is a consequence of a less pronounced accumulation of an annuity benefit within the ageing provision.

Insured individuals whose health prospects have deteriorated substantially during the contract period will receive additional funds from the premium insurance if they choose to change their insurer. The transfer is designed so as to allow for a fictitious switch into the original contract with a maximum loss that does not exceed the transaction cost. In reality, switching between insurers is then associated with a smaller financial loss or, after a correction is made for the medical inflation bias, even a gain for the insured. An important feature of the proposed transfer scheme is that the assessment of the risk status of individuals who are about to change their insurers will be made by a neutral risk-assessment agency that has to be established.

## Kurzfassung

Das Problem der Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen in der deutschen Privaten Krankenversicherung wird seit vielen Jahren intensiv diskutiert. In Versicherungsverträgen nach geltendem Recht werden für Versicherte in jungen Jahren Alterungsrückstellungen aufgebaut, um ihre Versicherungsprämien im Alter zu senken. Nach bisheriger Rechtslage verfallen bei einem Wechsel des Versicherers alle Ansprüche des Versicherten auf die bis dahin im Kollektiv gemeinsam aufgebauten Alterungsrückstellungen. Daher ist ein Versichererwechsel selbst für überdurchschnittlich gesunde Menschen bereits nach einigen Jahren Versicherungslaufzeit nur unter erheblichen finanziellen Verlusten möglich. Erreicht wird mit dieser Regelung allerdings, dass die Versicherer ihre von der Gesetzeslage her vorgesehene Zusage eines Verzichts auf eine Prämien-erhöhung bei einer Verschlechterung des individuellen Gesundheitszustands auch dann wirksam erfüllen können, wenn sich die Risikostruktur im Versichertenkollektiv durch Abgänge guter Risiken verschlechtert.

Die Gesundheitsreform 2007 sieht eine Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung im Rahmen eines Basistarifs vor, der dem Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Bei einer Koppelung von Versicherer- und Tarifwechseln kann es dabei zu einer Risikoentmischung in Normaltarifen kommen, die zwangsläufig auch zu gegebenenfalls dramatischen Prämien-erhöhungen für schlechte Risiken führt. Die im gegenwärtigen System garantierte Prämienversicherung bei einer durch Versichererwechsel herbeigeführten Verschlechterung der Risikostruktur beim abgebenden Versicherer kann dann nicht mehr gewährleistet werden. Somit wird der Versicherungsgedanke *ad absurdum* geführt: Kranke zahlen viel, Gesunde wenig. Damit ist die geplante Reform aber dem gegenwärtigen Rechtsstand deutlich unterlegen. Darüber hinaus wird auch der unternehmensübergreifende Risikoausgleich, der bei der geplanten Neuregelung der Mitgabe der Alterungsrückstellung zwingend einzuführen ist, eine Prämien-erhöhung im Basistarif bewirken. Dies ist zu erwarten, weil entweder ein von der Abwicklung her kompliziertes Ausgleichssystem geschaffen werden muss oder ein einfach zu handhabender Ausgabenausgleich die Anreize der Versicherer zum Leistungsmanagement zerstört.

Vor diesem Hintergrund wird hier ein System zur Übertragung risikospezifischer Alterungsrückstellungen entwickelt. Dieses soll den Versichererwechsel soweit als möglich erleichtern, vermeidet gleichzeitig aber eine Schädigung des abgebenden Versichertenkollektivs. Die Grundidee basiert auf einer Zerlegung der gesamten Alterungsrückstellung in einen Prämienversicherungsanteil und einen Rentenversicherungsanteil. Der



Kapitalstock der Prämienversicherung dient der Subventionierung der Prämien von Versicherten, die zu chronisch Kranken geworden sind. Der Rentenversicherungsanteil ist dagegen als Sparbeitrag zu bewerten, der für alle Versicherten der Prämienverringering im Alter dient.

Für Versicherte, deren allgemeiner Gesundheitszustand sich während der Vertragslaufzeit nicht verschlechtert hat, wird beim Wechsel des Krankenversicherers ausschließlich der Rentenversicherungsanteil der Alterungsrückstellung übertragen. Simulationen mit realistischen Daten zeigen, dass der Rentenversicherungsanteil der Alterungsrückstellung mit zunehmendem Alter zurückgeht. Dies liegt daran, dass im Zeitablauf ein immer größer werdender Anteil des anfänglich gesunden Kollektivs chronisch krank wird und Leistungen aus dem Kapitalstock der Prämienversicherung erhält. Ferner ist bei gegebenem Wechselalter ein späteres Eintrittsalter in den ursprünglichen Vertrag stets mit einem niedrigeren Anteil der übertragungsfähigen Alterungsrückstellung verbunden. Dies ist die Folge eines weniger stark ausgeprägten Sparprozesses und daher eines geringeren Gewichts der Rentenversicherung in der gesamten Alterungsrückstellung.

Versicherte, deren Gesundheitszustand sich während der Vertragslaufzeit beim alten Versicherer substantiell verschlechtert hat, haben bei einem Versichererwechsel einen Anspruch auf zusätzliche Mittel aus der Alterungsrückstellung. Ihnen muss auch ein sich nach der längerfristigen Gesundheitsprognose zu staffelnder Beitrag aus dem Kapitalstock der Prämienversicherung mitgegeben werden. Die Mitgabe ermöglicht einen fiktiven Wechsel in einen dem vorherigen Versicherungsverhältnis gleichen Vertrag bei einem Verlust in Höhe der Abschlusskosten, wobei ein weiterer zusätzlicher Transfer zum Ausgleich der medizinischen Inflation erfolgt. Ein tatsächlicher Wechsel wird dann in der Regel mit einem sehr kleinen Verlust oder gar einer Prämienersparnis für den Versicherten verbunden sein. Die Festlegung der Risikoeinstufung des wechselnden Versicherten und der ergänzenden Mitgabe aus der Alterungsrückstellung obliegt einer zu schaffenden neutralen Bewertungsstelle.

Neu ist am von uns vorgeschlagenen System weniger die Festsetzung der Höhe der zu übertragenden, risikospezifischen Alterungsrückstellung, sondern vielmehr die Darlegung eines praktikablen, mit geringen administrativen Kosten verbundenen und konfliktfreien Verfahrens zur Durchführung der Übertragung der individualisierten Alterungsrückstellung.

## Einleitung

In Deutschland sind etwa 10% der Bevölkerung im Sinne eines die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ersetzenden Schutzes privat krankenversichert. Die Konstruktion der Privaten Krankenversicherung (PKV) in solchen Vollkostentarifen sieht einen lebenslangen Vertrag vor, der vom Versicherer nicht gekündigt werden darf. Während der Laufzeit des Vertrages wird ein Kapitalstock aufgebaut, mit dem die erhöhten Gesundheitsausgaben im Alter vorfinanziert werden. Junge Versicherte zahlen eine Prämie, die die jährlich erwarteten Leistungsausgaben übersteigt. Der auf diese Weise gebildete Kapitalstock stellt aus Sicht des Versicherers eine Verbindlichkeit gegenüber dem Versichertenkollektiv des betreffenden Geburtsjahrgangs dar und wird als Alterungsrückstellung bezeichnet. Die Alterungsrückstellung wird planmäßig zur Subventionierung der Prämien im Alter eingesetzt und mit dem Aussterben der Alterskohorte verbraucht. Auf diese Weise finanziert jeder Geburtsjahrgang seine über den Lebenszyklus anfallenden Versicherungsleistungen.

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 soll es im Bereich der Privaten Krankenversicherung nach dem vorliegenden Gesetz (GKV-WSG) zu einer grundlegenden Änderung der Wettbewerbsordnung kommen. Kernbestandteil der vorgesehenen Reform der PKV ist eine Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung im Rahmen eines standardisierten Basistarifs. Letzterer entspricht dem Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung. Für den aufnehmenden Versicherer soll es im Bereich dieses Basistarifs einen Kontrahierungszwang geben. Da für den Basistarif kein Risikozuschlag erhoben werden darf, findet eine Risikoprüfung nur für ergänzende Zusatztarife oder vorsorglich für einen etwaigen späteren Wechsel in einen Normaltarif statt. Ferner ist ein Risikostrukturausgleich vorgesehen, der voraussichtlich als Ausgleich der Ausgaben pro Versichertem organisiert wird. Ziel des Gesetzes ist eine Verbesserung der Wechselmöglichkeiten innerhalb der PKV. Gleichzeitig sollen die Versicherten im abgebenden Kollektiv wie bisher gegen Prämien erhöhungen als Folge einer möglichen Risikoentmischung geschützt werden.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist zum einen eine kritische Diskussion des aktuellen Gesetzes hinsichtlich der Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen. Kontrastiert wird das Gesetz mit einem Konzept zu übertragbaren Alterungsrückstellungen, deren Höhe vor allem vom Risikostatus des Versicherten beim Versichererwechsel abhängt. Ein derartiger Vorschlag ist seit langem als theoretische Ideallösung anerkannt. Die Akzeptanz der Idee scheiterte bisher an Problemen der praktischen Umsetzung. Aufgrund der im Folgenden vorgeschlagenen institutionellen Ausgestaltung erweisen sich diese

Probleme aber als überwindbar. Damit ist der Vorschlag dem neuen Gesetz eindeutig überlegen.

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit ist wie folgt: In Kapitel 1 werden die Ziele einer Reform der gesetzlichen Regelungen zur PKV erläutert. Dabei wird argumentiert, dass jede Reform vor allem die Prämienversicherungsfunktion der PKV aufrecht erhalten muss. Diese besteht darin, dass niemand mit einer Steigerung seiner Prämie rechnen muss, die begründet ist in einer Verschlechterung seines individuellen Gesundheitszustands oder in einer Verschlechterung der Risikostruktur der Versichertengemeinschaft als ganzes aufgrund von Versichererwechseln. Nachrangig ist im Vergleich dazu das weitere Ziel, die Wechselmöglichkeiten der Versicherten gegenüber dem gegenwärtigen Zustand zu verbessern.

Kapitel 2 diskutiert das aktuelle Gesundheitsreform-Gesetz. Dieses erfüllt nicht die Eigenschaft, die Prämienversicherungsfunktion zu wahren und ist daher zu verwerfen. Neben diesem Hauptproblem bestehen eine Reihe von Mängeln, die sich aus der geplanten Abkehr von einer risikogerechten Prämienfestsetzung zwangsläufig ergeben. Insbesondere wird der notwendige Risikoausgleich prämienerhöhend wirken, weil er je nach Organisationsform einen hohen bürokratischen Aufwand erfordert oder aber den Versicherern bisher bestehende Anreize zum Leistungsmanagement nimmt.

Das folgende Kapitel 3 gibt einen knappen Überblick zum Stand der Forschung hinsichtlich der Übertragbarkeit individueller Alterungsrückstellungen. Dargestellt werden die wesentlichen Verfahren und die in der Literatur hervorgehobenen Probleme bei ihrer praktischen Umsetzung.

Kern der Arbeit ist dann die Vorstellung eines alternativen Konzepts zur Übertragung individueller Alterungsrückstellungen beim Versichererwechsel in Kapitel 4. Anknüpfend an bereits existierende Vorschläge aus der Literatur können gute Risiken dabei nur einen Teil ihrer Alterungsrückstellung mitnehmen. Diejenigen, die während der Vertragslaufzeit beim alten Versicherer zu schlechten Risiken geworden sind, erhalten hingegen zusätzliche Mittel. Diese werden von einer neu einzurichtenden neutralen Bewertungsstelle festgelegt.

In Kapitel 5 wird ergänzend erläutert, wie im Rahmen unseres Vorschlags die typischerweise über der allgemeinen Inflationsrate liegende Inflation im Gesundheitssektor berücksichtigt werden kann. Diese wurde bisher in der Praxis bei der Prämienkalkulation weitgehend vernachlässigt, ist aber bei der Festsetzung risikospezifischer Transfers

individueller Alterungsrückstellungen beim Versichererwechsel von erheblicher Bedeutung. Es wird dafür plädiert, diese medizinische Inflation explizit bei der Prämienkalkulation zu berücksichtigen. Kapitel 6 schließt mit einer kritischen Würdigung des vorgeschlagenen Verfahrens.

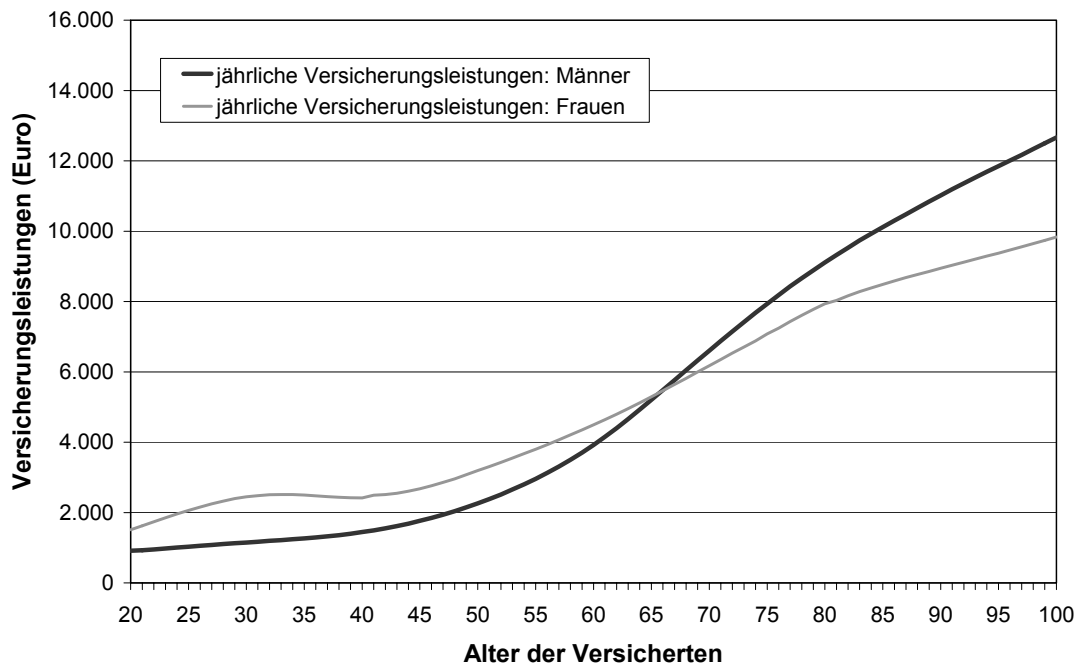
## Teil A Grundlagen

### Kapitel 1

#### Die Ziele: Erhaltung der Prämienversicherung und Verbesserung der Wechseloptionen

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Lebenszyklus weist eine charakteristische Struktur auf. Wie Abbildung 1 zeigt, steigen die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben für PKV-Versicherte mit Vollkostentarif mit zunehmendem Alter immer mehr an. Dies liegt zum einen an einer kontinuierlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands auch bei Menschen, die für ihr Alter insgesamt eher überdurchschnittlich gesund sind. Zum anderen steigt im Zeitablauf der Anteil Versicherter, für den sich durch eine Vorerkrankung oder einen Unfall eine dauerhafte Erhöhung der Gesundheitsausgaben ergibt, die etwa den Übergang zu einer chronischen Krankheit markiert. In der Sprache der Versicherer werden solche Menschen von guten (oder niedrigen) Risiken zu schlechten (oder hohen) Risiken.

Abbildung 1: Entwicklung der durchschnittlichen Versicherungsleistungen bei Frauen und Männern



Quelle: Baumann *et al.* (2006).

Ist beim Vertragsabschluss ein erhöhtes Krankheitskostenrisiko bekannt, werden Risikozuschläge vereinbart, die den höheren erwarteten Leistungen des Versicherers entsprechen. Derartige Risikozuschläge können im Einzelfall sehr hoch ausfallen. Würden die Verträge in der private Krankenversicherung jedes Jahr entsprechend dem aktuellen Ausgabenrisiko erneuert, bestünde für die Versicherten aufgrund der möglicherweise anfallenden Risikozuschläge ein so genanntes Prämienrisiko.

Die gesetzlichen Regulierungen der deutschen PKV schützen den Versicherten sowohl juristisch als auch ökonomisch vor diesem Prämienrisiko. Es wird ein Vertrag geschlossen, der auf Lebenszeit angelegt ist. Auf der Seite des Versicherers ist keine ordentliche Kündigung zugelassen. Kündigungen dürfen im Wesentlichen nur aufgrund fehlender Prämienzahlungen ausgesprochen werden, nicht aber aufgrund hoher Leistungsausgaben für den Versicherten. Prämienanpassungen auf der Basis individueller Erfahrungen mit dem Versicherten sind ebenfalls verboten. Damit ist das Prämienrisiko von der juristischen Seite her gebannt. Dies reicht jedoch nicht aus. Wenn Versicherte, die gute Risiken darstellen, sich dafür entscheiden, die bisherige Versichertengemeinschaft zu verlassen, kommt es zu einer Verschlechterung der Risikostruktur bei den verbleibenden Versicherten. Aufgrund dieser strukturellen Verschlechterung könnte es sich als notwendig erweisen, die Versicherungsprämien anzuheben. Das juristisch ausgeschlossene Prämienrisiko kann also prinzipiell aufgrund ökonomischer Kräfte trotzdem auftreten. Aus Sicht der Versicherten ist eine derartige Entwicklung natürlich unerwünscht.

Das dargestellte Problem des Prämienrisikos wird in der deutschen PKV gelöst, indem die von einer Versichertengemeinschaft gemeinsam aufgebauten Alterungsrückstellungen bei einem Versichererwechsel vollständig beim abgehenden Versicherer verbleiben. Wenn überdurchschnittlich gute Risiken den Versicherer verlassen, werden die verbleibenden Versicherten durch die aus der so genannten Vererbung resultierenden Erhöhung der Rückstellungen pro Kopf für die Verschlechterung der Risikostruktur kompensiert. Damit wird eine Prämienerrhöhung für die beim abgehenden Versicherer verbleibenden Versicherten vermieden. Somit kann kein Prämienrisiko auftreten.

Das Problem des Prämienrisikos in Verbindung mit der Übertragung von Alterungsrückstellungen lässt sich anhand eines einfachen Zahlenbeispiels aus Meier (2006) erläutern, das die wesentlichen Strukturen wiedergibt. Man betrachte ein Kollektiv von 10 gleich alten Individuen, die zwei Perioden leben, wobei der Zinssatz der Einfachheit halber auf Null gesetzt wird. In der ersten Periode repräsentieren alle Individuen gute Risiken, und sie nehmen im Durchschnitt jeweils Versicherungsleistungen von 1.000 EUR in Anspruch. Beim Übergang zur zweiten Periode werden zwei Individuen zu

schlechten Risiken. Sie werden daher in der zweiten Periode Versicherungsleistungen von durchschnittlich je 4.000 EUR erhalten. Bei Vertragsabschluss in der ersten Periode ist nicht bekannt, bei welchen Individuen die Verschlechterung des Gesundheitszustands auftritt. Die anderen acht Individuen bleiben gute Risiken und verursachen für den Versicherer Leistungsausgaben, die bei durchschnittlich 2.000 EUR pro Person liegen. Diese Durchschnittsbeträge entsprechen dann den zu zahlenden Prämien eines jährlich zu erneuernden Vertrags. Ein deutscher PKV-Vertrag, der auf Lebenszeit angelegt ist, würde nun ein konstante Prämie von  $(1.000 \text{ EUR} + 0,8 * 2.000 \text{ EUR} + 0,2 * 4.000 \text{ EUR})/2 = 1.700 \text{ EUR}$  in beiden Perioden vorsehen. Der die Leistungsausgaben der ersten Periode übersteigende Betrag von 700 EUR ist der Beitrag jedes Versicherten zur Alterungsrückstellung.

Wenn wie im bisherigen Recht beim Versichererwechsel die Alterungsrückstellung beim ursprünglichen Versicherer verbleibt, müssen gute Risiken in der zweiten Periode bei einem neuen Versicherer 2.000 EUR zahlen, also 300 EUR mehr als bei einem Verbleib beim alten Versicherer. Der Wechsel findet nicht statt, weil er sich nicht lohnt. Käme es trotzdem zum Wechsel, wäre im Anschluss für das abgebende Kollektiv aufgrund der deutlich steigenden Alterungsrückstellung pro Kopf sogar eine leichte Prämienenkung möglich.

Würde man hingegen beim Versichererwechsel die durchschnittliche Alterungsrückstellung von 700 EUR mitgeben, müsste ein gutes Risiko bei einem risikogerecht kalkulierenden neuen Versicherer in der zweiten Periode  $2.000 \text{ EUR} - 700 \text{ EUR} = 1.300 \text{ EUR}$  zahlen. Aufgrund der resultierenden Beitragsersparnis in Höhe von 400 EUR würden alle guten Risiken zu einem neuen Versicherer wechseln. Für die verbleibenden schlechten Risiken wäre dagegen aufgrund der Verschlechterung der Risikostruktur ein Beitragsanstieg auf  $4.000 \text{ EUR} - 700 \text{ EUR} = 3.300 \text{ EUR}$  erforderlich. Somit fällt aufgrund der Mitgaberegulierung zur Alterungsrückstellung das Prämienrisiko im Alter auf die Versicherten zurück. Dies ist aus Sicht eines jeden Versicherten unerwünscht. Dieser schließt den Versicherungsvertrag ja gerade deshalb ab, weil er damit zukünftige finanzielle Risiken vermeiden will.

Eine effektive Prämienversicherung ist die zentrale Funktion der Langzeitverträge in der deutschen PKV. Jeder Reform muss sich daran messen lassen, ob nach ihrer Umsetzung die Prämienversicherungsfunktion weiterhin erfüllt wird. Im folgenden Kapitel wird dargelegt, dass die Gesundheitsreform 2007 diese erste Zielvorgabe verfehlt.

Die im neuen Gesetz vorgesehenen Regelungen zur Mitgabe von Alterungsrückstellungen sollen Versicherten den Wechsel des Versicherers ohne erhebliche finanzielle Verluste ermöglichen. Wie im vorherigen Zahlenbeispiel ebenfalls illustriert, führt im bisherigen Recht in der Tat gerade der Ausschluss der Mitgabe auch nur eines Teils der Alterungsrückstellung dazu, dass ein Versicherter nach einigen Jahren Vertragslaufzeit an seinen Versicherer gebunden ist. Ein Versichererwechsel geht dann mit derart starken Verlusten einher, dass es selbst bei erheblicher Unzufriedenheit mit dem aktuellen Versicherer angezeigt ist, das Versicherungsverhältnis aufrecht zu erhalten. Ein Wettbewerb um Bestandskunden findet in der PKV daher praktisch nicht statt.

Ein zweites Ziel der Reform ist also, die Wechselmöglichkeiten der Versicherten gegenüber dem bisherigen Rechtsstand zu verbessern. Der Wohlfahrtsgewinn besteht dann vor allem darin, unbefriedigende Vertragsverhältnisse beenden zu können. Weitergehenden Hoffnungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Kostenstrukturen der Versicherer oder der Servicequalität durch eine Verstärkung des Wettbewerbs sind mit großer Vorsicht zu betrachten. Immerhin gibt es bereits einen funktionierenden Wettbewerb um Neukunden. In diesem werden diejenigen Versicherer unterliegen, die mit mangelhafter Servicequalität für ihre Bestandskunden aufgefallen sind oder aufgrund einer mangelnden Optimierung der Kostenstrukturen keine Policen anbieten können, die ein attraktives Preis-Leistungs-Verhältnis aufweisen. Ein möglicher Effizienzgewinn könnte jedoch auch darin bestehen, dass sich Individuen mit bestimmten Krankheitsbildern bei bestimmten Versicherern konzentrieren, die aufgrund der erhöhten Fallzahlen spezielle Programme des *Disease management* einrichten können.

Die Rangordnung der beiden Ziele ist aus ökonomischer Sicht jedoch eindeutig. Der Wahrung der Prämienversicherungsfunktion gebührt der Vorrang vor der Verbesserung der Wechseloptionen. Verbesserungen relativ zum bisherigen Rechtsstand können also nur erreicht werden, wenn die bisher auch ökonomisch wirksame Prämienversicherung nicht beeinträchtigt wird.



## **Kapitel 2**

### **Bewertung der Gesundheitsreform 2007**

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sieht hinsichtlich der Übertragung von Alterungsrückstellungen (Art. 43–45) beim Wechsel privater Krankenversicherer für Neuverträge ab dem 1. Januar 2009 folgendes vor: Übertragbar ist die Alterungsrückstellung im Volumen des so genannten Basistarifs. Dieser entspricht mit seinen Leistungen denjenigen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei sind allerdings Varianten mit unterschiedlichen Selbstbehalten anzubieten. Für alle Varianten des Basistarifs besteht ein Kontrahierungszwang, wobei Risikoprüfungen allenfalls vorsorglich für den Fall eines Wechsels in einen anderen Tarif des Versicherers stattfinden. Im Basistarif selbst darf kein Risikozuschlag erhoben werden. Für Verträge, die vor Ende 2008 abgeschlossen wurden, kann die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen im Volumen des Basistarifs nur im ersten Halbjahr 2009 in Anspruch genommen werden.

Verträge in der PKV sehen im Vergleich zur GKV aber häufig zusätzliche Leistungen vor. Für diesen Zusatzversicherungsanteil verfällt beim Versichererwechsel die Alterungsrückstellung weiterhin zu Gunsten des abgebenden Versichertenkollektivs. Allerdings kann diese Zusatzversicherung mit den entsprechenden anteiligen Ansprüchen auf die aufgebaute Alterungsrückstellung beim alten Versicherer beibehalten werden. Die auf einen durchschnittlichen Versicherungsverlauf abgestimmte und in der Kalkulationsverordnung beschriebene Alterungsrückstellung wird im Folgenden als rechnungsmäßige oder kalkulatorische Alterungsrückstellung bezeichnet. Diese wird im Basistarif stets auf den neuen Versicherer übertragen. Ferner ist ein Risikostrukturausgleich zwischen den Versicherern im Basistarif vorgesehen. Die Organisation des Risikoausgleichssystems obliegt der Versicherungswirtschaft.

Das Gesetz weist eine Reihe von Schwächen auf. Für die Versicherten fallen zusätzliche Kosten an, die weit über die direkten Kosten für Versichererwechsel hinausgehen. Vor allem werden aufgrund ökonomischer Wirkungsmechanismen aber finanzielle Risiken, die gegenwärtig noch von den Versicherern getragen werden, auf die Versicherten abgewälzt. Im Einzelnen sind folgende Punkte zu kritisieren:

Erstens ergibt sich die Gefahr einer systematischen Risikoentmischung aufgrund einer Verkettung der aktuellen Regelungen zur Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die neuen Regeln auch auf bereits laufende Verträge angewendet werden. Gute Risiken können zunächst zu einem anderen Versicherer in

dessen Basistarif wechseln. Für diesen Wechsel wird Ihnen gemäß der geplanten Neuregelung des Gesetzes die zum Basistarif gehörige rechnungsmäßige Alterungsrückstellung übertragen. Bei dem neuen Versicherer können sie im Anschluss in einen konventionellen Vollkostentarif wechseln, der nicht dem Risikoausgleich unterliegt. Für diesen zweiten reinen Tarifwechsel bei einem Versicherer gilt aber wie in der bisherigen Rechtslage, dass die zugehörige rechnungsmäßige Alterungsrückstellung übertragen wird. Dieses Kettengeschäft ist für den neuen Versicherer und den wechselnden Versicherten profitabel. Der Grund liegt darin, dass die übertragene Alterungsrückstellung für ein überdurchschnittlich gutes Risiko systematisch zu hoch ist. Wie bereits gezeigt, dient die Alterungsrückstellung nämlich nicht nur der Subventionierung der Versicherungsprämien gesunder Individuen im Alter, sondern auch dem darüber hinaus gehenden Auffangen der erhöhten Leistungsausgaben für Versicherte, deren Gesundheitszustand sich dauerhaft verschlechtert hat. Der aus der zu hohen Übertragung der Alterungsrückstellung resultierende Gewinn fällt nach der gängigen Kalkulation zunächst beim aufnehmenden Versicherer an. Dieser darf nämlich den in einem solchen Fall eigentlich risikogerechte Rabatt auf die Prämie nicht gewähren. Es ist aber zu erwarten, dass der neue Versicherer in Kenntnis der Lage Mittel und Wege finden wird, den wechselnden Versicherten an diesen Risikoselektionsgewinnen zu beteiligen. Beispielsweise kann dies über die gängige Praxis der teilweisen Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit im abgelaufenen Jahr erfolgen, von der vor allem gesunde Versicherte profitieren. Darüber hinaus nützt dem wechselnden Versicherten auch eine möglicherweise günstigere Risikostruktur beim aufnehmenden Versicherer.

Die spiegelbildlichen Verluste treten dann beim abgebenden Versicherer und bei den Versicherten im Basistarif auf. Aufgrund der Verschlechterung der Risikostruktur, die nicht durch erhöhte Alterungsrückstellungen pro Kopf kompensiert wird, muss beim abgebenden Versicherer im Normaltarif eine Prämienerrhöhung erfolgen. Für gute Risiken verstärkt sich dann der Anreiz, über den Umweg des Basistarifs und unter Mitnahme der rechnungsmäßigen Alterungsrückstellung zu einem Normaltarif eines anderen Versicherers zu wechseln. Den schlechten Risiken aus dem Normaltarif bleibt am Ende nur der Wechsel in den Basistarif, wo sie aufgrund der ungünstigen resultierenden Risikostruktur mehr zahlen werden als beim Fortbestand der alten Rechtslage. Sind also kombinierte Versicherer- und Tarifwechsel unter Mitnahme der rechnungsmäßigen Alterungsrückstellung möglich, kehrt das Prämienrisiko in die Private Krankenversicherung zurück. So lange diese Möglichkeit nicht ausgeräumt ist, impliziert dies einen entscheidenden Nachteil gegenüber dem bisherigen Rechtsstand. Somit ist das Gesetz schon allein aufgrund der Rückkehr des Prämienrisikos zu verwerfen.

Das hier dargestellte Problem lässt vermuten, dass der Basistarif früher oder später zu einem Pool für schlechte Risiken wird. Gute Risiken werden dazu neigen, unter Mitnahme ihrer rechnungsmäßigen Alterungsrückstellung in einen Tarif zu wechseln, der nicht dem Risikoausgleich unterliegt. Ein solcher Tarif dürfte für sie systematisch preiswerter ausfallen als der Basistarif. Wenn sich aber im Basistarif nur schlechte Risiken sammeln, könnte als zusätzliche Schwierigkeit auftreten, dass die vorgesehene Obergrenze für die Prämie des Basistarifs in Höhe des Höchstbeitrags der GKV nicht ausreicht, um die Leistungszusagen zu erfüllen.

Die Einrichtung einer befristeten Wechseloption unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen für Altverträge im ersten Halbjahr 2009 lässt das Prämienrisiko auch im Versicherungsbestand aufleben. Vor allem für gesunde Versicherte aus einer Versichertengemeinschaft mit relativ ungünstiger Risikostruktur wird es nach der obigen Argumentation attraktiv sein, über den Umweg des Basistarifs in einen Normaltarif eines anderen Versicherers zu wechseln. Dann verschlechtert sich die Risikostruktur beim abgebenden Versicherer mit der Folge einer Prämienhöhung nach Ende der Wechselphase. Die Befristung verhindert lediglich eine Prämienexplosion durch fortschreitende Risikoentmischung bei immer weiter steigenden Prämien, nicht aber einen systematischen finanziellen Verlust für Versicherte mit erhöhtem Krankheitsrisiko.

Zweitens beinhaltet die Neuregelung erhebliche zusätzliche Kosten für die Versicherten durch die Schaffung einer neuen Bürokratie zur Durchführung des unternehmensübergreifenden Risikoausgleichs. Die Schaffung eines derartigen Ausgleichssystems ist die zwingende Folge der Zerstörung der Prämienversicherungsfunktion, die durch die Übertragungsregelung der Alterungsrückstellung erzeugt wird. Sofern ein gutes Risiko den Versicherer verlässt, verschlechtert sich die Risikostruktur im abgebenden Versicherungskollektiv. Aufgrund der Neuregelung der Übertragung der Alterungsrückstellung entfällt die Kompensation der verbleibenden Versichertengemeinschaft in Form einer höheren Alterungsrückstellung pro Versichertem. Damit ist eigentlich eine Erhöhung der Versicherungsprämien beim abgebenden Versicherer erforderlich. Dies soll verhindert werden durch entsprechende Zahlungen aus dem unternehmensübergreifenden Risikofonds. Dabei greift der vorgesehene auf den Basistarif beschränkte Risikoausgleich sogar zu kurz, weil entsprechend der obigen Ausführungen auch mit Wirkungen auf konventionelle Vollkostentarife zu rechnen ist. Zu den Vorzügen der bisherigen Rechtslage zählt aber, dass ein derartiger Risikoausgleich nicht notwendig ist.

Die verschiedenen denkbaren Spielarten des Risikoausgleichs haben jeweils sehr spezifische Nachteile. Theoretisch wünschenswert wäre ein Ausgleichssystem, das sich an

längerfristig bedeutsamen Risikomerkmale der Versicherten orientiert. Der Aufwand für die Erhebung, Ermittlung und Kontrolle der für den gesamten Versichertenbestand jährlich neu zu erhebenden Daten, auf denen ein solches System basieren müsste, wäre aber gewaltig. Darüber hinaus müssten für eine Vielzahl von Fallgruppen jährlich neue Ausgleichszahlungen festgelegt werden. Einen Vorgeschmack zur Komplexität dieses Problems bietet das aufwendige Projekt zur Konstruktion eines so genannten morbiditätsabhängigen Risikostrukturausgleichs in der GKV (Reschke *et al.*, 2004). Eine feingliedrige Bewertung der verschiedenen Risikostufen ist erforderlich, um Anreize zu einer unproduktiven Risikoselektion der Versicherer abzuwehren. Anderenfalls werden diejenigen Risikogruppen gezielt umworben, die unter Berücksichtigung des Risikoausgleichs besonders profitabel sind. Selbst wenn die Konstruktion eines derartigen morbiditätsabhängigen Risikoausgleichs gelingt, geht im Vergleich zum aktuellen Rechtsstand der Anreiz des Versicherers verloren, den Versicherten zur Prävention anzuhalten. Finanzielle Verluste des Versicherers, die sich bei einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands aufgrund mangelnder Prävention ergeben, werden dann nämlich auf alle Versicherer im Ausgleichssystem verteilt (Buchner und Wasem, 2006).

Angesichts des hohen Aufwands wird stattdessen voraussichtlich ein alternatives Ausgleichsverfahren realisiert, das in einem Ausgabenausgleich pro Kopf besteht. Ein derartiger Risikoausgleich wird bereits heute im so genannten Standardtarif der PKV sowie in der privaten Pflichtpflegeversicherung praktiziert. Das Verfahren ist zwar abrechnungstechnisch einfach, zerstört aber die im gegenwärtigen System vorhandenen Anreize zum Leistungsmanagement. Da zusätzliche Leistungsausgaben auf alle im Ausgleichssystem befindlichen Versicherer verteilt werden und die Belastung des eigentlich betroffenen Versicherers dann marginal ist, wird letzterer nichts mehr unternehmen, um Leistungen zu verweigern, die durch den Vertrag eigentlich nicht abgedeckt sind oder auf Betrug basieren. Dies kann zu erheblichen Beitragssteigerungen führen.

Drittens ist unmittelbar ersichtlich, dass – entgegen der erklärten Absicht des Gesetzgebers – durch die Aufspaltung des Tarifs in einen Basistarif und einen Ergänzungstarif aufgrund der unterschiedlichen Mitgaberegelungen bei der Alterungsrückstellung der Wettbewerb weiterhin behindert bleibt. Ein Wechsel des Versicherers für den Zusatztarif ist weiterhin nur unter Verlust der dazu gehörigen Alterungsrückstellung möglich. Dies ist ein Nachteil, der in unserem nachfolgend skizzierten Alternativvorschlag nicht mehr auftritt.

Viertens ist zu bemerken, dass das System des Risikoausgleichs, das nach dem Gesetz voraussichtlich implementiert werden wird, systematisch das Ziel verfehlt, effizient

wirtschaftende Versicherer zu stärken. Außerdem wird nicht erreicht, dass die Versicherer keine Risikoselektion betreiben. Vielmehr werden sie die Aufnahme eines guten Risikos der Aufnahme eines schlechten Risikos vorziehen. Unterstellt wird hierbei, dass der Risikoausgleich als Ausgleich der Leistungsausgaben pro Kopf organisiert ist. Nun werden aber die jährlichen Verwaltungskosten für ein schlechtes Risiko aufgrund häufiger Kontakte mit dem Versicherer die entsprechenden Werte für ein gutes Risiko systematisch überschreiten. Diese Verwaltungskostendifferenz wird jedoch bewusst nicht in den Risikoausgleich einbezogen, weil natürlich ein Wettbewerb bezüglich der Verwaltungskosten angestrebt wird. Damit sind Versicherer mit überproportional vielen schlechten Risiken im Wettbewerb systematisch benachteiligt (Breyer *et al.*, 2003). Entgegen der Absicht des Gesetzgebers geben die Versicherungsprämien dann kein aussagekräftiges Signal mehr hinsichtlich der Sparsamkeit des Versicherers bei den Verwaltungsausgaben.

Fünftens fällt auf, dass im Gesetz für den Basistarif ein Kontrahierungszwang verlangt wird, der die neu eingeführte Versicherungspflicht ergänzt. Eine Pflicht zum Vertragsabschluss für den Versicherer stellt einen massiven Eingriff in die Vertragsfreiheit dar. Dies zeigt deutlich, dass der Gesetzgeber nicht an die Funktionsfähigkeit des Risikoausgleichs glaubt. Weil der Basistarif nach dem Gesetz nicht risikogerecht kalkuliert ist, kann es geschehen, dass der Vertragsabschluss für den Versicherer bereits im statistischen Erwartungswert ein Verlustgeschäft darstellt. Dies passiert bei einer risikogerechten Kalkulation nicht, so dass normalerweise jede Neuaufnahme eines Versicherten aus Sicht des Versicherers wünschenswert ist. Sollte der Risikoausgleich dieses Problem nicht perfekt beheben, hätte man wie in der GKV das Phänomen, dass zwar rechtlich keine Hürden für den Konsumenten bei der Auswahl des Versicherers existieren, diese aber faktisch errichtet werden. Der im Folgenden skizzierte Alternativvorschlag kehrt nicht von der risikogerechten Prämienfestsetzung ab. Er kommt daher mit einem Risikoausgleich aus, der effektiv nur sehr wenige extreme Fälle betrifft, und benötigt lediglich eine sehr milde Form des Kontrahierungszwangs, die die Preisbildung nicht beschränkt.

### **Kapitel 3**

#### **Stand der Diskussion**

In der wirtschaftswissenschaftlichen Diskussion zur Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen in der PKV beim Versichererwechsel herrscht ein weitgehender Konsens hinsichtlich des aus theoretischer Sicht anzustrebenden Ideals. Problematisiert werden Details, die sich bei der praktischen Umsetzung der Ideallösung ergeben. Diese können begründen, warum man sich mit einem einfacheren Verfahren behilft, solange bestimmte Verfahrensprobleme des theoretischen Ideals nicht gelöst worden sind.

Einigkeit besteht darüber, dass die bisherige Wettbewerbsordnung mit einem Verzicht auf jeglichen Übertragungsanspruch der naheliegendsten Alternative überlegen ist. Die sich auf den ersten Blick anbietende Alternative einer Übertragung der rechnungsmäßigen Alterungsrückstellung erweist sich als naiv, weil sie zu einer Rückverlagerung des Prämienrisikos auf die Versicherten führt. Wie in Kapitel 1 gezeigt, werden die Versicherten aufgrund einer einsetzenden Risikoentmischung gezwungen, die finanziellen Konsequenzen von Verschlechterungen ihres Gesundheitszustandes selbst zu tragen.

Die Ideallösung besteht in einer Übertragung risikoabhängiger individueller Alterungsrückstellungen. Guten Risiken wird weniger als die rechnungsmäßige Alterungsrückstellung übertragen. Personen, deren Risikostatus sich im Verlauf der Versicherungsdauer verschlechtert hat, erhalten dagegen üblicherweise mehr als die rechnungsmäßige Alterungsrückstellung. Bei einer Prämienfestsetzung, die sich stets am Gesundheitszustand des Versicherten bei Vertragsabschluss orientiert, werden Risikozuschläge eines neuen Versicherers durch den Transfer erhöhter Alterungsrückstellungen aufgefangen. Im Ergebnis müssen weder wechselnde Versicherte noch im alten Kollektiv verbleibende Versicherte mit Prämien erhöhungen rechnen.

Im Zahlenbeispiel aus Kapitel 1 stellen sich diese Zusammenhänge wie folgt dar: Von den anfänglich zehn Versicherten mit erwarteten Leistungsausgaben von 1.000 EUR in der ersten Periode werden zwei Personen in der zweiten Periode zu hohen Risiken mit erwarteten Versicherungsleistungen von 4.000 EUR. Die anderen acht Individuen beziehen durchschnittliche Versicherungsleistungen in Höhe von 2.000 EUR. Bei der konstanten Prämie von 1.700 EUR wird eine Alterungsrückstellung von 700 EUR gebildet. Die Transfers von Alterungsrückstellungen beim Versichererwechsel, die das Prämienrisiko sowohl für die wechselnden als auch für die beim alten Versicherer verbleibenden Versicherten bannen, betragen 300 EUR für ein wechselndes gutes Risiko und 2.300 EUR für ein wechselndes schlechtes Risiko. Unabhängig von den Wechselentscheidun-

gen bleibt es dann für alle Versicherten bei einer Prämie von 1.700 EUR in der zweiten Periode.

Unter allen Ansätzen, die das Prämienrisiko wirksam eindämmen, maximiert diese Herangehensweise der Übertragung so genannter individueller prospektiver Alterungsrückstellungen die Wechselmöglichkeiten der Versicherten. Dieser Ansatz wird von Meyer (1992, 1997, 2001) sowie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002) empfohlen. In der internationalen Literatur entspricht dies dem Konzept der zeitkonsistenten Krankenversicherung von Cochrane (1995), der eine Folge jährlicher Krankenversicherungsverträge betrachtet, an deren Ende stets eine Abfindungszahlung an den Versicherten steht, die von dessen aktuellem Gesundheitszustand abhängig ist.

Die Umsetzung der Ideallösung führt in der Praxis allerdings typischerweise zunächst zu Verlusten für gute Risiken, die den Versicherer wechseln. Der Grund liegt in der Kalkulationsverordnung, die erfordert, dass die Prämienfestsetzung für gute Risiken sich nicht von der Behandlung durchschnittlicher Risiken unterscheiden darf. Somit wird ein gutes Risiko beim neuen Versicherer mehr als die eigentlich risikogerechte Prämie zahlen. Damit fallen zusätzliche Gewinne beim neuen Versicherer an. An diesen Zusatzgewinnen werden allerdings vor allem gute Risiken über eine hohe Beitragsrückerstattung teilhaben. Insofern steht die Praxis der Prämienfestsetzung einer Umsetzung des Konzepts individueller Alterungsrückstellungen nicht wirklich im Wege.

Ein gewichtiges Problem ergibt sich dagegen bei der Aufstellung der Gesundheitsprognose beim Versichererwechsel. Je günstiger die Gesundheitsprognose ausfällt, desto weniger verliert der abgebende Versicherer durch den Versichertenwechsel. Die Interessen des wechselwilligen Versicherten und des aufnehmendem Versicherers sind dem des abgebenden Versicherers genau entgegengesetzt. Je höher der Transfer ausfällt, desto niedriger wird die Prämie des Versicherten beim neuen Versicherer sein. Der Sachverständigenrat (2002) plädiert hier für eine Verhandlungslösung zwischen abgebendem und aufnehmendem Versicherer. Diese kann aber scheitern, was die Gefahr kostspieliger Gerichtsverfahren heraufbeschwört.

Zur Behebung dieses Problems gibt es eine Reihe von Vorschlägen. Erstens gibt es die Möglichkeit, dass jeder Versicherer für jeden Versicherten aus seinem gesamten Versichertenbestand jährlich neu Übertragungswerte für den Fall eines Versichererwechsels festlegt. Die Summe dieser Übertragungswerte muss der gesamten Alterungsrückstellung des Versicherers entsprechen (Nell und Rosenbrock, 2007a). Zweitens könnte die

Übertragung der Alterungsrückstellung ersetzt werden durch jährliche Transfers zwischen abgebendem und aufnehmendem Versicherer. Diese Transfers orientieren sich an der durchschnittlichen Leistungsausgabenentwicklung einer Vergleichsgruppe von Versicherten beim abgebenden Versicherer (Buchner und Wasem, 2006). Weniger aufwendig als diese beiden Verfahren erscheint die dritte Möglichkeit der Einrichtung einer neutralen Bewertungsstelle, deren Ausgestaltung in Abschnitt 4.2 erläutert wird.

Schließlich besteht für die Festsetzung individuell übertragbarer Alterungsrückstellungen noch das Inflationsproblem, das sich aus der sehr typischen systematischen Unterschätzung der Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen ergibt. Die Schwierigkeit liegt darin, dass schlechte Risiken stärker von unvorhergesehener Inflation betroffen sind als gute Risiken. Ziel einer Übertragungsregelung muss aber sein, dass die in Form von Prämienveränderungen anfallenden Lasten für gute und im Versicherungsverlauf verschlechterte Risiken identisch ausfallen. Unter dem bisherigen Rechtsstand wird dies durch die faktische Verhinderung eines Versichererwechsels ebenfalls erreicht. Wird das Inflationsproblem ignoriert, erhalten gute Risiken beim Versichererwechsel jedoch systematisch eine zu hohe Mitgabe und schlechte Risiken systematisch eine zu niedrige Mitgabe (Meier *et al.*, 2004; Nell und Rosenbrock, 2007b).

Dem Inflationsproblem kann man begegnen, indem man die medizinspezifische Inflation, die über die allgemeine Inflationsrate hinausgeht, in die Kalkulation einbezieht. In Deutschland wird das Problem durch einen gesetzlich vorgeschriebenen Beitragszuschlag in Höhe von 10% der Nettoprämie abgemildert. Aus diesem Zuschlag wird ein weiterer Kapitalstock gebildet, der im Wesentlichen das Problem der überdurchschnittlichen Inflation im Gesundheitswesen lösen soll. Eine Anwendung der Übertragungsregeln auch auf diesen zusätzlichen Kapitalstock schwächt das Inflationsproblem zumindest ab.

Ein weiterer Literaturstrang befasst sich mit risikounabhängigen Übertragungen von Alterungsrückstellungen beim Versichererwechsel. Diese sollen wiederum so gewählt werden, dass die Wechseloptionen maximiert und gleichzeitig Prämien erhöhungen für das abgebende Kollektiv vermieden werden. Die Lösung entspricht im Ansatz risikoabhängiger Übertragungen der Festlegung von Alterungsrückstellungen für gute Risiken. Die Idee besteht in einer Rekonstruktion des Vertragswerks der deutschen PKV als Serie garantiert erneuerbarer Verträge nach dem Konzept von Pauly *et al.* (1995). Die Alterungsrückstellung der deutschen PKV wird zerlegt in einen Rentenversicherungsanteil, der beim Versichererwechsel übertragbar ist, und einen Prämienversicherungsanteil. Letzterer subventioniert die Prämien von Versicherten, die im Lauf der Zeit zu er-



höhten Risiken geworden sind. Im erwähnten Zahlenbeispiel wäre die Alterungsrückstellung in Höhe von 700 EUR pro Kopf zu zerlegen in einen Rentenversicherungsanteil von 300 EUR pro Kopf und einen Prämienversicherungsanteil von 400 EUR bezogen auf die ursprünglichen 10 Personen. Der Kapitalstock der Prämienversicherung reicht dann gerade aus, um für die 20% schlechten Risiken in der zweiten Periode die Prämie von 4.000 EUR auf 2.000 EUR abzusenken. Weitere Details zu diesem Konzept werden in Abschnitt 4.1 geschildert. Im Rahmen umfangreicher Simulationen wurde gezeigt, dass die übertragungsfähigen Anteile vom Alter beim Versichererwechsel und vom Eintrittsalter in den ursprünglichen Vertrag abhängig sind. Dagegen erweisen sich die übertragungsfähigen Anteile bezüglich einer Reihe anderer Variablen als sehr robust (Meier *et al.*, 2004; Baumann *et al.*, 2004, 2006). Die übertragungsfähigen Anteile sind nicht nur stets positiv, sondern im Allgemeinen auch wesentlich höher als der Kapitalstock aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag. Insofern erscheint der Vorschlag der VVG-Kommission (2004) als zu vorsichtig, lediglich den Kapitalstock aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag als mitgabefähig zu erklären.

Ein dritter Weg besteht darin, die rechnungsmäßige Alterungsrückstellung beim Versichererwechsel zu übertragen. Um die finanziellen Folgen der dann drohenden Risikoentmischung zu entschärfen, ist dann die Einführung eines Risikostrukturausgleichs erforderlich. Dieser kann aber nur sinnvoll verwendet werden, wenn gleichzeitig eine Normierung der Verträge vorgenommen wird. Ferner muss bei einem Risikoausgleich, der in der Praxis naturgemäß mit Fehlern behaftet ist, ein Kontrahierungszwang eingeführt werden, um tatsächlich allen Interessenten den Zugang zum Versicherungsabschluss zu eröffnen, die beim aktuellen Rechtsstand einen Vertrag erhalten würden. Ein derartiges Szenario untersuchen Henke *et al.* (2002). Die wesentlichen Probleme dieses Ansatzes sind in Kapitel 2 diskutiert worden, da die Gesundheitsreform 2007 viele Elemente dieser Idee aufgreift. Die dort vorgetragene Kritik verdeutlicht vor allem, dass zur Funktionsfähigkeit eines derartigen Systems weitere Eingriffe in die tarifliche Wahlfreiheit der Versicherten erforderlich sind. Im Vergleich zum idealen System risikoabhängiger Übertragungen von Alterungsrückstellungen fallen vor allem die Kosten ins Gewicht, die sich unmittelbar und mittelbar aus dem Risikoausgleich ergeben, sowie Verluste aus einer reduzierten Produktvielfalt auf dem Versicherungsmarkt.

## **Teil B**

### **Konzept zur Übertragung risikoabhängiger Alterungsrückstellungen**

#### **Kapitel 4**

##### **Der Vorschlag zur Mitgabe individueller Alterungsrückstellungen**

###### **4.1 Gute Risiken: Übertragung des Rentenversicherungsanteils**

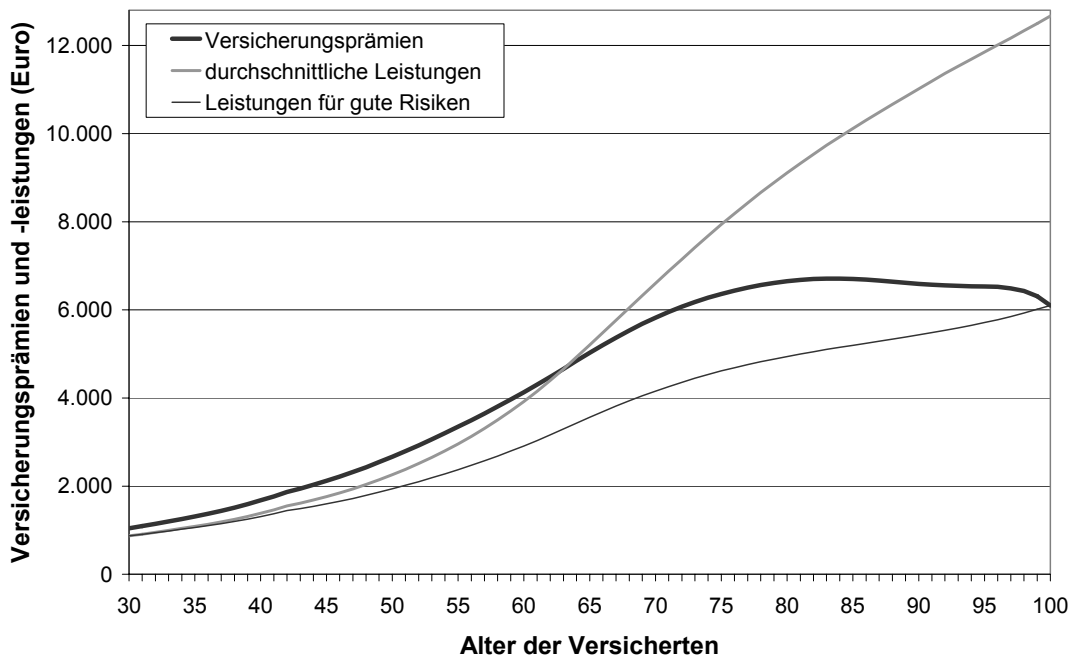
Das hier vorgeschlagene Modell zur Übertragung eines nach individuellen Merkmalen der Versicherten abgestuften Teils der Alterungsrückstellung geht vom Verständnis der ökonomischen Funktionen des langfristigen Versicherungsvertrags in der deutschen PKV aus. Dieser kann gedanklich in drei Komponenten zerlegt werden: Erstens besteht er aus einer Serie von jährlichen Versicherungsverträgen, die die erwarteten Versicherungsleistungen eines guten Risikos für jeweils ein Jahr abdecken. Zweitens enthält er eine Prämienversicherung, die den Versicherten garantiert, den Vertrag stets zu den Bedingungen eines guten Risikos fortzusetzen. Erfolgt in irgendeinem Jahr der Übergang zu einem schlechten Risiko, so besteht die Leistung der Prämienversicherung darin, die Prämie in allen folgenden Jahren auf das Niveau eines guten Risikos herunterzuschubventionieren. Mit der Prämie zur Prämienversicherung müssen alle zukünftigen Leistungen, die aus einer möglichen Verschlechterung des Gesundheitszustands im laufenden Jahr resultieren, vorfinanziert werden. Diese ersten beiden Komponenten zusammen beschreiben einen Krankenversicherungsvertrag mit garantierter Erneuerungsmöglichkeit (Pauly *et al.*, 1995). Die dritte Komponente des Vertrages ist dann eine Rentenversicherung. Diese dient dazu, die Prämien über die Zeit so umzuverteilen, dass die aus der Kalkulation der deutschen PKV bekannte theoretisch konstante Prämie entsteht. Der Rentenversicherungsanteil ist dann übertragungsfähig, weil er für den Schutz des abgebenden Kollektivs vor Prämien erhöhungen nicht erforderlich ist.

Für die Frage, ob für gute Risiken beim Versichererwechsel überhaupt ein positiver Kapitalstock der Rentenversicherung übertragen werden kann, ist das Zeitprofil der Prämien für eine garantiert erneuerbare Krankenversicherung entscheidend. Theoretisch ist nämlich vorstellbar, dass die Prämien zu einer Krankenversicherung mit garantierter Erneuerbarkeit im Zeitablauf nicht steigen, sondern fallen (Frick, 1998). Dann aber würde die Prämien glättung eine inverse Rentenversicherung erforderlich machen, mit Auszahlungen in jungen Jahren und Einzahlungen im Alter. Der Kapitalstock der Rentenversicherung wäre während der Vertragslaufzeit dann negativ. Zwar steigen die erwarteten Leistungsausgaben des Versicherers auch für gute Risiken mit zunehmendem

Alter ständig an. Das zeitliche Profil der Prämien zur Prämienversicherung ist dagegen aus rein theoretischer Sicht nicht offenkundig. Einerseits schrumpft mit zunehmendem Alter die Zahl der verbleibenden Lebensjahre, für die die erhöhten Prämien für schlechte Risiken vorfinanziert werden müssen. Dieser Effekt sollte mit im Zeitablauf fallenden Prämien zur Prämienversicherung verbunden sein. Dem wirkt aber entgegen, dass die Wahrscheinlichkeiten für den Übergang zu einem schlechten Risiko mit zunehmendem Alter ansteigen. Für sich genommen impliziert dies eine Tendenz zu im Zeitablauf steigende Prämien zur Prämienversicherung.

Die Botschaft der empirischen Literatur, die es unternommen hat, die Entwicklung der Prämien zu Krankenversicherungen mit garantierter Erneuerbarkeit zu schätzen (Herring und Pauly, 2006; Baumann *et al.*, 2006) wird in Abbildung 2 illustriert: Mit zunehmendem Lebensalter werden die Prämien einer solchen Versicherung überwiegend ansteigen, wobei sich die möglichen Ausnahmen auf Hochbetagte beziehen. Damit ist zur Glättung der Prämien aber eine konventionelle Rentenversicherung erforderlich, in der in jungen Jahren ein Kapitalstock angespart wird. Im Alter wird dieser Kapitalstock dazu verwendet, die nunmehr überdurchschnittlichen Prämien zu subventionieren.

Abbildung 2: Prämienverlauf bei garantierter erneuerbaren Versicherungsverträgen



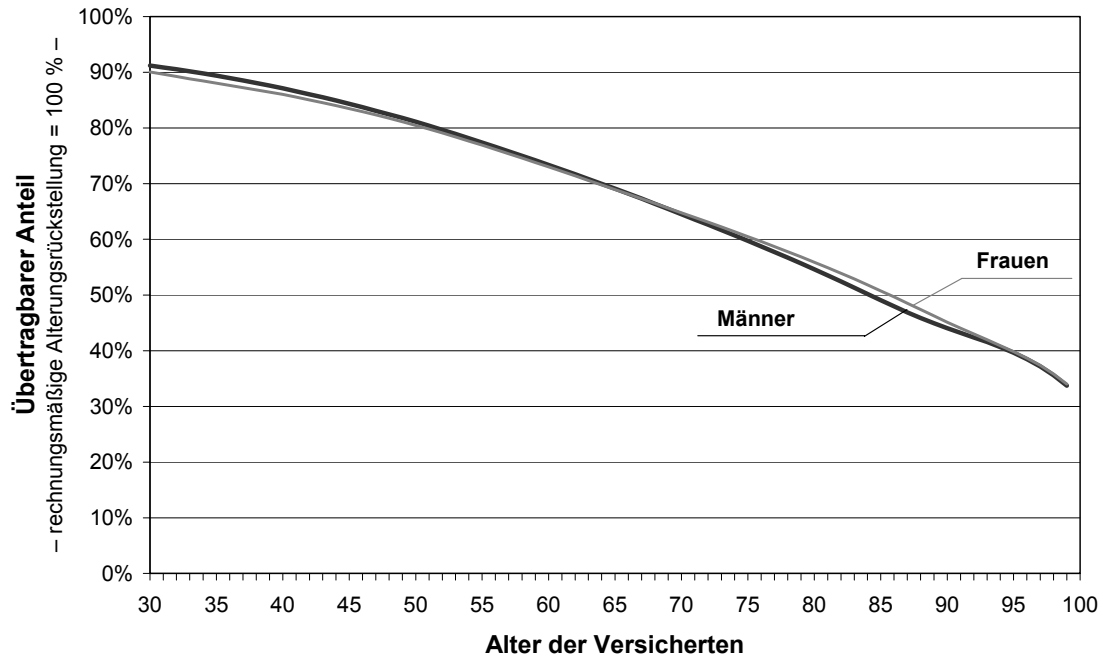
Quelle: Baumann *et al.* (2006)

Sofern ein gutes Risiko den Versicherer wechselt, darf auf keinen Fall ein Teil des Kapitalstocks der Prämienversicherung übertragen werden. Anderenfalls unterliegen die Versicherten, die beim alten Versicherer zurückbleiben, nach einer Risikoentmischung wieder dem Prämienrisiko (vgl. Kapitel 1). Der Kapitalstock der Prämienversicherung ist aber Bestandteil der Alterungsrückstellung in der PKV nach dem in Deutschland praktizierten Muster. Aus ökonomischer Perspektive gehört dieser Teil der Alterungsrückstellung den Versicherten, die im Verlauf der Zeit zu schlechten Risiken geworden sind. Übertragbar ist dagegen der Rentenversicherungsanteil der Alterungsrückstellung. Dieser dient für alle Versicherten eines Tarifs aus einem Jahrgang im Prinzip demselben Zweck.

Dabei ist allerdings zu bemerken, dass sogar ein höherer Betrag als der ermittelbare durchschnittliche Kapitalstock der Rentenversicherung übertragbar ist. Die Verschlechterung des Gesundheitszustands durch den Übergang zu einem erhöhten Risiko ist nämlich in aller Regel auch mit einer mehr oder minder deutlichen Verringerung der Lebenserwartung verbunden. Damit aber sind die guten Risiken aus der Krankenversicherung die schlechten Risiken der Rentenversicherung. Da gute Risiken aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung die Prämien zu einer garantiert erneuerbaren Krankenversicherung für einen längeren Zeitraum zu zahlen haben, ist für sie ein Kapitalstock in der Rentenversicherung vonnöten, der für ihr Alter überdurchschnittlich hoch ausfällt. Die mathematischen Details der Bestimmung des übertragungsfähigen Anteils der Alterungsrückstellung werden bei Baumann *et al.* (2006) beschrieben.

Unterstellt man ein realistisches Szenario, ergibt sich, dass der übertragbare Anteil der Alterungsrückstellung mit zunehmendem Alter und mit späterem Eintrittsalter in den Vertrag sinkt. Das erste dieser Resultate ist die Konsequenz des mit zunehmendem Alter der Versichertenkohorte eintretenden Anstiegs des Anteils der Leistungsempfänger aus der Prämienversicherung. Dies impliziert ein im Zeitablauf abnehmendes Gewicht der Rentenversicherung. Ein späteres Eintrittsalter ist dagegen mit einer geringeren Differenz zwischen der niedrigsten und der höchsten Prämie einer garantiert erneuerbaren Krankenversicherung verbunden. Somit ist ein geringerer Kapitalstock zum Ausgleich der Prämien aufzubauen, was das Gewicht des Rentenversicherungsanteils ebenfalls verringert. Insgesamt kann erwartet werden, dass der übertragungsfähige Anteil der Alterungsrückstellung bei einer Versichertenkohorte, die mit 30 Jahren in den Vertrag eintritt, nach einem Jahr 91,2 % beträgt. Dieser Anteil sinkt dann jährlich um etwa 0,8 Prozentpunkte (vgl. Abbildung 3). Sogar Personen im Rentenalter können damit rechnen, dass ihnen beim Versichererwechsel noch mehr als die Hälfte der Alterungsrückstellung übertragen wird (Baumann *et al.*, 2006).

Abbildung 3: Übertragungsfähige Anteile der Alterungsrückstellung nach Alter des Versicherten beim Versichererwechsel



Quelle: Baumann *et al.* (2006)

Eine Differenzierung der übertragbaren Anteile der Alterungsrückstellungen für Männer und Frauen ist dabei nicht unbedingt erforderlich. Zwar weisen Frauen eine wesentlich höhere Lebenserwartung auf. Außerdem unterscheidet sich das Altersprofil der Leistungsausgaben von Männern und Frauen erheblich. Etwa bis zum Rentenalter ist mit höheren jährlichen Versicherungsleistungen für Frauen als für Männer zu rechnen. Im Anschluss kehrt sich das Verhältnis um (vgl. Abbildung 1). Insgesamt steigen die Leistungsausgaben für Männer im Zeitablauf schneller als diejenigen für Frauen. Für sich deutet dies auf eine höhere Bedeutung der Rentenversicherung für Männer als für Frauen hin (Baumann *et al.*, 2004). Dem steht allerdings ein weiterer Effekt entgegen, der hier ebenfalls relevant ist. Die relativen finanziellen Konsequenzen eines Übergangs zu einem erhöhten Risiko fallen bei Frauen im Durchschnitt geringer aus als bei Männern. Dieser Effekt mindert die relative Bedeutung der Prämienversicherung bei Frauen. Für das von Baumann *et al.* (2006) betrachtete Szenario einer im Alter von 30 Jahren in den Vertrag eintretenden Versicherungskohorte, in dem alle genannten Effekte berücksichtigt werden, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede mehr hinsichtlich des zu übertragenden Anteils der Alterungsrückstellung in seinem gesamten zeitlichen Verlauf (vgl. Abbildung 3).

Der Aufwand zur Festlegung der übertragbaren Anteile der Alterungsrückstellung ist überschaubar. Prozentsätze wie die hier zuvor bezifferten lassen sich ableiten aus einem Modell, in dem die Individuen eines Altersjahrgangs zunächst alle mit demselben Risikozuschlag in den Vertrag eintreten. Der Risikozuschlag ist entweder Null – und würde dann ein gutes Risiko im engeren Sinn beschreiben – oder positiv – und würde dann ein gutes Risiko im Sinn einer Normierung beschreiben. Im Laufe der Zeit verschlechtert sich bei einigen Versicherten dauerhaft ihr Risikostatus. An Stelle von ausdifferenzierten Formen erhöhter Risiken genügt es, einen Durchschnitt aller erhöhten Risiken zu betrachten. Als Datengrundlage benötigt man

- 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.

Für diese Größen liegen in Deutschland bisher keine offiziellen Datenreihen vor. Auch geeignete Repräsentativdaten fehlen oder sind, soweit etwa private Krankenversicherer darüber verfügen, nicht öffentlich zugänglich. Für einen Übergangszeitraum könnte man sich jedoch mit den Daten aus dem amerikanischen *Medical Expenditure Panel Survey* (MEPS) behelfen. Diese sind zur Schätzung von risikospezifischen Leistungsverläufen und resultierenden Versicherungsprämien von Herring und Pauly (2006) und Baumann *et al.* (2006) benutzt worden.

Alternativ kann zur praktikablen Festlegung der übertragungsfähigen Anteile der Alterungsrückstellung ein Verfahren verwendet werden, das zwar die Prämienversicherung nicht modelliert, aber ihr Ergebnis abbildet. Wenn die Prämie stets risikogerecht festgelegt wird und die Kosten neuer Vertragsabschlüsse außer Acht gelassen werden, muss die Übertragung der Alterungsrückstellung stets so ausgestaltet sein, dass ein fiktiver Wechsel in den eigenen Vertrag die Prämie des Versicherten nicht ändert. Um den zu übertragenden Anteil für ein gutes Risiko zu bestimmen, benötigt man dann

- ein Leistungsprofil für durchgängig gute Risiken,
- Anpassungsparameter, die je nach Geschlecht und Eintrittsalter die Konvergenz der erwarteten Versicherungsleistungen hin zum Durchschnittsprofil beschreiben,

- Anpassungsparameter, die je nach Eintrittsalter und Geschlecht die Konvergenz der Sterbewahrscheinlichkeit hin zur durchschnittlichen Sterbewahrscheinlichkeit beschreiben.

Die hier genannten Anpassungsparameter für Leistungen sind aus der versicherungsmathematischen Praxis gut bekannt. Sie beschreiben die so genannten Selektionsgewinne. Sie bestehen darin, dass ein Versicherer bei der Versicherung eines guten Risikos in den ersten Jahren im Durchschnitt systematisch einen Gewinn erzielt, weil der Versicherer gemäß der Kalkulationsverordnung mit den höheren erwarteten Versicherungsleistungen für ein durchschnittliches Risiko rechnet. Da ein anfänglich gutes Risiko im Laufe der Zeit mit wachsender Wahrscheinlichkeit zu einem erhöhten Risiko wird, schrumpft der statistische Erwartungswert der jährlichen Selektionsgewinne entsprechend. Die Selektionsgewinne beziehen sich jetzt auf die im Vergleich zum Durchschnitt der abgehenden Versicherungsgemeinschaft eintretenden Leistungsersparnisse des Versicherers.

Der Vorteil dieses alternativen Verfahrens zur Bestimmung der mitgabefähigen Alterungsrückstellung für gute Risiken liegt in einem geringeren Bedarf an zusätzlichen Daten und in seiner größeren Nähe zu gängigen versicherungsmathematischen Methoden. Hinsichtlich der durchschnittlichen Leistungsentwicklung muss nicht explizit differenziert werden zwischen der Übergangswahrscheinlichkeit zum schlechten Risiko, den Konsequenzen für die erwarteten Kosten und den Konsequenzen für die Sterbewahrscheinlichkeit. Die Anpassung der Sterbewahrscheinlichkeit lässt wiederum keinen unmittelbaren Rückschluss auf Übergangswahrscheinlichkeiten und Unterschiede in den risikospezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten zu. Obwohl das mathematische Modell weniger stark spezifiziert ist, lassen sich die übertragungsfähigen Alterungsrückstellungen bestimmen. Die Grundidee besteht darin, dass beim Wechsel eines guten Risikos die Übertragung der vollen Alterungsrückstellung vermindert wird um die beim neuen Versicherer relativ zum vorherigen Vertrag eintretenden zusätzlichen Selektionsgewinne. Addiert wird dann aber noch eine Komponente, die die überdurchschnittliche Restlebenserwartung eines guten Risikos widerspiegelt. Wie oben ausgeführt, würde die fehlende Berücksichtigung risikospezifischer Sterbewahrscheinlichkeiten tendenziell zu einer Unterschätzung der übertragungsfähigen Alterungsrückstellung führen.

Das Ziel beider Verfahren wäre eine einfache tabellarische Aufbereitung übertragbarer Teile der Alterungsrückstellung für gute Risiken. Klar ist, dass die übertragungsfähigen Anteile nach Alter und Eintrittsalter in den Vertrag differenziert sein müssen. Geschlechtsspezifische Unterschiede, die hinsichtlich des Volumens der Alterungsrückstellung natürlich existieren, müssen sich nicht zwingend hinsichtlich der übertragbaren

Prozentsätze der Alterungsrückstellung ergeben. Weiterhin ist möglicherweise eine Differenzierung nach dem Vertragstyp erforderlich. Bei höheren Selbstbehalten werden sich nämlich die Unterschiede zwischen guten und schlechten Risiken in der durchschnittlichen Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen vergrößern. Dies wäre mit einem höheren Gewicht der Prämienversicherung und einem niedrigeren Anteil der übertragbaren Alterungsrückstellung verbunden. Dem wirkt allerdings entgegen, dass mit der höheren Selbstbeteiligung aus Sicht des Versicherers typischerweise auch der Anteil schlechter Risiken geringer ausfällt. Somit sind die Übergangsraten zum schlechten Risiko geringer, was der Prämienversicherung ein geringeres Gewicht verleiht.

In den Simulationen von Meier *et al.* (2004) haben sich die Prozentanteile übertragbarer Alterungsrückstellungen hinsichtlich der Variation weiterer Parameter als sehr stabil erwiesen. Keinen wesentlichen Einfluss auf diese Prozentsätze haben insbesondere Änderungen des Zinssatzes oder der Lebenserwartung, obwohl diese Größen für die absolute Höhe der Alterungsrückstellung von erheblicher Bedeutung sind. Insofern steht zu erwarten, dass man bei der Festlegung dieser Sätze keinem starken Aktualisierungsdruck unterliegt und mit Revisionen in mehrjährigem Abstand auskommt.

Die ermittelten Tabellen sollten der Öffentlichkeit und damit vor allem den potenziell aufnehmenden Versicherungsunternehmen bekannt sein. Die Veröffentlichung kann über die Bundesanstalt für die Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) erfolgen, die schon heute Daten für die Kalkulationsgrundlagen der PKV vorgibt. Alternativ kann dieser Auftrag auch an eine neutrale Bewertungsstelle vergeben werden, deren weitere Aufgaben bei der Bestimmung der zu übertragenden Alterungsrückstellung im nächsten Abschnitt beschreiben wird. Kombiniert man diese Information mit Angaben zur Höhe der rechnungsmäßigen Alterungsrückstellung des wechselwilligen Versicherungsnehmers, steht für das aufnehmende Versicherungsunternehmen fest, wie hoch der Mindestbetrag der übertragbaren Alterungsrückstellung ist. Auf dieser Basis kann der wechselwillige Versicherungsnehmer erfahren, wie hoch seine Prämie ausfällt, wenn er kein erhöhtes Risiko repräsentiert.

## **4.2 Erhöhte Risiken: Festlegung durch Bewertungsstelle**

Diejenigen Versicherten, deren Risikostatus sich während der Versicherungslaufzeit beim alten Versicherer verschlechtert hat, werden im Folgenden als erhöhte Risiken bezeichnet. Für erhöhte Risiken ist in der Regel ein höherer Anteil der Alterungsrückstellung zu übertragen als bei guten Risiken. In vielen Fällen wird er auch die kalkulatorische Alterungsrückstellung übersteigen. Zu betrachten ist hier allerdings nicht ein



durchschnittliches schlechtes Risiko, sondern jeder individuelle Fall. Berücksichtigt werden muss zum einen der Kapitalwert der Leistungen der Prämienversicherung. Dieser ist beobachtbar über den Risikozuschlag, der anfiel, wenn der Versicherungsnehmer zum aktuellen Zeitpunkt und mit seinen aktuellen Gesundheitsdaten fiktiv in den Vertrag aufgenommen würde, der gekündigt werden soll. Weiterhin ist zu beachten, dass die Lebenserwartung für ein erhöhtes Risiko in der Regel niedriger ausfällt als für ein gutes Risiko. Dies bewirkt tendenziell eine Verringerung des zu übertragenden Anteils der Alterungsrückstellung. In aller Regel wird jedoch der erste Effekt überwiegen, so dass die mitzugebende Alterungsrückstellung für erhöhte Risiken diejenige für gute Risiken übersteigt.

Die Faustregel für die Übertragung der Alterungsrückstellung bei einem erhöhten Risiko besagt, dass ein fiktiver Wechsel in den alten Tarif trotz des neu einzuführenden Risikozuschlags für den wechselnden Versicherten finanziell gerade neutral sein muss. Mithin gleicht die zusätzlich mitgegebene Rückstellung den Risikozuschlag genau aus. Eine mit dem erhöhten Risiko möglicherweise verbundene verringerte Lebenserwartung ist dabei zu berücksichtigen. Im Sinne der vorherigen Klassifikation erhält ein erhöhtes Risiko dann zwar Leistungen aus dem Kapitalstock der Prämienversicherung, gleichzeitig aber auch nur einen verminderten Anteil des Kapitalstocks der Rentenversicherung. In einer Modifikation der Grundregel zur Festsetzung individueller Alterungsrückstellungen für gute Risiken erscheint es sinnvoll, einen geringen Abschlag vorzunehmen. Damit würden einem wechselwilligen Versicherten zumindest ein Teil der Abschlusskosten des fiktiven Versichererwechsels angelastet. Dies ist sinnvoll, um Versichererwechsel zu begrenzen, bei denen die Kosten des Wechsels die materiellen und immateriellen Gewinne für den Versicherten überwiegen (Meier, 2005). In der Regel decken die Prämien der neuen Versicherung auch die Vertragsabschlusskosten, die aus Gewinnen während der ersten Jahre der Versicherungslaufzeit finanziert werden. Ohne die Modifizierung der Übertragungsregel würde man die erneuten Vertragsabschlusskosten demnach dem abgebenden Versichertenkollektiv anlasten. Eine weitere, in die umgekehrte Richtung wirkende Modifikation zur Berücksichtigung der medizinischen Inflation wird im folgenden Kapitel 5 erläutert.

Allerdings ergibt sich an dieser Stelle ein Problem, weshalb die Konstruktion risikoabhängiger individuell übertragbarer Alterungsrückstellungen bisher als wenig praktikabel eingestuft wurde. Nachdem der Versicherte seine Wechselabsicht bekundet und damit die Bereitschaft signalisiert, gemessen an einem idealen Übertragungsverfahren gewisse finanzielle Nachteile in Kauf zu nehmen, entsteht für den abgebenden und den aufnehmenden Versicherer ein Verhandlungsspielraum. Der abgebende Versicherer wird auf

eine möglichst günstige Risikoeinstufung drängen, um einen möglichst geringen Anteil der Alterungsrückstellung übertragen zu müssen. Der aufnehmende Versicherer wird umgekehrt die vorliegenden Gesundheitsdaten nutzen, um über eine erhöhte Risikoeinstufung zusätzliche Mittel aus der zu übertragenden Alterungsrückstellung zu erhalten. Aufgrund dieser gegenläufigen Interessen ist zu befürchten, dass es zwischen abgebendem und aufnehmendem Versicherer regelmäßig zu kostenträchtigen gerichtlichen Auseinandersetzungen kommt, wenn keine Einigkeit über den Fall erzielt werden kann. Dies würde das Verfahren aber entwerten. Es bliebe lediglich die Möglichkeit, die im vorherigen Abschnitt dargestellte Übertragung unabhängig vom Risikotyp zu verwenden. Die Möglichkeit zum Versichererwechsel wäre den zum schlechten Risiko gewordenen Versicherten damit aber weiterhin faktisch verwehrt.

Als Lösung dieses Problems bietet es sich an, eine oder mehrere neutrale Bewertungsstelle(n) einzurichten, die die Risikoeinstufung für alle Parteien verbindlich übernimmt. Eine derartige Bewertungsstelle könnte von der privaten Versicherungswirtschaft als unabhängige Instanz eingerichtet werden. Jeder Versicherer schließt sich einer Bewertungsstelle an und übergibt dieser Informationen zu seiner jeweils aktuellen Risikoklassifikation und den dazu gehörigen Risikozuschlägen für alle Tarife, die mit übertragbaren Alterungsrückstellungen verbunden sind. Die Bewertungsstelle wird nur auf Anrufung des Versicherten tätig, und zwar wenn dieser vermutet, dass er bei einer fiktiven Aufnahme in seinen alten Vertrag als erhöhtes Risiko eingeschätzt werden müsste, etwa weil der aufnehmende Versicherer ihn entsprechend einstuft. Bei einer Anfrage des wechselwilligen Versicherten übergibt der abgebende Versicherer der Bewertungsstelle die Leistungsdaten dieses Versicherten für die gesamte Vertragslaufzeit. Zusammen mit einer aktuellen Selbstauskunft des Versicherten, die den Angaben gegenüber dem aufnehmenden Versicherer entsprechen müssen, kann die Bewertungsstelle dann die Risikoklassifikation nach dem Tarif des alten Versicherers vornehmen. Diese ist maßgeblich für die Bestimmung des Volumens der mitzugebenden Alterungsrückstellung.

Sofern die Bewertungsstelle zu dem Schluss kommt, dass der wechselwillige Versicherte die aktuelle Selbstauskunft durch die Angabe nicht vorhandener, zusätzlicher Krankheiten verfälscht hat, kann sie auch den Risikozuschlag beim neuen Versicherer festsetzen – nach dessen Richtlinien, die der Bewertungsstelle ebenfalls übergeben werden. Damit wird zumindest teilweise vermieden, dass der Versicherte eine verzerrte Selbstauskunft erteilt, um Prämien beim neuen Versicherer einzusparen und gleichzeitig die abgebende Versichertengemeinschaft zu schädigen. Allerdings soll es weiterhin zulässig sein, dass verschiedene Versicherer identische Gesundheitsdaten unterschiedlich einschätzen. Zu den Vorzügen des Verfahrens gehört es also, dass keine Einigkeit hinsicht-

lich der Risikoeinstufung des Versicherten hergestellt werden muss. Maßgeblich für die Höhe der mitzugebenden Alterungsrückstellung ist die Risikoeinstufung aus der Sicht des abgebenden Versicherers.

Damit das Verfahren funktionsfähig wird, ist es erforderlich, dass eine sehr milde Form des Kontrahierungszwangs eingeführt wird. Damit wird die bisherige Möglichkeit der Ablehnung des Aufnahmeantrags eines schlechten Risikos abgeschafft. Der Kontrahierungszwang ist jedoch milde, da kein Versicherer gezwungen wird, einen im statistischen Erwartungswert unprofitablen Vertrag abzuschließen. Vielmehr müssen für fast alle Fallgruppen Preise genannt werden, die in Risikozuschlägen bis zu einer sehr hohen Obergrenze abbildbar sind. Letztere könnte zum Beispiel bei 600% der Prämie für ein gutes Risiko liegen. Nur für die wenigen verbleibenden extrem schlechten Risiken wird ein Risikoausgleich über alle Versicherer durchgeführt. Damit kommen im Wesentlichen nur noch Bluter und Dialyse-Patienten in den unternehmensübergreifenden Risikoausgleich. Selbst Leistungen für HIV-Infizierte sind in der Regel noch mit risikogerechten Prämien im angegebenen Bereich finanzierbar.

Beim hier vorgeschlagenen Verfahren hat jeder Versicherer einen Anreiz, die von ihm bezifferten Zuschläge möglichst risikogerecht zu wählen. Ein zu hoch angesetzter Risikozuschlag vermeidet zwar den Zustrom von Kunden in der entsprechenden Fallgruppe. Allerdings muss der Versicherer seine eigene Klassifikation auch gegen sich gelten lassen bei einem Wechsel des Versicherten zu einem anderen Versicherer. Ein übertrieben hoher Zuschlag würde dann eine übertrieben hohe Mitgabe von Mitteln der Alterungsrückstellung bei einem Versicherten bewirken, der anfänglich ein gutes Risiko repräsentierte, im Laufe seiner Versicherungslaufzeit aber in die entsprechende Fallgruppe geraten ist. Eine Prämienerrhöhung im abgebenden Kollektiv wäre damit unausweichlich. Für einen bewusst falsch kalkulierenden Versicherer ist diese Gefahr sehr real. Weil der Versicherte mit den genannten Merkmalen Anspruch auf eine hohe Mitgabe aus der Alterungsrückstellung erhält, kann ihm ein korrekt kalkulierender Versicherer eine niedrige Prämie bieten. Der umworbene Versicherte sollte unter diesen Umständen geneigt sein, zum korrekt kalkulierenden Versicherer zu wechseln, und zwar selbst dann, wenn er mit seinem bisherigen Versicherer sehr zufrieden ist.

## **Kapitel 5**

### **Berücksichtigung der medizinischen Inflation**

Eine nicht zu unterschätzende Komplikation bei der Konzeption des hier vorgestellten Verfahrens besteht in der fehlenden Berücksichtigung der medizinischen Inflation. In den vergangenen Jahrzehnten ist es für Versicherte der PKV immer wieder zu Prämienanpassungen gekommen, die oberhalb der allgemeinen Inflationsrate lagen. Die Gründe dafür sind vielschichtig (Bürger, 2005). Erstens ist im Gesundheitssektor schon deshalb mit einem Preisanstieg oberhalb der allgemeinen Inflationsrate zu rechnen, weil er eine hohe Dienstleistungsintensität mit unterdurchschnittlichem Rationalisierungspotential aufweist. Zweitens werden laufend neue Behandlungsverfahren entwickelt, mit denen Krankheitsbilder behandelt werden können, die zuvor nicht behandelbar waren. Schließlich wird auch die Entwicklung der Lebenserwartung systematisch unterschätzt, obwohl die im Bereich der PKV verwendete spezielle Sterbetafel bereits von einer deutlich über dem Durchschnitt der Bevölkerung liegenden Lebenserwartung ausgeht.

Gegenwärtig wird dem Problem der medizinischen Inflation in der PKV durch die Erhebung eines zehnpromzentigen Beitragszuschlags für Versicherte im Alter von bis zu 60 Jahren begegnet. Dieser dient dem Aufbau eines zusätzlichen Kapitalstocks, mit dem ein weiterer Anstieg der Versicherungsprämie nach dem fünfundsechzigsten Lebensjahr gebremst oder gar gestoppt werden soll.

Die fehlende Berücksichtigung der medizinspezifischen Inflation in der Kalkulation hat auch Auswirkungen auf die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen. Schlechte Risiken sind von Preiserhöhungen naturgemäß stärker betroffen als gute Risiken. Das bedeutet aber, dass im Fall unerwarteter Kostensteigerungen nicht nur Prämienanpassungen zur Erhöhung der gesamten Alterungsrückstellungen erforderlich werden, sondern dass auch die zuvor vorgesehenen Rückstellungen zur Erfüllung der Prämienversicherungsfunktion nicht ausreichen. Da sich die in diesem Bereich notwendige Erhöhung auf den gesamten Bestand an schlechten Risiken bezieht, ist mit der Neukalkulation der Prämien sofort eine Umwidmung von Rückstellungen der Rentenversicherung in Rückstellungen der Prämienversicherung erforderlich. Die zuvor ermittelten Anteile der übertragbaren Alterungsrückstellung für gute Risiken sind damit systematisch zu hoch.

Diesem Problem kann in verschiedener Weise begegnet werden. Die erste Möglichkeit besteht darin, die Kalkulationsverordnung in der PKV zu ändern. Das Ziel wäre dabei, die systematische Überinflation im medizinischen Sektor durch Fortschreibung der Trends aus der Vergangenheit in der Kalkulation explizit zu berücksichtigen. Dies wür-

de mit einem Anstieg der einzuplanenden Alterungsrückstellungen und der Prämien einher gehen. Im Gegenzug könnte allerdings der gesetzliche Beitragszuschlag entfallen. Und die Prozentsätze für die übertragbaren Alterungsrückstellungen für gute Risiken, die nach dem zuvor beschriebenen Verfahren ermittelt werden, wären korrekt. Mit diesem Vorgehen würde auch das so genannte Altenproblem der PKV gelöst, da die Prämien nicht mehr stärker als die allgemeine Inflation steigen und somit bezahlbar bleiben. Aufgrund dieses weiteren Vorteils wäre eine Änderung der Kalkulationsverordnung zur Berücksichtigung der medizinischen Inflation der bevorzugte Weg.

Allerdings erweist sich auch bei der aktuellen Kalkulation die Überschätzung der übertragungsfähigen Alterungsrückstellungen für gute Risiken als nicht sehr gravierend. Der Kapitalstock aus dem Beitragszuschlag dient zu einem wesentlich höheren Prozentsatz der Rentenversicherungsfunktion als der Kapitalstock der Alterungsrückstellung im engeren Sinn. Übertragen wird beim Versichererwechsel eines guten Risikos aber ein identischer Prozentsatz der eigentlichen Alterungsrückstellung und der zusätzlichen Alterungsrückstellung aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag. Ohne Fehleinschätzung der medizinischen Inflation wird für gute Risiken somit tendenziell ein zu niedriger Prozentsatz des Kapitalstocks aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag übertragen. Für ein plausibles Szenario zur Fehleinschätzung der Inflation ermitteln Meier *et al.* (2004), dass sich die Bewertungsfehler für den resultierenden Transfer für gute Risiken in etwa aufheben.

Bei der Festsetzung der übertragbaren Alterungsrückstellung für einen wechselnden Versicherten, der ein erhöhtes Risiko darstellt, ist die Situation etwas komplizierter. Immerhin könnte die medizinische Inflationsrate im individuellen Fall über einen längeren Zeitraum auch von der durchschnittlichen medizinischen Inflationsrate abweichen. Sofern es hierfür keine starken Anhaltspunkte ergibt, empfiehlt es sich aber, bei der Festsetzung der mitzugebenden Alterungsrückstellung lediglich die durchschnittliche medizinische Inflationsrate der Vergangenheit zu berücksichtigen. In jedem Fall führt die Berücksichtigung der medizinischen Inflation bei der Festsetzung der übertragbaren individuellen Alterungsrückstellung für erhöhte Risiken zu einem entsprechend höheren Transfer (Nell und Rosenbrock, 2007b). Die Kalkulation zielt letztlich darauf, den wechselnden Versicherten in gleicher Weise mit zukünftigen Prämiensteigerungen zu belasten wie die Versicherten im abgebenden Kollektiv.

Die Konsequenz eines derartigen Vorgehens ist, dass ein Versicherter mit einem erhöhten Risiko bei einem fiktiven Wechsel in den ursprünglichen Tarif eine individuelle Alterungsrückstellung erhält, die trotz des Risikozuschlags zunächst eine leichte Prä-

miensenkung bewirkt. Zumindest ergibt sich dies, wenn die medizinische Inflation auch beim Risikozuschlag nicht berücksichtigt wird. Damit kommt es natürlich auf den ersten Blick zu einer entsprechenden leichten Belastung für das abgebende Versichertenkollektiv beim Wechsel eines erhöhten Risikos zu einem anderen Versicherer. Diese leichte Belastung verwandelt sich aber im Laufe der Zeit in eine leichte Entlastung, weil sich die medizinische Inflation realisiert. Umgekehrt wird der Versicherte nach seinem Wechsel im Lauf der Zeit mit Prämienanpassungen konfrontiert, die oberhalb der Prämienanpassungen für Versicherte ohne Risikozuschlag liegen, weil sich seine Alterungsrückstellung als unzureichend erweist. Insofern muss ein erhöhtes Risiko nach einem Versichererwechsel auch einen größeren Teil des Inflationsrisikos tragen.

## Kapitel 6

### Zusammenfassung und Diskussion

Ziel des von uns vorgeschlagenen Ansatzes ist es, dass jedem Versicherten der PKV, der seinen Versicherer wechselt, der höchstmögliche Anteil der Alterungsrückstellung mitgegeben wird, der den Versicherten, die im Bestand des abgebenden Versicherers verbleiben, keinen Schaden zufügt. Das im bisherigen System auch ökonomisch wirksame Versprechen einer konstanten Prämie bei einer Verschlechterung der Risikostruktur im Versichertenbestand aufgrund von Abgängen guter Risiken kann weiterhin erfüllt werden.

Unter allen Verfahren zur Übertragung der Alterungsrückstellungen, die die wesentlichen Funktionen des Marktes weitestgehend intakt lassen, werden mit der Übertragung von risikoabhängigen Alterungsrückstellungen die Möglichkeiten zum Versichererwechsel maximiert. Für gesunde Individuen wird der Rentenversicherungsanteil der Alterungsrückstellung für gute Risiken übertragen, der aufgrund der überdurchschnittlichen Lebenserwartung gesunder Individuen ebenfalls überdurchschnittlich ausfällt. Damit wird für diese Personen in der Regel die Mehrheit der rechnungsmäßigen Alterungsrückstellung übertragen, niemals aber der volle Betrag. Aufgrund der Kalkulationsvorschriften in der PKV wird ein wechselndes gutes Risiko beim aufnehmenden Versicherer allerdings als durchschnittliches Risiko behandelt. Insofern stellt sich für den wechselnden Versicherten zunächst ein finanzieller Verlust ein, der allerdings wesentlich kleiner ausfällt als unter der bisherigen Rechtslage. Während der Vertragslaufzeit beim neuen Versicherer wird sich dieser Verlust häufig weiter verkleinern, da ein gesunder Versicherter von den jährlichen Beitragsrückerstattungen bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen überdurchschnittlich profitiert.

Anders fällt die von uns vorgeschlagene Übertragungsregelung zur Alterungsrückstellung für diejenigen Versicherten aus, die während der Vertragslaufzeit zu erhöhten Risiken geworden sind. Personen, die erhöhte Risiken darstellen, erhalten beim Versichererwechsel zum einen den Rückstellungsanteil der Rentenversicherung, der gegebenenfalls an eine verringerte Lebenserwartung angepasst ist, zum anderen einen individuellen Anteil am Kapitalstock der Prämienversicherung. Der Transfer wird zunächst so festgesetzt, dass ein fiktiver Wechsel in den ursprünglichen Tarif mit der aktualisierten Risikoeinstufung für den Versicherten finanziell neutral ist. Von diesem Wert wird ein kleiner Abschlag vorgenommen, der dem wechselnden Versicherten die Abschlusskosten beim neuen Versicherer zumindest teilweise anlastet. Dem steht ein Zuschlag ge-

genüber, mit dem die stärkere Wirkung der zukünftigen medizinischen Inflation bei einem erhöhten Risiko ausgeglichen werden soll.

Die Marktmechanismen werden im Rahmen unseres Vorschlags nahezu vollständig intakt gelassen. Insbesondere erfolgt keine Abkehr von einer risikogerechten Prämienfestsetzung. Auch der bürokratische Aufwand hält sich im Vergleich zu anderen Verfahren, die in der Literatur diskutiert werden, sehr in Grenzen. Bis auf eine kleine Spitze extrem hoher Risiken ist kein Risikoausgleich zu installieren. Damit werden Verluste aus der Durchführung eines weit reichenden Risikoausgleichs nahezu vollständig vermieden. Zu erarbeiten ist für die Umsetzung des Vorschlags ein vergleichsweise einfaches Tabellenschema mit übertragbaren Anteilen der Alterungsrückstellung für gute Risiken, das auf wenigen Variablen beruht. Weiterhin ist eine neutrale Risikobewertungsstelle einzurichten. Diese führt Einzelfallprüfungen durch – aber nur auf Anruf und in der Regel nur bei Personen, die im Verlauf des Vertrags beim ursprünglichen Versicherer zu einem erhöhten Risiko geworden sind. Dies dürfte nur eine kleine Minderheit von Fällen betreffen, da voraussichtlich auch unter einer neuen Regelung zur Übertragung von Alterungsrückstellungen die relative Häufigkeit eines Versichererwechsels mit zunehmendem Alter fällt und jüngere Menschen seltener ein erhöhtes Risiko darstellen.

Da das hier vorgeschlagene Verfahren durchaus mit gewissen Kosten verbunden ist, könnte bei einer Geringschätzung der dadurch eröffneten Wechseloptionen natürlich bestritten werden, ob damit tatsächlich eine Verbesserung gegenüber dem bisherigen Recht erreicht wird. Die Vorteile gegenüber der Gesundheitsreform 2007 liegen aber auf der Hand: Erstens werden die Versicherten im Gegensatz zu den Regelungen im Gesetz keinem Risiko einer Prämienhöhung ausgesetzt. Zweitens werden zusätzliche Wechseloptionen eingerichtet, die sich nicht allein auf einen Basistarif beschränken. Und drittens dürfte die Summe aller direkten und indirekten Kosten, die sich bei der Umsetzung des Vorschlags ergeben, geringer ausfallen als die Kosten, die aus dem im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgesehenen Risikoausgleich resultieren.



## Literatur

- Baumann, Florian; Meier, Volker; Werding, Martin (2004): Transferable Ageing Provisions in Individual Health Insurance Contracts, *CESifo Working Paper* Nr. 1116, München
- Baumann, Florian; Meier, Volker; Werding, Martin (2006): Transferable Ageing Provisions in Individual Health Insurance Contracts, *ifo Working Paper* Nr. 32, München, erscheint in: *German Economic Review*
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter S., Kifmann, Mathias (2003): *Gesundheitsökonomie*, 4. Auflage, Springer: Heidelberg
- Buchner, Florian; Wasem, Jürgen (2006): Wettbewerb von Krankenversicherungen aus gesundheitsökonomischer Sicht, Vortrag beim Workshop „Die Portabilität der Alterungsrückstellung in der PKV – Option oder Illusion?“, Hamburg
- Bürger, Marco (2005): *Zum Wettbewerb um Bestandskunden in der kapitalgedeckten Privaten Krankenversicherung: Die Problematik der Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen*, Verlag Versicherungswirtschaft: Karlsruhe
- Cochrane, John H. (1995): Time-Consistent Health Insurance, in: *Journal of Political Economy*, 103, S. 445-473
- Frick, Kevin D. (1998): Consumer Capital Market Constraints and Guaranteed Renewable Insurance, in: *Journal of Risk and Uncertainty*, 16, S. 271-278
- Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), *BGBl. I 2007, Nr. 11, S. 378-473*
- Henke, Klaus-Dirk; Johannßen, Wilfried; Neubauer, Günter; Rumm, Ulrich; Wasem, Jürgen (2002): *Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland*, prokon: München
- Herring, Bradley; Pauly, Mark V. (2006): Incentive-Compatible Guaranteed Renewable Health Insurance Premiums, *Journal of Health Economics*, 25, S. 395-417

- Meier, Volker (2005): Efficient Transfer of Aging Provisions in Private Health Insurance, in: *Journal of Economics*, 84, S. 249-275
- Meier, Volker (2006): Nicht jede Reform ist eine gute Reform: Verfahren zur Übertragung individueller Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung, in: *ifo Schnelldienst*, 59, Nr. 16/2006, S. 21-24
- Meier, Volker; Baumann, Florian; Werding, Martin (2004): *Modelle zur Übertragung individueller Alterungsrückstellungen beim Wechsel Privater Krankenkassener*, ifo Beiträge zur Wirtschaftsforschung, Bd. 14, ifo Institut, München
- Meyer, Ulrich (1992): Zwei überflüssige Wettbewerbshemmnisse in der privaten Krankenversicherung, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): *Sozialpolitik und Wissenschaft. Positionen zur Theorie und Praxis der sozialen Hilfen*, Frankfurt am Main, S. 185-202
- Meyer, Ulrich (1997): Langfristige Versicherungsverhältnisse in der Privaten Krankenversicherung, in: L. Männer (Hrsg.): *Langfristige Versicherungsverhältnisse. Ökonomie – Technik – Institutionen*, Verlag Versicherungswirtschaft: Karlsruhe, S. 177-201
- Meyer, Ulrich (2001): Mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung durch Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung, Arbeitspapier, Universität Bamberg
- Nell, Martin; Rosenbrock, Stephan (2007a): Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen: Ein konsistenter Ansatz zur Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung, *Working Paper on Risk and Insurance* No. 18, Hamburg University
- Nell, Martin; Rosenbrock, Stephan (2007b): Das Inflationsproblem bei der Übertragung von individuellen Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 96, S. 55-79
- Pauly, Mark V., Kunreuther, Howard; Hirth, Richard (1995): Guaranteed Renewability in Insurance, in: *Journal of Risk and Uncertainty*, 10, S. 143-156
- Reschke, Peter; Sehlen, Stephanie; Schiffhorst, Guido; Schröder, Wilhelm F., Lauerbach, Karl W.; Wasem, Jürgen (2004): *Klassifikationsmodelle für Versicherte*

*im Risikostrukturausgleich*, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Berlin

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002):  
*Jahresgutachten 2002/03: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum*,  
Berlin

VVG-Kommission (2004): *Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts*, Berlin

## **Die Autoren**

PD Dr. Volker Meier

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich »Sozialpolitik und Arbeitsmärkte« des ifo Instituts für Wirtschaftsforschung, München.

Dr. Martin Werding

leitet den Forschungsbereich »Sozialpolitik und Arbeitsmärkte« des ifo Instituts für Wirtschaftsforschung, München.