

Zu den Wechseloptionen der PKV

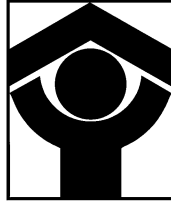
Prof. Dr. Rupert Scholz MdB

Prof. Dr. Ulrich Meyer

Josef Beutelmann

**Verband der privaten
Krankenversicherung e.V.**

PKV-Dokumentation 25



Zu den Wechseloptionen der PKV

Prof. Dr. Rupert Scholz MdB

Prof. Dr. Ulrich Meyer

Josef Beutelmann

©

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon 0221 / 3 76 62-0 · Telefax 0221 / 3 76 62 10

Internet:

<http://www.pkv.de>
eMail: postmaster@pkv.de
Köln, im Dezember 2001
ISSN 0340-1367

INHALT

	Seite
Vorwort	5
 Professor Dr. Rupert Scholz MdB „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung beim Wechsel des Versicherers?	8
 Professor Dr. Ulrich Meyer Verbesserung des Wettbewerbs in der PKV durch Verstärkung der Wechseloptionen	58
 Generaldirektor Josef Beutelmann Verbesserung des Wettbewerbs in der privaten Krankenversicherung durch Verstärkung der Wechseloptionen zwischen PKV-Unternehmen	77

Vorwort

Die Erleichterung des Unternehmenswechsels durch Mitgabe der Alterungsrückstellung ist ein Thema, das seit Jahrzehnten die Öffentlichkeit bewegt. Sie steht auch auf der Tagesordnung der von dem Bundesjustizministerium im letzten Jahr eingesetzten Kommission zur Weiterentwicklung des Versicherungsvertragsgesetzes. In der Tat ist die Vorstellung faszinierend, die Vorteile des Wechsels dadurch optimieren zu können, dass man von der Versichertengemeinschaft, die man als gutes Risiko verlässt, auch noch eine „Abfindung“ mitbekommt.

Der PKV-Verband hat in einer Sonderkommission „Wechsel“ im Frühjahr 2001 alle sich zur Erleichterung des Wechsels anbietenden Optionen diskutiert. Der Kommission gehörten auch Unternehmensvertreter an, die sich öffentlich bereits für alternative Angebote ausgesprochen hatten. Dennoch kam man nach vielen Sitzungen und Berechnungen zu dem einheitlichen Ergebnis, dass Änderungen des am Markt gewachsenen Wechselmodells der PKV den Realitäten nicht standhalten würden. Sie würden ausnahmslos zu Lasten der Versicherten gehen, die nicht wechseln können, vor allem der Kränkeren und Älteren. In der GKV wurden diese für jede Krankenversicherung zentralen Probleme der Risikoverschiebungen nicht einmal mit dem gesetzlichen Risikostrukturausgleich bewältigt.

Der Standpunkt der PKV wird in dieser Dokumentation von Josef Beutelmann dargestellt. Er ist Vorstandsvorsitzender der Barmenia Krankenversicherung a.G. und hat die „Wechsel“-Kommission des Verbandes geleitet. Sein Beitrag ist ebenso wie der von Professor Dr. Meyer dem Redueell entnommen, das sich beide Herren auf der diesjährigen Mitgliederversammlung des PKV-Verbandes am 13. Juni in Fleesensee geliefert haben. Professor Dr. Meyer ist einer der prominentesten Befürworter veränderter Wechseloptionen. Er gehörte der Kommission zum Versicherungsvertragsgesetz an und war auch Mitglied der „Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik stei-

gender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter“ , die 1996 ihren Ergebnisbericht vorgelegt hat.

Ganz anders geht Professor Dr. Rupert Scholz MdB an die Thematik heran. Er untersucht die Frage nach den grundgesetzlichen Schranken für gesetzliche Regelungen zur Transportabilität der Rückstellungen. Sein Ergebnis, dass sich derartige Eingriffe schon im Hinblick auf die großen Folgeschäden für die schlechteren Risiken und deren Versicherungen zumindest hinsichtlich des Bestandes verbieten, kann nicht überraschen.

Köln, im Dezember 2001

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Greisler
Vorsitzender

Dr. Uleer
Verbandsdirektor

**„Mitgabe" der Alterungsrückstellung in der privaten
Krankenversicherung beim Wechsel des Versicherers?**

I.	Problemstellung	9
1.	Zur aktuellen Diskussion	9
2.	Zur rechtlichen Einordnung der Alterungsrückstellung allgemein	14
3.	Positionen zur Alterungsrückstellung	17
II.	Alterungsrückstellung und Beitragskalkulation in der privaten Krankenversicherung	25
1.	Kalkulationsfreiheit der Versicherer und verfassungsrechtlich geschützte Wirtschafts- sowie Wettbewerbsfreiheit	25
2.	Alterungsrückstellung und Äquivalenzprinzip	28
3.	Kollektive Grundstruktur der Alterungsrückstellung und kalkulatorische Folgen für deren „Mitgabe“	32
III.	Rechtliche Zuordnung der Alterungsrückstellung und rechtliche Folgerungen für deren „Mitgabe“	38
1.	Alterungsrücklage kein eigentumsfähiges Individualrecht	38
2.	Kollektiv-rechtlicher Bestandsschutz, Gleichheitssatz und Rückwirkung	43
3.	Zum DKV-Modell	48
4.	Zum wettbewerblichen Argument	54
5.	Differenz zwischen Alt- und Neugeschäft?	54
IV.	Fazit	55



Professor Dr. Rupert Scholz MdB,
Ludwig-Maximilians-
Universität München

„Mitgabe“ der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung beim Wechsel des Versicherers?

I. Problemstellung

1. Zur aktuellen Diskussion

Etwa 10 % der Bevölkerung in Deutschland ist in der privaten Krankheitskostenvollversicherung anstelle einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Diese sog. substitutive Krankenversicherung enthält bestimmte Grundmerkmale, zu denen vor allem der Ausschluss des ordentlichen Kündigungsrechts des Versicherers (§ 178 i VVG) gehört. Des weiteren gehört zu diesen Grundelementen der substitutiven Krankenversicherung die Garantie der dauernden Erfüllbarkeit der grundsätzlich auf Lebenszeit des Versicherten abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge; zu diesem Zweck muss die substitutive Krankenversicherung gemäß §§ 12 I, 12 c VAG in Verbindung mit der Kalkulationsverordnung (KaIV0) nach Art der Lebensversicherung, d.h. auf der Grundlage des Anwartschaftsdeckungsverfahrens

rens, verfasst werden. Dies bedeutet im weiteren, dass die Beitragskalkulation nach dem Äquivalenzprinzip sowie unter Bildung einer Alterungsrückstellung zu erfolgen hat (vgl. § 12 I Nr. 2 VAG).¹ Gemäß § 16 KalVO soll die Alterungsrückstellung die Bildung altersunabhängiger Beiträge ermöglichen und verhindern, dass die Beiträge nur wegen des altersbedingten höheren Krankheitsrisikos ansteigen.

Diese Alterungsrückstellung verfällt, wenn ein Versicherungsnehmer seinerseits seinen Versicherungsvertrag kündigt und zu einem anderen Versicherer wechselt. Der wechselnde Versicherungsnehmer muss beim aufnehmenden Versicherer denjenigen Beitrag zahlen, der seinem beim Versicherungsverwechsel erreichten Lebensalter und dem entsprechenden Risiko entspricht. Mit anderen Worten: Der Versicherungsnehmer wird durch den Wechsel so gestellt, als würde er zum Kündigungszeitpunkt erstmals eine private Krankenversicherung abschließen und als ob er erst zu diesem Zeitpunkt mit dem Aufbau einer Alterungsrückstellung (durch die entsprechende Berücksichtigung seiner monatlichen Krankenversicherungsprämie) anfangen würde. Der neue Versicherer bestimmt also das zu versichernde Krankheitsrisiko des betreffenden Versicherungsnehmers von Grund auf neu, während die mit der früheren Prämienzahlung beim vorangegangenen Versicherer angefallenen Elemente der Alterungsrückstellung des ausgeschiedenen Versicherungs-

1 Vgl. dazu im einzelnen sowie auch zum Folgenden bes. Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter vom 18.6.96, BT-Drucks. 13/4945, S. 42 ff; Monopolkommission, Hauptgutachten 1996/97. Marktöffnung umfassend verwirklichen, 1998, S. 341 ff; Terhorst, Wahlfreiheit und Wettbewerb in der Privaten Krankenversicherung, 2000, S. 136 ff; Kalis, VersR 2001, 11 ff; Züchner, Versicherungswirtschaft 1995, 705 ff; Meyer, in: Schwintowski (Hrsg.), Deregulierung, Private Krankenversicherung, Kfz-Haftpflichtversicherung, 1994, S. 86 ff; ders., Überlegungen zur Konsistenz des Vorschlags zur Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen in der PKV – Vorläufige Formulierungen, 1994; Schneider, ZfV 1994, 665 ff; Weyers, Versicherungsvertragsrecht, z. Aufl. 1995, S. 20 ff; Bohn, Die Mathematik der deutschen Privaten Krankenversicherung, 1980; ders., ZfV 1996, 166 ff; Schmidt, in: Prölss, VAG, 11. Aufl. 1997, § 12 Rdnr. 9 f; Rudolph/Turowski, in: Deutsche Gesellschaft für Versicherungsmathematik Bd. XIV, Oktober 2000, Heft 4, S. 673 ff; siehe zum Ganzen auch die öffentliche Anhörung des Finanzausschusses des Deutschen Bundestages vom 13.4.1994 (Prot. Nr. 74)

nehmers beim früheren Versicherer verbleiben. Diese Situation hat immer wieder zur Diskussion darüber geführt, ob ein Versicherungsnehmer, der seine Krankenversicherung verlässt und zu einer anderen Versicherung wechselt, „seine“ Alterungsrückstellung nicht zum neuen Versicherer „mitnehmen“ kann bzw. ob der alte Versicherer die betreffende Alterungsrückstellung nicht dem ausscheidenden Versicherungsnehmer zur neuen Versicherung „mitgeben“ soll oder gar muss. Diese Debatte wird unter zwei sehr grundsätzlichen, freilich immanently auch sehr unterschiedlichen Aspekten geführt: Zum einen werden wettbewerbliche Aspekte geltend gemacht, weil der Wechsel von Versicherern für die Versicherungsnehmer, je älter diese werden, immer unattraktiver wird, da die entsprechende Alterungsrückstellung beim Versicherungswechsel verfällt und beim neuen Versicherer eine neue Alterungsrückstellung aufgebaut werden muss; ganz folgerichtig wird das Interesse der Versicherungsnehmer an einem Wechsel des Versicherers mit wachsendem Alter und damit auch mit wachsendem Krankheitsrisiko zunehmend zurückgehen.² Zum anderen werden individual-rechtliche, namentlich auch verfassungsrechtliche Gesichtspunkte angeführt wie die verfassungsrechtliche Eigentumsgarantie gemäß Art. 14 GG sowie der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 I GG; in diesem Sinne wird geltend gemacht, dass die von einem Versicherungsnehmer bei seinem bisherigen Versicherer „angesparte“ Alterungsrückstellung einen Tatbestand von verfassungsrechtlich geschütztem Eigentum darstelle, der im Falle des Versicherungswechsels nicht einfach verfallen bzw. beim ursprünglichen Versicherer verbleiben dürfe³; darüber hinaus wird ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 I GG reklamiert, weil der die Versicherung wechselnde Versicherungsnehmer beim neuen Versicherer schlechter gestellt sei als beim ursprünglichen Versicherer, bei dem er bereits eine Alterungsrückstellung habe aufbauen bzw. ansparen können.⁴ Zum Teil wird dabei vergleichsweise – auch auf die Situation bzw. den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung verwie-

2 Vgl. bes. Monopolkommission, a.a.O., S. 341 ff; siehe auch z.B. Leber/Meierjürgen, Arbeit und Sozialpolitik 1991, 4 ff

3 Vgl. Meyer, in: Schwintowski (Hrsg.), a.a.O., S. 102 f

4 Vgl. Laubin, VersR 2000, 561 f

sen, bei dem solche Formen des Versicherungsverwechslens nicht gegeben seien. Letzteres ist richtig, basiert zum anderen aber auf dem ganz grundlegend anderen Versicherungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich dem dort maßgebenden Umlageprinzip. Dies unterscheidet sich elementar von dem Anwartschaftsdeckungsverfahren in der privaten Krankenversicherung und kann schon deshalb nicht vergleichsweise herangezogen werden.

Von größerer Bedeutung ist dagegen und namentlich das wettbewerbliche bzw. wettbewerbspolitische Argument, für das ebenso stellvertretend wie repräsentativ das Hauptgutachten 1996/1997 „Marktöffnung umfassend verwirklichen“ der Monopolkommission steht.⁶ In diesem Hauptgutachten hat die *Monopolkommission* zunächst dafür votiert, dass „die Versicherten in regelmäßigen Abständen darüber informiert werden müssen, welche Summe an Alterungsrückstellungen bis zu diesem Zeitpunkt akkumuliert wurde“.⁷ „Ferner sind nicht die durchschnittlichen Alterungsrückstellungen, sondern die individuellen Kostenprospekte zu ermitteln“.⁸ „Die Alterungsrückstellungen sollten ... die individuellen Kostenprospekte widerspiegeln und im Falle des Versicherungsverwechslens mitgegeben werden. Nach Ansicht verschiedener Experten stößt dies in der Praxis auf erhebliche Schwierigkeiten“.⁹ Wobei die Monopolkommission ausdrücklich auf das Gutachten der *Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter* vom 18.6.1996 verweist.¹⁰ Andererseits überzeugt dieses, noch im einzelnen aufzunehmende Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission die Monopolkommission nicht abschließend: „Die genannten Einwände beziehen sich größtenteils auf Probleme, die lediglich übergangsweise zu erwar-

5 Vgl. z.B. Kalis, VersR 2001, 11; siehe allgemein auch z.B. Gitter/Oberender, Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1987, S. 41 ff, 97 ff

6 Vgl. die Nachw. Fn. 1

7 Vgl. a.a.O., S. 341

8 Vgl. a.a.O., S. 341

9 Vgl. a.a.O., S. 342

10 Vgl. a.a.O., S. 342

ten sind. Die Problematik fehlender Datengrundlagen beruht darauf, dass das benötigte Datenmaterial entweder derzeit nicht verfügbar ist, oder aber die entsprechenden Informationen noch nicht richtig verknüpft sind“.¹¹ Auf dieser Grundlage postuliert die Monopolkommission: „Als zentrale Prämisse müssten die individuellen Alterungsrückstellungen so zuverlässig berechnet werden, dass sie von den Versicherungen als richtig akzeptiert werden“.¹² „Warum es nicht möglich sein kann, die Alterungsrückstellungen hinreichend genau – oder zumindest approximativ – zu ermitteln, ist nicht einzusehen“.¹³ Gegebenenfalls votiert die Monopolkommission dafür, „einen gemeinsamen Ausgleichsfonds“ der Versicherungsunternehmen zu errichten. Ein solcher „versicherungübergreifender Ausgleich sei gerade bei einer solchen Struktur zu empfehlen, die durch viele verschiedene Versicherungen gekennzeichnet ist. Die einzelne Krankenversicherung kann andernfalls für einen selten eintretenden, ihre Finanzkraft jedoch möglicherweise übersteigenden Großschaden nicht mehr aufkommen. Der versicherungübergreifende Ausgleich sollte – dem Beispiel anderer Versicherungszweige folgend – durch den Abschluss von Rückversicherungen erfolgen“.¹⁴

Bei alledem geht die Monopolkommission von einer Berechnung bzw. andersgearteten rechtlichen Behandlung der „individuellen“ Alterungsrückstellung aus, orientiert die Monopolkommission die Alterungsrückstellung also beim einzelnen Versicherungsnehmer und seiner „individuellen“ Rechts- bzw. Versicherungsposition.¹⁵ Dies ist in der Tat eine zumindest theoretisch – diskutierbare Grundvariante auf die zurückzukommen sein wird. Andererseits ist schon an dieser Stelle festzuhalten, dass die Alterungsrückstellung prinzipiell kollektiv-rechtlich angelegt und verfasst bzw. berechnet wird, was auf ihre rechtliche Zuordnung auch zum einzelnen Versicherungsnehmer entsprechende Auswirkungen

11 Vgl. a.a.O., S. 342

12 Vgl. a.a.O., S. 343

13 Vgl. a.a.O., S. 343

14 Vgl. a.a.O., S. 344

15 Vgl. a.a.O., S. 342 ff

gen zeitigt: nämlich die, dass prinzipiell eine entsprechende „Individualisierung“ bzw. individual-rechtliche Zuordnung nicht möglich ist. Hierbei geht es, wie ebenfalls an dieser Stelle bereits vorausgeschickt sei, nicht allein um – ggf. versicherungsmathematisch zu bewältigende – Datenprobleme, sondern um ganz prinzipielle kalkulatorische und damit im versicherungsrechtlichen Äquivalenzprinzip selbst wurzelnde Strukturunterschiede, die sich nicht oder doch nicht ohne weiteres in Gestalt entsprechend individual-rechtlich begründeter und berechneter Rückstellungspositionen auflösen lassen.

Gegenstand der nachstehend gutachtlichen Untersuchung ist die Frage, ob und ggf. inwieweit bzw. in welcher Form eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung beim Versicherungswechsel rechtlich statthaft sowie rechtlich möglich ist.

2. Zur rechtlichen Einordnung der Alterungsrückstellung allgemein

Die maßgebenden Rechtsgrundlagen der Alterungsrückstellung finden sich vorrangig im VAG sowie im VVG. Nach § 12 I VAG ist die Krankenversicherung, soweit sie die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzt (substitutive Krankenversicherung), nur „nach Art der Lebensversicherung“ statthaft, wobei gemäß § 12 I Nr. 1 VAG die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses von höchstens 3,5 % zu berechnen sind. Das gleiche verfügt § 257 II lit. a SGB V hinsichtlich der Zahlung des Arbeitgeberzuschusses an die private Krankenversicherung. Gemäß § 12 I Nr. 2 VAG muss eine Alterungsrückstellung nach dem HGB gebildet werden, wobei § 341 f III HGB verfügt, dass „in der Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, als

Deckungsrückstellung eine Alterungsrückstellung zu bilden ist; ...“ (S. 1). „Bei der Berechnung sind die für die Berechnung der Prämien geltenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen zu berücksichtigen“ (S. 2). Über die Ermächtigungsvorschrift des § 12 c VAG kommt insoweit die KaIV0 zum Tragen. Gemäß § 16 KaIV0 soll die Alterungsrückstellung die Bildung altersunabhängiger Beiträge ermöglichen und verhindern, dass die Beiträge nur wegen des altersbedingten höheren Krankheitsrisikos steigen. In diesem Sinne schreibt die KaIV0 das Äquivalenzprinzip definitiv fest. Prämien wie Rückstellungen sind nach den anerkannten Regelungen der Versicherungsmathematik zu berechnen; jede versicherte Gruppe finanziert mit ihren Prämien die eigenen (erwarteten) Versicherungsleistungen für die jeweils erwartete Vertragsdauer (vgl. §§ 1, 10 KaIV0). Dieser gruppenförmige Grundbezug verfasst auch die Alterungsrückstellung in kollektiv-rechtlicher Weise mit der Konsequenz, dass die jeweilige Alterungsrückstellung „ausschließlich für das Kollektiv reserviert wird“ (*B. Kalis*)¹⁶. Die Alterungsrückstellung ist nicht individual-rechtlich verfasst, d.h. nicht jeder einzelne Versicherungsnehmer spart seine eigene Alterungsrückstellung an, sondern das Kollektiv in seiner Gesamtheit bildet den Standard gleichartiger Risiken in gemeinschaftlicher Struktur und damit in gemeinschaftlicher Alterungsrückstellung. Nach § 10 S. 1 KaIV0 muss die Prämienberechnung für jeden Tarif mit einem dem Grund und der Höhe nach einheitlichen Leistungsversprechen, unter Verwendung der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen und einer nach Einzelaltern erstellten Prämienstaffel erfolgen; nach § 10 S. 2 KaIV0 muss jeweils nach unterschiedlicher Beobachtungseinheit kalkuliert werden. In diesem Sinne ist es für die Alterungsrückstellung charakteristisch, dass sie keinen individual-rechtlichen Sparvorgang widerspiegelt. Das für die Beitrags- und Rückstellungsberechnung in der privaten Krankenversicherung vom Gesetzgeber vorgegebene versicherungsmathematische System operiert mit bestimmten Erfahrungswerten, die sich erst als in der Zukunft zu realisierende Größen entwickeln. Es geht mit anderen Worten um Erfahrungswerte, die folgerichtig nur „im Mittel“ gelten können.

16 Vgl. VersR 2001, 12

17 Vgl. näher die Nachw. oben Fn. 1

Wenn ein Versicherungsnehmer aus diesem kollektiv-rechtlichen Gruppen- bzw. Rückstellungssystem kraft Kündigung seines Versicherungsvertrages ausscheidet, fällt „seine“ Alterungsrückstellung systematisch den verbleibenden Versicherungsnehmern bzw. ihrer (kollektiv-rechtlichen) Gemeinschaft zu. In diesem Sinne spricht man auch von „Vererbung“, wobei es nicht um eine „Vererbung“ vom ausgeschiedenen Versicherungsnehmer auf den Versicherer, sondern um eine „Vererbung“ auf das Kollektiv der verbleibenden Versicherungsnehmer geht. Dem korrespondiert auf der anderen Seite die statistisch feststellbare Wahrscheinlichkeit entsprechender Ausscheidensvorgänge, die folgerichtig auch kalkulationsmäßig von vornherein mit zu berücksichtigen sind. In diesem Sinne hat jede Prämienkalkulation entsprechende Stornowahrscheinlichkeiten von vornherein aufzunehmen, was sich auch in der kalkulatorischen Berechnung der Alterungsrückstellung widerspiegelt: Die „Vererbung“ der Alterungsrückstellungsanteile eines ausgeschiedenen Versicherungsnehmers an den verbleibenden Bestand von Versicherungsnehmern unterliegt von vornherein einer entsprechend niedrigeren Bemessung der Rückstellung und damit auch der Versicherungsprämien auf der Grundlage des vorab eingerechneten Faktors der Stornowahrscheinlichkeit (vgl. im einzelnen §§ 5, 11, 13 KaIVO).¹⁸

Zusammengefasst ergibt sich aus alledem, dass auf der Grundlage des §§ 12 ff VAG i.d.F. vom 21.7.1994 eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung bei einem Wechsel des Versicherers ausgeschlossen ist.¹⁹ Anderes gilt nur für den Fall, dass ein Wechsel bei demselben Versicherer erfolgt, wenn also ein bestimmter Leistungsbereich gekündigt und ein neuer Leistungsbereich vereinbart wird. In diesem Sinne verfügte bereits § 13 II KaIVO die entsprechende „Mitgabe“ und in diesem Sinne verfügt § 178 f I 1 VVG i.d.F. vom 21.7.1994 (BGBl. I S. 1630), dass „der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen kann, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungs-

18 Vgl. näher zum Ganzen wiederum schon die Nachw. Fn. 1

19 Vgl. näher bes. Unabhängige Expertenkommission, a.a.O., S. 42 ff; BGH, E. vom 21.4.99 (IV ZR 192/98); Kalis, VersR 2001, 12 ff; Züchner, Versicherungswirtschaft 1995, 706 ff; Schneider, ZfV 1994, 665 ff; Bohn, ZfV 1996, 166 ff

schutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt“. Der Versicherungsnehmer hat also ein Recht darauf, dass im Falle eines entsprechenden Wechsels beim selben Versicherer keine neue Altersrückstellung vorausgesetzt wird. Seine Beiträge dürfen auch im Hinblick auf die altersbedingten Risikoverschlechterungen (erhöhtes Krankheitsrisiko) nicht erhöht werden.

Diese Garantie wird ihm in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vertraglich zugesagt (vgl. § 8 a II MB/KK). Andererseits besteht für diesen Versicherungsnehmer kein Anrecht auf Auszahlung oder Übertragung eines (durchschnittlichen) Anteils an der kollektiven Rückstellung. Insoweit verbleibt auch der Versicherungsnehmer, der innerhalb desselben Versicherers den Leistungsbereich wechselt, Teil der insgesamt kollektiv-rechtlichen Risikogemeinschaft.²⁰

Dieses Gesamtsystem der substitutiven Krankenversicherung findet seine Korrespondenz im Ausschluss des Kündigungsrechts des Versicherers gemäß § 178 i VVG (vgl. auch § 14 MB/KK). Dieser Ausschluss des Kündigungsrechts auf Seiten des Versicherers bedingt auf der anderen Seite eine entsprechende Risikoabsicherung im weiteren Sinne zugunsten des Versicherers, der mit anderen Worten über die Gewährleistung und Anerkennung seiner Kalkulationsgrundlagen in den Stand versetzt werden bzw. bleiben muss, auch den insgesamt erhöhten Risikostandard, der durch den generellen Ausschluss eines Kündigungsrechts gegeben ist, zu kompensieren. In diesem Sinne ist auch die „Vererbung“ der Alterungsrückstellung im unmittelbaren – rechtlich maßgebenden – Zusammenhang mit dem Ausschluss des Kündigungsrechts auf Seiten der Versicherer zu sehen.

3. Positionen zur Alterungsrückstellung

Soweit für eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung zum neuen Versicherer plädiert wird, ist zwischen unterschiedlichen Konstruktions-

20 Vgl. z.B. auch Kalis, VersR 2001, 13

ansätzen zu differenzieren. Im Grundsatz gehen alle entsprechenden Voten – durchaus folgerichtig – von der prinzipiell kollektiv-rechtlichen Grundstruktur der Alterungsrückstellung aus, die schon wesensgemäß bzw. zunächst einer entsprechenden „Mitgabe“ deshalb entgegensteht, weil eine solche „Mitgabe“ jedenfalls die „individualisierende“ Aufspaltung der kollektiv-rechtlich verfassten, also im Grunde für die entsprechende Versicherungsgruppe als Gesamt-Rücklage zu verstehenden Alterungsrückstellung bedingt.

Insgesamt sind in der derzeitigen wie auch zurückliegenden Diskussion drei Grundansätze in der „Mitgabe“-Diskussion zu unterscheiden:

- a) Als erstes Modell ist – auf der Grundlage der *kollektiv-rechtlichen Grundstruktur* der Alterungsrückstellung insgesamt – überlegt worden, ob „die Unternehmen verpflichtet werden könnten, wechselnden Versicherungsnehmern die für sie kalkulierte Alterungsrückstellung auf den neuen Versicherer zu übertragen. Die durch das höhere Eintrittsalter beim neuen Versicherer höhere Prämie würde dann durch Einrechnen der ‚mitgebrachten‘ Alterungsrückstellung unter sonst gleichen Umständen ungefähr auf das Beitragsniveau des ursprünglichen Eintrittsalters sinken“. So hat die *Unabhängige Expertenkommission* diesen Ansatz umschrieben²¹, diesen aber zugleich auch verworfen. Denn: „Dieses Modell würde zu unvertretbarer Risikoselektion führen: Wechselwillige Versicherungsnehmer, die zum Zeitpunkt des Wechsels gute Risiken sind (auch ohne inzwischen eingetretene das zukünftige Krankheitsrisiko erhöhende Faktoren), können von der durch Mitgabe der Alterungsrückstellung für sie realistisch gewordenen Wechselmöglichkeit Gebrauch machen“.²² Folgerichtig hat die Unabhängige Expertenkommission resümiert: „Dieses Modell kann dem Gesetzgeber daher – in Übereinstimmung mit der Monopolkommission und der Deregulierungskommission – nicht empfohlen werden“.²³

21 Vgl. a.a.O. S. 43

22 Vgl. a.a.O. S. 43

23 Vgl. a.a.O. S. 43

Eine Variante zu diesem Modell liegt in der (zusätzlichen) Einführung eines *Kontrahierungszwangs*, der die entsprechende Risiko-selektion verhindern sollte. Andererseits hat die Unabhängige Expertenkommission auch dieses Modell bzw. diese Variante verworfen, weil „die Chancengleichheit im Wettbewerb nicht mehr gegeben wäre“. „Unternehmen, die viele schlechte Risiken aufnehmen (müssen), wären gegenüber anderen benachteiligt“. „Da in der PKV die Tarife unterschiedliche Leistungen vorsehen, würden bei diesem Modell Unternehmen, die nur Tarife mit eingeschränkten Leistungen (z.B. begrenzt auf die Höchstsätze der GOÄ) führen, mit Schäden der Hochleistungstarife anderer Unternehmen belastet. Ein derartiges Ergebnis ist nach Auffassung der Kommission nicht vertretbar. Ein unternehmensübergreifender Risikoausgleich setzt daher Einheitstarife voraus Nach alledem kann ein Modell mit Kontrahierungszwang und unternehmensübergreifendem Risikoausgleich nach Auffassung der Kommission dem Gesetzgeber nicht empfohlen werden“.²⁴

- b) Als zweites Modell wird die „*Mitgabe einer individuellen Alterungsrückstellung*“ diskutiert, derzufolge – in den Worten der Unabhängigen Expertenkommission – „den wechselnden Versicherungsnehmern nicht eine Alterungsrückstellung in der für sie kalkulierten Höhe mitzugeben, sondern in derjenigen Höhe, wie sie für den einzelnen Versicherten aufgrund seines Gesundheitszustandes erforderlich ist, um unter Hinzunahme der für ihn kalkulierten künftigen Beiträge die speziell bei ihm zu erwartenden Versicherungsleistungen finanzieren zu können (individuelle Alterungsrückstellung)“.²⁵ Unter dem Aspekt der Risikoselektion würde dieses Modell dazu führen, „dass sowohl gute als auch schlechte Risiken die Möglichkeit des Wechsels zu einem anderen Versicherer haben, so dass hierdurch keine negative Risikoselektion für das abgebende Unternehmen auftritt“²⁶. Andererseits gilt dies alles (nur) „für einen ‚durchschnittlichen‘ Versicherten: ‚Seine‘ Alterungsrückstellung reicht mit ‚seinen‘

24 Vgl. a.a.O. S. 44

25 Vgl. a.a.O. S. 44

26 Vgl. a.a.O. S. 44

zukünftigen Beiträgen gerade aus, um 'seine' zukünftigen Leistungen zu finanzieren“.²⁷ Dies gilt aber nur und prinzipiell zu Beginn des Versicherungsvertrags, d.h. in einer zeitlichen Phase, in der der Versicherungsnehmer ein „durchschnittlicher“ Versicherter ist. Im Laufe der weiteren zeitlichen Entwicklung, namentlich „im Laufe von 10 – 20 Jahren“ entwickeln sich aber die entsprechenden Unterschiede, treten die Differenzierungen zwischen unterschiedlich guten Risiken auf. „Verlässt nun ein gutes oder schlechtes Risiko das Versichertenkollektiv, so sinkt dadurch der erwartete Barwert der zukünftigen Leistungen unterschiedlich stark, so dass auch eine unterschiedliche Minderung der Alterungsrückstellung angemessen ist. Das heißt, dass die mitzubehaltende Alterungsrückstellung der guten Risiken gering und bei schlechten Risiken hoch sein sollte“.²⁸ Dies alles bedingt aber wiederum, „dass es möglich ist, die individuelle Alterungsrückstellung so zuverlässig zu ermitteln, dass sie von beiden am Wechsel beteiligten Versicherern akzeptiert wird“. Eben dies ist aber nach wie vor deshalb kaum bzw. nicht möglich, da „auch bei einer Wechselmöglichkeit für die Versicherten die für ältere Versicherte prämiensenkende Wirkung der Alterungsrückstellungen ('Anwartschaftsdeckungsverfahren') stets nur für ein Kollektiv von Versicherten kalkuliert werden. Für ein Kollektiv von 1000 Versicherten (gleiches Eintrittsalter) ist die Alterungsrückstellung daher grundsätzlich wie bisher als das 1000fache der durchschnittlich für einen einzelnen Versicherten erforderlichen Alterungsrückstellung zu kalkulieren und entsprechend zu bilanzieren“²⁹. Dies alles setzt voraus, dass „die individuelle Alterungsrückstellung wechselwilliger Versicherter so zuverlässig ermittelt werden könnte, dass sie von den am Wechsel beteiligten Versicherungsunternehmen als richtig akzeptiert würde . . . Die Kommission ist allerdings zu der Auffassung gekommen, dass diese zentrale Prämisse des Modells gegenwärtig nicht realisiert ist“.³⁰ Von besonderer Bedeutung sind dabei, wie die Unabhängige

27 Vgl. a.a.O. S. 44

28 Vgl. a.a.O. S. 44

29 Vgl. a.a.O. S. 45

30 Vgl. a.a.O. S. 46

Expertenkommission weiter ausführt, die „fehlenden Datengrundlagen“.³¹ Des weiteren stellen sich die Probleme der „Kumulation von Zufallsrisiken bei wechselwilligen Versicherten“³² und „das Problem künftiger Kostensteigerungen“.³³ Unabhängig davon erweckt der Bericht der Unabhängigen Expertenkommission doch den Eindruck, dass eine entsprechend individuelle „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung zumindest rechtlich möglich ist, die entsprechenden Probleme also mehr faktischer als rechtlicher Art sind. Dies trifft indessen, wie im weiteren Zusammenhang darzustellen sein wird, nicht zu bzw. ist nicht von abschließender Qualität. Auch rechtlich bestehen Probleme, die im einzelnen einer solchen „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung in entsprechend „individualisierter“ Form entgegenstehen.

- c) Ein weiteres und neues Modell hat die *DKV* in die Diskussion gebracht. Hiernach sollen alle Versicherungsunternehmen in der privaten Krankenversicherung zunächst zu „einem einheitlichen Grundschatz“ verpflichtet werden und weiterhin verpflichtet werden, „Kunden in diesem Grundschatz ohne Gesundheitsprüfung zu versichern. Der Grundschatz umfasst PKV-weit identische Leistungen und einen einheitlichen Nettobeitrag (der Bruttobeitrag kann aufgrund des Kapitalanlagemanagements bzw. der Kosten des Versicherers variieren). Daneben bleiben alle weiteren unternehmensspezifischen Tarife bestehen (Variation in Beiträgen und Leistungen)“. „Die Leistungen der Versicherer sollen im Grundschatz gepoolt werden, d.h. auf alle Unternehmen umgelegt werden. Unter diesen Voraussetzungen können alle PKV-Kunden frei in den Grundschatz wechseln und ihre durch die PKV-Zugehörigkeit erworbenen Rechte zum neuen Unternehmen überführen“. Das *DKV*-Modell übernimmt damit zunächst die Konstruktion eines Kontrahierungszwangs in ähnlicher Form, wie sie von der Unabhängigen Expertenkommission diskutiert worden ist. Über die Konstruktion des „einheitlichen Grundschatzes“ sollen im weiteren die unterschiedlichen Risiken aufgenommen und

31 Vgl. a.a.O. S. 46 f

32 Vgl. a.a.O. S. 47

33 Vgl. a.a.O. S. 47

prämienmäßig einer entsprechend einheitlichen Rechtsstruktur zugeführt werden. Auf der Grundlage dessen soll „die Mitgabe“ der Alterungsrückstellung ermöglicht werden, wobei dies über die Gewährung entsprechender „Bonusjahre“ an den wechselnden Versicherungsnehmer erfolgen soll. Diese Bonusjahre sollen an die unterschiedlichen Rechte anknüpfen, die die Versicherungsnehmer im Lauf der Zeit ihrer Zugehörigkeit bei einem Versicherungsunternehmen erworben haben. Denn diese Rechte „variieren je nach Zeit der PKV-Mitgliedschaft, d.h. wer länger bei einem PKV-Unternehmen versichert ist, soll dafür einen größeren Bonus bekommen“. Dies alles steht und fällt allerdings mit dem Prinzip des „einheitlichen Grundschutzes“. Denn nur dieser ermöglicht die entsprechend gleiche und dann auch vergleichbare Zumessung entsprechender Bonusjahre. Dies ergibt sich sehr deutlich aus den weiteren Erläuterungen, die die DKV ihrem Modell beigefügt hat:

„Wer beispielsweise als 50jähriger über einen herkömmlichen Topschutz verfügt und sich in diesem Tarif seit dem Alter von 30 Jahren privat krankenversichert hat, zahlt heute aufgrund der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zwar einen höheren Beitrag als ursprünglich, aber einen wesentlichen niedrigeren Beitrag als ein 50jähriger Neukunde. Sein tatsächlicher Beitrag entspricht im Beispiel dem Beitrag, den ein 35jähriger Neukunde zahlen müsste. Auf diese Weise wird im DKV-Modell der Bonus entwickelt. Die Differenz zwischen dem tatsächlichen Alter (im Beispiel: 50) und dem Alter des für den Beitragsvergleich herangezogenen Neukunden (im Beispiel: 35) bestimmt die Anzahl der Bonusjahre ($50 - 35 = 15$ Bonusjahre). Diese Bonusjahre werden bei der Beitragsberechnung berücksichtigt. Die Anrechnung erworbener Rechte stellt das Kernelement des DKV-Modells dar: Bonusjahre werden beim Wechsel zum neuen Unternehmen mitgenommen“.

Die Alterungsrückstellung soll also auf entsprechende Bonusjahre umgestellt werden und in der Form solcher Bonusjahre dem Versicherungsnehmer gutgebracht werden, von ihm also zum neuen Versi-

cherer „mitgenommen“ werden. Dies bedeutet allerdings nicht, dass vom früheren Versicherer Leistungen auf den neuen Versicherer übertragen werden. „Der aufnehmende Versicherer muss (vielmehr) die Bonusjahre der zu ihm wechselnden Kunden finanzieren; andererseits verbleiben ihm wie bisher die Finanzmittel für die Bonusjahre der Kunden, die von ihm fort wechseln. Soweit eine Finanzierung notwendig ist, kann diese entweder durch Umlage auf alle Versicherten oder auf neue Kunden erfolgen“. Damit will die DKV „nicht nur die Flexibilität für die Versicherten wesentlich erhöhen, sondern auch den Wettbewerb innerhalb des PKV-Marktes verstärken“.

Ob dieses Modell rechtlich tragfähig bzw. realisierbar ist, wird im späteren Zusammenhang zu erörtern sein. An dieser Stelle ist lediglich bzw. bereits festzuhalten, dass dieses Modell das Gesamtsystem der privaten Krankenversicherung und ihrer vorgegebenen bzw. immanenten Wettbewerbsstrukturen grundlegend verändert. Denn wenn die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sämtlich auf einen identischen Grundsatz zuzüglich eines entsprechenden Kontrahierungszwangs verpflichtet werden, so verändert sich das Gesamtsystem des Marktes der privaten Krankenversicherung und ihrer wesentlichen Koordinaten in grundlegender Form. Auch das Anwartschaftsdeckungsverfahren der privaten Krankenversicherung wird wesentlich verändert, wie sich namentlich aus der zuletzt zitierten Formulierung ergibt, derzufolge „eine Finanzierung ... entweder durch Umlage auf alle Versicherten oder auf neue Kunden erfolgen kann“ (zumindest partielle Umstellung auf das Umlageverfahren! – Analogie zur gesetzlichen Krankenversicherung?).

- d) Unter den diskutierten bzw. zu diskutierenden Modellen ist schließlich und des weiteren die Frage einer Analogie zur Regelung des § 178 f VVG zu erörtern. Nach dieser Bestimmung ist die Alterungsrückstellung bei einem Wechsel innerhalb eines und desselben Versicherers „mitzugeben“. Diese Regelung wird teilweise zugunsten einer „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung auch von einem zum anderen Versicherer zitiert bzw. als entsprechendes Vorbild angesehen. Demgegenüber ist indessen schon an dieser Stelle festzuhalten, dass

insoweit grundlegende Unterschiede bestehen, die nicht durch einen bloßen Analogieschluss ausgeräumt werden können. Denn die „Mitgabe“ einer Alterungsrückstellung innerhalb eines und desselben Versicherers rechtfertigt sich schon deshalb, weil das entsprechende Versicherungsunternehmen als wirtschaftliche Einheit nicht nur die Risiken der jeweiligen versicherten Gruppe zu versichern hat, sondern darüber hinaus auch für sämtliche, bei ihr bestehenden versicherten Gruppen ein entsprechendes Gesamtrisiko zu tragen und zu versichern hat. Mit anderen Worten: Wenn die Mitgabe einer entsprechenden Alterungsrückstellung nach § 178 f VVG erfolgt, so bleibt das Gesamtrisiko des entsprechenden Versicherungsunternehmens unverändert. Das entsprechende Versicherungsunternehmen bleibt aber und unverändert Herr der eigenen Prämienkalkulation, kann (und muss ggf.) insoweit also Risikoveränderungen o.ä. prämiemäßig jederzeit und autonom auffangen. Eben dies ist jedoch im Falle einer „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung von einem Versicherer zum anderen Versicherer nicht möglich. Folgerichtig ist der hier angesprochene Analogieschluss aus § 178 f VVG weder tragbar noch für die weitere Erörterung aussagekräftig.³⁴

- e) Von Bedeutung ist dagegen als weitere und abschließende Differenzierung die Frage, ob eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung für sämtliche Versicherungsgeschäfte oder nur für das Neugeschäft eingeführt werden könnte. Bei alledem ist schon an dieser Stelle festzuhalten, dass eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung jedenfalls nur durch eine gesetzliche Regelung erfolgen könnte, da insoweit der *allgemeine Gesetzesvorbehalt* gilt. Denn gleichgültig wie eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung geregelt werden sollte, jedenfalls werden hierbei doch unternehmensstrukturelle, versicherungsrechtliche und auch entsprechend individual- wie kollektiv rechtliche Rechtspositionen verändert; und dies bedeutet wiederum, dass es einer gesetzlichen Regelung bedarf, eine privatrechtliche Regelung, beispielsweise durch entsprechende Vereinbarungen der

³⁴ Vgl. auch Kalis, VersR 2001, 13.

Versicherungsunternehmen selbst, würde insoweit nicht hinlänglich sein.

Die Unterscheidung zwischen dem *Alt-* und dem *Neugeschäft* ist insoweit von Bedeutung, da eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung auch für das Altgeschäft jedenfalls sehr viel mehr rechtliche Probleme aufwirft, als eine Regelung, die lediglich pro futuro, also lediglich für das Neugeschäft gelten würde. Dies wird sich im einzelnen bei den Fragen der Rückwirkung und ihrer Statthaftigkeit bzw. ihren verfassungsrechtlichen Grenzen im einzelnen näher offenbaren.

II. Alterungsrückstellung und Beitragskalkulation in der privaten Krankenversicherung

1. Kalkulationsfreiheit der Versicherer und verfassungsrechtlich geschützte Wirtschafts- sowie Wettbewerbsfreiheit

Auch in der privaten Krankenversicherung verfügen die Versicherer über die prinzipielle Kalkulationsfreiheit, d.h. die prinzipielle Autonomie, über die Höhe, die rechtliche Gestaltung und die Verbindlichkeitsfolgen wie Modalitäten ihrer Prämiengestaltung zu entscheiden. Entsprechende Einschränkungen bestehen nur nach Maßgabe des VAG sowie des VVG. Dies sind gesetzliche Einschränkungen, die ihrerseits den Grundprinzipien eines vor allem finanziell gesicherten Versicherungswesens einerseits und zum anderen den Belangen der Versicherten dienen. Im einzelnen aktualisieren sich diese Zielsetzungen in den institutionellen Rechtsgüter- bzw. Schutzgüterkatalogen namentlich des VAG, auf die im hiesigen Zusammenhang indessen nicht näher einzugehen ist.³⁵ Wichtig ist an dieser Stelle nur, dass im Rahmen dieses Rechtsgüter- und Schutzgütersystems die Versicherungsunternehmen prinzipiell über das Recht der *Kalkulationsfreiheit* verfügen – ein Recht, das verfassungsrechtlich in den Gewährleistungen der allgemeinen Wirt-

³⁵ Vgl. stattdessen näher sowie m.w.Nachw. Schmidt, in: Prölss, VAG, Vorbem. Rdnr. 110 ff, 123 ff; zur eigenen Position siehe Scholz, ZVersWiss 85, 1 ff

schaftsfreiheit sowie des Rechts am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb gemäß Art. 12 I/Art. 14 I GG bzw. (hilfsweise) in Art. 2 I GG angelegt und garantiert ist.³⁶ Im weiteren bedeutet das Prinzip der Kalkulationsfreiheit der Versicherer auch, dass das Versicherungswesen insbesondere über die entsprechende Kalkulations- und damit auch Angebotsfreiheit dem allgemeinen privatwirtschaftlichen Wettbewerb verpflichtet ist. Insoweit gilt auch für das Versicherungswesen, die private Krankenversicherung eingeschlossen, das Prinzip der grundrechtlich gemäß Art. 12 I/Art. 14 bzw. gemäß Art. 2 I GG geschützten *Wettbewerbsfreiheit*.³⁷ Andererseits ist die Wettbewerbsfreiheit nicht absolut geschützt; auch insoweit gelten wiederum die entsprechenden, auch grundrechtlich legitimierten Einschränkungsmöglichkeiten insbesondere auf der Grundlage des vorbezeichneten Rechtsgüter- und Schutzgütersystems.

Verfassungsrechtlich folgt hieraus zweierlei: Zum einen ergibt sich hiernach, dass die wettbewerblichen bzw. wettbewerbspolitischen Zielsetzungen, die gerade von den Befürwortern einer „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung geltend gemacht werden, zwar in der Grundlinie einer wettbewerblich strukturierten privaten Krankenversicherung liegen, dass diese Zielsetzung andererseits aber über keinen absoluten Geltungsrang oder Geltungsanspruch verfügt, weil die Wettbewerbsfreiheit insoweit nicht von absoluter Verbindlichkeit oder gar Vorrangigkeit ist. Auch die Wettbewerbsfreiheit untersteht insoweit gegenläufigen Rechts- und Schutzgütern, namentlich solcher, die sich auf die Rechte der Versicherungsnehmer und deren sozialen Schutzbedürfnisse gründen. Nach allgemeinen verfassungsrechtlichen Maßstäben ist insoweit nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit abzugrenzen; zwischen den im einzelnen aktuell oder potentiell kollidierenden Schutzgütern ist ein verhältnismäßiger Ausgleich herzustellen. Dieser Voraussetzung muss auch die Struktur der Alterungsrücklage entsprechen, die, wie gezeigt, jedenfalls ein gewisses Maß an realer Wettbewerbseinschränkung mit sich bringt. Andererseits ergibt sich diese Wettbewerbseinschrän-

³⁶ Vgl. dazu sowie m.w.Nachw. Scholz, in: Maunz/Dürig, GG, Art. 12 Rdnr. 124, 130

³⁷ Vgl. dazu m.w.Nachw. Scholz, in: Maunz/Dürig, GG, Art. 12 Rdnr. 79 f, 136 f

kung aus der vorrangig sozial angelegten Schutzwirkung der Alterungsrückstellung, die ja gerade das Ziel eines besonderen bzw. gesteigerten sozialen Versicherungsschutzes für ältere Versicherungsnehmer, also Versicherungsnehmer mit erhöhtem Krankheitsrisiko, bewirken soll. Eine solche Schutzbestimmung liegt voll im Rahmen des grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzips und seiner legitimen einfach-gesetzlichen Ausformung.³⁸ Folgerichtung kann gegen die gegebene Struktur der Alterungsrückstellung und ihrer Nicht-„Mitgabe“ jedenfalls aus der Sicht der grundgesetzlich garantierten Wettbewerbsfreiheit kein *verfassungsrechtlicher Einwand* hergeleitet werden.

Zum anderen ist aber gerade auf der Grundlage des Prinzips der Verhältnismäßigkeit auch festzuhalten, dass die Wettbewerbsfreiheit sowie die gerade die wettbewerbliche Freiheit im einzelnen aktualisierende Kalkulationsfreiheit der Versicherer nicht im Übermaß eingeschränkt werden dürfen – namentlich nicht durch kartellierende oder monopolisierende Restriktionen der ebenso allgemein wie prinzipiell verbindlichen Kalkulationsfreiheit. Dieser Vorbehalt ist schon an dieser Stelle gegenüber dem DKV-Modell anzumerken, das bekanntlich auf der Verbindlichkeit eines für alle Versicherer maßgeblichen „Grundschatzes“ basiert. Denn dieser „Grundschatz“ stellt einen verbindlichen Einheitsarif dar, der für alle Versicherer gleichmäßig gelten soll – ohne Rücksicht auf die jeweilige unternehmerische Kalkulationsentscheidung bzw. Kalkulationsfreiheit. Ein solcher „Grundschatz“ bzw. der diesen realisierende Einheitsarif würde das wettbewerbliche Gesamtsystem der privaten Krankenversicherung in *kartellierender Wirkung* zusammenfassen, würde mit anderen Worten jedenfalls auf der Ebene dieser *Einheitsarife* jeden kalkulatorischen Wettbewerb ausschließen. Soweit dies auf der Grundlage einer eigenen (privatautonen) Entscheidung der privaten Krankenversicherer geschehen sollte, wäre dies mit dem GWB unvereinbar (unzulässiges Preiskartell im Sinne der §§ 1 ff GWB). Sollte eine solche Regelung allerdings durch Gesetz eingeführt

38 Vgl. gerade für Rückstellungen allgemein § 81 15 VAG; zum entsprechenden (sozialstaatlichen) Verbraucherschutz im Schutzsystem des VAG vgl. u.a. Schmidt, in: Prölss, VAG, Vorbem. Rdnr. 110 ff, 123 ff, 127 ff jeweils m.w.Nachw.

werden, würde der Vorbehalt des GWB bzw. der des einfach-gesetzlichen Wettbewerbsschutzes entfallen. Über die verfassungsrechtliche Schwelle der grundrechtlich geschützten Wettbewerbsfreiheit würde indessen auch eine solche gesetzliche Regelung nicht hinwegführen. Sie wäre vielmehr nur dann verfassungsmäßig, wenn sie eine wiederum verhältnismäßige Einschränkung der Kalkulations- und Wettbewerbsfreiheit beinhalten würde. Ob dies wiederum der Fall ist, hängt von der Beantwortung der Frage ab, ob die vom DKV-Modell bezweckte „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung ihrerseits verfassungsrechtlich in einer Weise geboten ist, die in der weiteren Konsequenz eine solche Einschränkung der verfassungsrechtlichen Wettbewerbsfreiheit rechtfertigen könnte. Die Beantwortung dieser Frage kann wiederum erst nach Beantwortung der weiteren Fragen zur rechtlichen Struktur der Alterungsrücklage erfolgen.

2. Alterungsrückstellung und Äquivalenzprinzip

Die rechtliche Struktur der Alterungsrückstellung beurteilt sich (zunächst) real nach ihrer kalkulatorischen Struktur; und diese führt wiederum – wie bereits erwähnt – zum krankensicherungsrechtlichen *Äquivalenzprinzip*.³⁹ Dies fordert die Gleichwertigkeit von Versicherungsleistungen und Versicherungsentgelten. Auf eine kurze Formel gebracht bedeutet dies, dass im Durchschnitt des versicherten Kollektivs der Barwert der erwarteten Prämien in jedem Zeitpunkt der vertraglichen Versicherungsbeziehung mit dem Barwert der erwarteten Leistungen gleich sein muss. In diesem Sinne werden die Prämien in der privaten Krankenversicherung nach Geschlecht, Alter und dem aktuellen Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers bei Aufnahme in die Versicherung bestimmt. Besteht ein erhöhtes Risiko, so führt dies zur Erhebung von Risikozuschlägen oder zu Leistungsausschlüssen. Risikozuschläge bedeuten, dass der volle Versicherungsschutz gegen Zahlung einer risikoäquivalenten Mehrprämie gewährt wird; Leistungsaus-

³⁹ Vgl. näher sowie zum Folgenden die Nachw. Fn. 1

schlüsse bedeuten die partielle Nichtversicherung. Bei alledem spielt der Faktor des Alters und die mit diesem verbundene höhere Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen eine entscheidende Rolle. Krankheit stellt sich in diesem Sinne auch (allerdings nicht etwa ausschließlich) als ein typisch altersabhängiges Risiko dar. Die Wahrscheinlichkeit, häufiger und schwerer zu erkranken, wächst mit dem Alter des Versicherungsnehmers. Konsequenter müsste das (individuelle) Äquivalenzprinzip dazu führen, dass die Versicherungsbeiträge mit höher werdendem Alter kontinuierlich anzusteigen hätten. Eben dies ist jedoch im System der substitutiven Krankenversicherung unerwünscht. Hier soll aus sozialen Gründen gerade gewährleistet sein, dass die Beitragslast vom Versicherungsnehmer auch im Alter bezahlbar bleibt. Dies führt zur Alterungsrückstellung in dem Sinne, dass die Beitragszahlungen in der Form bemessen werden, dass die in Folge des Alterns der Versicherten tendenziell steigenden Versicherungsleistungen gleichmäßig über die gesamte (prospektive) Laufzeit des Versicherungsvertrages verteilt werden. Hierdurch lässt sich eine vom Alter unabhängige Beitragshöhe gewährleisten, die – theoretisch – lebenslang gleich bleiben würde. Gegenteiliges tritt nur deshalb ein, weil sich die Preise für Versicherungsleistung, die Qualität medizinischer Leistungen etc. laufend verändern. Ungeachtet dessen bedeutet die Alterungsrückstellung, dass die Beiträge im jüngeren Alter höher angesetzt werden, als es zur Deckung der typischen Schadensaufwendungen in diesem Alter notwendig wäre. Die überschüssenden Beitragsanteile werden in der Alterungsrückstellung zusammengeführt und von dort ab einem bestimmten Grenzalter entnommen, um die dann durch die Risikobeiträge allein nicht mehr gedeckten Schadensaufwendungen zu finanzieren. Die Äquivalenz ist bei diesem modifizierten Kalkulationsmodell also dadurch garantiert, dass den Versicherungsleistungen der altersunabhängige Beitrag, aufgestockt durch die Alterungsrückstellung, gegenübersteht. Zwischen jüngeren Versicherungsnehmern und älteren Versicherungsnehmern entsteht auf diese Weise eine bestimmte *Risiko- und Solidargemeinschaft*, die den jeweiligen *Risiko- und Leistungsausgleich* über die gemeinsam angesparte Alterungsrückstellung zu gewährleisten hat.⁴⁰

40 Vgl. auch z.B. Züchner, Versicherungswirtschaft 1995, 705 f

Das Äquivalenzprinzip fordert insoweit aber und stets eine äquivalente Bemessung von Risikoabsicherung und Prämienleistung. Insoweit ist die Krankenversicherung Schadensversicherung. Die Schadensversicherung ist wiederum dadurch qualifiziert, dass in Bezug auf die einzelne Versicherung die Zeitpunkte, die Häufigkeit des Eintritts des Versicherungsfalles und die Höhe der durch ihn ausgelösten Versicherungsleistungen ungewiss, also nicht individuell vorab bestimmbar ist. Dies unterscheidet die Schadensversicherung beispielsweise von der Kapitallebensversicherung, die über die gesamte Vertragsdauer hin nur mit einem einzigen Versicherungsfall zu rechnen hat, der entweder zum festgelegten Alter oder im Todesfall eintritt. Die Krankenversicherung verfügt demgemäß über eine *ungewisse Anzahl von Schadensfällen und ebenso über ungewisse Schadensqualitäten*. Folgerichtig gilt unbestreitbar der Satz, dass die in der Krankenversicherung zu berücksichtigenden Unbekannten, bezogen auf den einzelnen Versicherungsnehmer, kalkulatorisch nicht voll beherrschbar sind. Folgerichtig müssen die risikorelevanten Kalkulationsgrundlagen aus einem vorhandenen oder modellhaft dargestellten – *Kollektiv* abgeleitet und diesem zugeordnet werden. Eine solche kollektive Betrachtungsweise basiert auf dem versicherungsmathematischen Prinzip des sog. „Gesetzes der großen Zahl“, das in vereinfachter Form aussagt: Nicht vorab vorhersehbare Abweichungen von statistisch bekannten Ereignissen können umso eher vernachlässigt werden, je größer die Beobachtungseinheit ist. Umgekehrt gilt, dass entsprechend zufällige oder nicht vorhersehbare Abweichungen in den Geschehens- bzw. Schadensabläufen umso weniger vernachlässigt werden können, je kleiner die Beobachtungseinheit ist, namentlich also im Falle der Einzelperson bzw. des einzelnen Versicherungsnehmers. Wenn solche individuellen Entwicklungen aber prospektiv nicht vorab bestimmt werden können, verbleibt es – notwendig – bei der kollektiven Betrachtungs- und Bewertungsweise.

Auf der Grundlage dessen werden in der privaten Krankenversicherung also ausschließlich kollektiv – kalkulatorische Durchschnittswerte ermittelt und zugrunde gelegt. Die jeweilige Versicherungsprämie deckt nur ein bestimmtes Durchschnittsrisiko, dessen Ermittlung beim Vertragsschluss eine entsprechende Risikoprüfung vorgeht und das bei sub-

stantiellen Abweichungen von der Durchschnittsgröße zu Risikozuschlägen führt. Die Alterungsrückstellung modifiziert das Ganze auf der Zeitschiene des Alterns. In diesem Sinne stellt die Alterungsrückstellung die Differenz zwischen dem Barwert der künftigen Versicherungsleistungen und dem Barwert der künftigen Beitragszahlungen dar. Die Alterungsrückstellung dient mit dieser Maßgabe der Schadensdeckung. Sie hat den über die Vertragslaufzeit gleichbleibenden Risikobeitrag im Verhältnis zum Alterungsprozess und dem damit verbundenen wachsenden Krankheitsrisiko abzudecken. Anders ausgedrückt: Die Alterungsrückstellung stellt einen Risikobeitrag zur Deckung eines zeitlich späteren (aufgeschobenen) Schadensfalles dar, der nach den durchschnittlich-kollektiven Durchschnittswerten in seiner Wahrscheinlichkeit mit wachsendem Alter jeweils und stets wahrscheinlicher wird. In diesem Sinne stellt die Alterungsrückstellung also nicht etwa die Summe der Rückstellungen für die einzelnen Versicherungsverträge dar. Die Alterungsrückstellung setzt vielmehr bei der vom Versicherer festgelegten Beobachtungseinheit und ihrer kollektiven Risikowahrscheinlichkeit an und bestimmt auf dieser Grundlage den jeweiligen Rückstellungsbedarf für den jeweiligen versicherten Bestand innerhalb des betroffenen Kollektivs. Die Art und der Umfang des jeweiligen Kollektivs bzw. der jeweiligen versicherten Gruppe oder Beobachtungseinheit liegt allein beim jeweiligen Versicherer und seiner Kalkulationsfreiheit. Insoweit bestehen – nach Maßgabe der Kalkulationsfreiheit der Versicherungsunternehmen – volle Autonomien und damit auch – wettbewerblich messbare Unterschiede in den Kalkulationsfreiheiten bzw. Kalkulationsdispositionen der einzelnen Unternehmen der privaten Krankenversicherung.

Auf die einzelnen Versicherungsnehmer projiziert bedeutet dies, dass der einzelne Versicherungsnehmer stets als Teil des jeweiligen Kollektivs (Beobachtungseinheit) gesehen und risikomäßig bewertet wird. Der einzelne trägt mit seiner Risikoprämie zur Absicherung des Gesamtrisikos des Kollektivs bei, d.h. der Gesunde zahlt für den Kranken und dies ebenso für den aktuellen Zeitraum als auch für die Zukunft und die sich durch Alterungsprozesse wandelnden Risikoprozesse. In diesem Sinne ist der Anteil der Rückstellungsrücklage im Bereich der individuellen

Versicherungsprämie von variabler Qualität: Da im jüngeren Alter das Krankheitsrisiko nicht so hoch ist wie im Alter, fällt der prämiemäßige Anteil an der Alterungsrückstellung im jugendlichen Alter höher als im vorgerückten Alter aus. Dieser Effekt verstärkt sich noch dadurch, dass im Alter erfahrungsgemäß die Schadensfälle (Krankheiten) häufiger werden, der faktische Rückgriff auf die Alterungsrückstellung also (erst dann) aktuell wird. Insofern schneiden sich also auf der Zeitachse die Bewertungen von Prämienhöhe und Schadensrisiko, was wiederum insgesamt zur *Feststellung der immanenten Variabilität* führt – eine Feststellung, die sich im weiteren mit dem kollektiven Grundcharakter der Alterungsrückstellung insgesamt verbindet. Die Alterungsrückstellung stellt jedenfalls eine Form der Risiko- sowie Solidargemeinschaft zwischen Jung und Alt dar, wobei der individuelle Beitrag des einzelnen Versicherungsnehmers zur Alterungsrückstellung nicht mehr als seinen eigenen Risikobeitrag zur Deckung seines „aufgeschobenen Schadens“ darstellt und ihm zum anderen die Gewähr dafür gibt, dass mit steigendem Alter keine rein altersbedingte Prämienhöhung von ihm verlangt wird. Konkret lässt sich dieser Risikobeitrag zur Deckung eines (individuell) aufgeschobenen Schadens jedoch nicht bestimmen. Denn die zukünftige Schadenswahrscheinlichkeit bzw. die individuelle Situation im Alter ist nicht prospektiv bestimmbar. Gerade deshalb bleibt es versicherungsmathematisch bei der ausschließlichen Kalkulationsmöglichkeit über das genannte „Gesetz der großen Zahl“.

3. Kollektive Grundstruktur der Alterungsrückstellung und kalkulatorische Folgen für deren „Mitgabe“

Die Alterungsrückstellung ist also wesentlich kollektiv bemessen. Sie ist nicht individual, projiziert auf die Person und das Schadensrisiko des einzelnen Versicherungsnehmers, bemessen, weil dies nicht abschätzbar und damit kalkulierbar ist. Dies offenbart den grundlegend kollektiven Charakter der Alterungsrückstellung, der ebenso essentiell wie unbestritten ist. Hieraus ergeben sich zugleich die Grenzen bzw. die Unmöglichkeit einer „Individualisierung“ der Alterungsrückstellung bzw. der kalkulatorischen Herausrechnung individueller Anteile an der (kollekti-

ven) Alterungsrückstellung. Anderes würde nur dann gelten, wenn die Gesamtsumme einer Alterungsrückstellung sich auf die jeweiligen (individuellen) Mitglieder der kalkulatorisch zusammengefassten Beobachtungseinheit (Kollektiv) so verteilen ließe, dass – namentlich im Wege der Divisionierung – die Anteile eines jeden einzelnen Versicherungsnehmers sich konkret berechnen ließen. Eben dies ist auf der Grundlage der vorstehenden Feststellung von der Unmöglichkeit der Bestimmbarkeit individueller Schadensrisiken jedoch ausgeschlossen. Eine gegebene Alterungsrückstellung könnte zwar – theoretisch – in ihrem Gesamtbetrag zur Zahl der im betreffenden Kollektiv zusammengefassten Versicherungsnehmer in Relation und entsprechend – mathematisch – aufgeteilt werden. In diesem Falle würde in der Tat ein bestimmter finanzieller Betrag einem jeden einzelnen Versicherten zugeordnet. Dieser Betrag ist jedoch von keiner realen und damit auch keiner kalkulatorisch zu rechtfertigenden Qualität. Denn abgesehen davon, dass das individuelle Schadensrisiko und damit auch die dies kompensierende individuelle Alterungsrückstellung nicht bemessbar ist, würde damit eine rein formale Aufteilung der Alterungsrückstellung erfolgen, die mit der Gesamtstruktur der kollektiven Risiko- und Solidargemeinschaft nicht zu vereinbaren wäre. Ein solches gemeinschaftsgebundenes Kollektiv kann in seinen jeweiligen Anteilen nur dann im Wege der Divisionierung aufgeteilt oder aufgespalten werden, wenn rechtlich wie mathematisch gesicherte Parameter für die jeweiligen individuellen Anteile bestimmt werden können. Dem Wesen des versicherungsrechtlichen Äquivalenzprinzips gemäß kann dies wiederum nur auf der Grundlage der Gleichung von Schadensrisiko und Prämienhöhe erfolgen. Beides ist jedoch in der auf Zeit angelegten, auf Zeit wirksamen und damit für den Zeitverlauf nicht individuell risikobestimmbaren Krankenversicherung ausgeschlossen. Würde man dennoch eine solche Divisionierung vornehmen, so würde man in der Konsequenz denjenigen Versicherungsnehmer benachteiligen, der in seinem späteren Altersverlauf geringere Schadensrisiken produzierte, als dies in der entsprechend „individualisierten“ Alterungsrückstellung zum Ausdruck käme. Umgekehrt würde derjenige Versicherungsnehmer ebenso unbegründet begünstigt, dessen späterer Schadensverlauf sich als höher als die ihm individuell zugerechnete Alterungsrückstellung erwies. In diesem Sinne

aktualisiert die Risiko- und Solidargemeinschaft des Kollektivs in der Alterungsrückstellung auch ein besonderes *Maß an Gleichheit* – ein Maß an Gleichheit allerdings, das sich erst über die Wahrscheinlichkeitsmaßstäbe des „Gesetzes der großen Zahl“ sowie über die Variabilität der Zeitläufe abschließend realisiert.

An dieser Feststellung ändert auch der Blick auf die Regelung des § 178 f VVG nichts. Es ist zwar richtig, dass beim Wechsel von einem Leistungsbereich in einen anderen Leistungsbereich desselben Versicherungsunternehmens die Alterungsrückstellung dem einzelnen gutzubringen ist. Dies realisiert sich über ein entsprechendes Divisionsverfahren (vgl. §§ 11, 13 KaIVO). Dieser Divisionsvorgang trifft jedoch keine Aussage darüber, ob bei dem jeweiligen einzelnen Versicherungsnehmer künftig ein tatsächliches Gleichgewicht zwischen prämiemäßigen Einnahmen und schadensmäßigen Ausgaben erwartet werden kann. In aller Regel wird dies gerade bei Schadensversicherungen nicht der Fall sein, da beispielsweise bei einem kranken Versicherten die Summe der ihm individuell zurechenbaren durchschnittlichen Alterungsrückstellung und dem Barwert seiner künftig zu erwartenden Beiträge regelmäßig nicht den Barwert der für seine Krankenbehandlung künftig aufzubringenden Ausgaben decken wird. Andererseits ist dies rechtlich unschädlich, da der jeweilige Versicherungsnehmer beim selben Versicherer bleibt und Letzterer damit auch für Risiken bzw. gar Fehlkalkulationen haftet, die sich ggf. auf unterschiedliche Prämienbemessungen in den jeweils unterschiedlichen Leistungsbereichen gründen. Die konkrete Alterungsrückstellung ist insoweit zwar von kalkulatorischem, nicht aber von rechtlichem Belang. Denn rechtlich haftet der Versicherer auf jeden Fall für die eintretenden Schadensfälle, also ohne Rücksicht darauf, ob eine Alterungsrückstellung überhaupt gebildet worden ist, in welchem Umfang sie gebildet worden ist und ob sie in einem tatsächlich risikoäquivalenten Umfang vom einen Leistungsbereich auf den anderen Leistungsbereich innerhalb des Versicherungsunternehmens übertragen worden ist. Nur mit dieser Maßgabe rechtfertigt sich die Bestimmung des § 178 f VVG. Gerade in diesem Sinne offenbart die Regelung des § 178 f VVG aber auch, dass sie einen echten Ausnahmefall darstellt, der sich auf den Wechsel eines Versicherungsneh-

mers vom einen Versicherer zum anderen Versicherer nicht – im Wege der Analogie – übertragen lässt.

Insgesamt ergibt sich hiernach, dass das *Äquivalenzprinzip eine notwendig kollektive Grundstruktur der Alterungsrückstellung* voraussetzt. Individuelle Risiken sind nicht bestimmbar. Alterungsrückstellungen können also nur auf der Grundlage kollektiver Daten bzw. entsprechend kollektiv-statistischer Wahrscheinlichkeitswerte ermittelt werden. Für den einzelnen Versicherungsnehmer bedeutet dies, dass er zwangsläufig Mitglied einer kalkulatorischen Gefahren- oder Risikogemeinschaft bzw. einer entsprechenden Solidargemeinschaft ist, dass er aber auch nur so einen für ihn individuell bzw. persönlich später aktiven Versicherungsschutz empfangen kann. Das nach dem Äquivalenzprinzip notwendige Maß der Gleichheit von Schadens- und Beitragserwartung lässt sich in der dem Äquivalenzprinzip verpflichteten privaten Krankenversicherung nur über eine solche kollektive Struktur der Alterungsrückstellung vermitteln. Oder mit anderen Worten: Der entsprechend äquivalente Gleichheitsmaßstab kann nur für die Summe aller gleichartigen Versicherungen, projiziert auf die jeweilige Beobachtungseinheit bzw. ihre kollektive Gesamtheit, bemessen oder erfahren werden. In diesem Sinne orientiert sich die Alterungsrückstellung kalkulatorisch notwendig an der jeweiligen Gemeinschaft von Versicherungsnehmern und nicht am individuellen Risiko des einzelnen Versicherungsnehmers. Diese kollektive Grundstruktur der Alterungsrückstellung ist evident und unterscheidet sich grundlegend von jeder individuellen Konstruktion bzw. einer entsprechend „individualisierten“ Alterungsrückstellung. Wie *B. Kalis* im einzelnen eindrucksvoll dargestellt hat, würde schon die Grundvorstellung einer solchen individuellen Alterungsrückstellung die private Krankenversicherung nicht mehr „nach Art der Lebensversicherung“ sondern wie eine kapitalbildende Krankenversicherung ausgestalten, was wiederum unüberschaubare Konsequenzen auslösen würde.⁴¹ So würde „die Mitgabe der Alterungsrückstellung den notwendigen Risikoausgleich stören und den

41 Vgl. VersR 2001, 14

Prämien rückwirkend die Kalkulationsrücklage entziehen.⁴² Diese Folgerung wurde bereits oben im einzelnen über das gegebene Element der Variabilität verdeutlicht. Des weiteren „wären im Unternehmen verbleibende Versicherungsnehmer in Folge der Abwanderung günstiger Risiken einer Bestandsverschlechterung ausgesetzt. Die Prämien müssten angehoben werden, was zu einer weiteren Abwanderung führt. Der Effekt könnte sich bis zur Zahlungsunfähigkeit des Versicherungsunternehmens fortsetzen. Durch eine negative Auslese tritt eine Marktinstabilität ein, der Wettbewerb wird nicht gefordert, sondern reduziert. Nicht mehr wettbewerbsfähige Versicherer würden von wenigen verbleibenden Unternehmen übernommen werden“.⁴³ Die „Mitgabe“ der individualisierten Alterungsrückstellung würde dem abgebenden Versicherungsunternehmen Kapitalanlagen entziehen. Ein Teil dieses Kapitals könnte nicht mehr langfristig angelegt werden, was zur Reduzierung der Durchschnittsverzinsung führt.⁴⁴

Aus diesen Gründen hat auch der *BGH* mit Recht ein rechtliches Gebot zur „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung verneint. Der *BGH* hat in seiner Entscheidung vom 21.4.1999⁴⁵ vor allem die Frage aufgeworfen, ob eine solche „Mitgabe“ nicht über das Prinzip der ungerechtfertigten Bereicherung, also gemäß § 812 BGB, geboten sei. Dies hat der *BGH* jedoch und zutreffend aus zwei Gründen verneint: Zum einen ist das Ausscheiden von Versicherten aus dem Verbund der Alterungsrückstellung schon durch die kalkulatorische Einbeziehung von Stornowahrscheinlichkeiten abgedeckt. Zum anderen ist das Versicherungsunternehmen durch die „Vererbung“ der Alterungsrückstellung des ausscheidenden Versicherungsnehmers nicht ohne Rechtsgrund bereichert, weil bei ihm, dem Versicherer, keine Verbesserung der Vermögenslage eintritt. Die der Alterungsrückstellung zugeführten Beträge verbleiben auch nach der Kündigung in der Rückstellung und zeigen damit bilanztechnisch an, dass dieses Vermögen nicht dem Eigenkapital der Beklagten (sc. des

42 Vgl. VersR 2001, 14

43 Vgl. VersR 2001, 14

44 Vgl. VersR 2001, 14

45 Vgl. AZ IV ZR 192/98

Versicherungsunternehmens) zuzurechnen, sondern durch die Ansprüche der verbliebenen Versicherten fremdfinanziert ist. Die Beklagte (sc. das Versicherungsunternehmen) hat auch rechtlich keine Aufwendungen erspart, weil sie zwar an den Kläger (sc. der ausscheidende Versicherungsnehmer) keine Leistungen mehr erbringen, insgesamt aber weiterhin die gesamte Alterungsrückstellung zugunsten aller Versicherten verwenden muss. Schließlich hat der ausscheidende Versicherungsnehmer „die volle Prämie, also auch den Teil für die Alterungsrückstellung, aufgrund des Versicherungsvertrages gezahlt. Darin liegt der rechtliche Grund“ . . . Der rechtliche Grund ist durch die Kündigung des Klägers nicht weggefallen. Die Kündigung beendet den Vertrag nur für die Zukunft. Die bis zur Kündigung geleisteten Prämien hat die Beklagte (sc. das Versicherungsunternehmen) also mit rechtlichem Grund erlangt“.

Dies alles kann indessen nur solange bzw. insoweit gelten, wie die wiederum entsprechend kollektive Grundstruktur der Alterungsrückstellung dem ausscheidenden Versicherungsnehmer nicht einen selbständig zu bemessenden, also auch rechtlich verfestigten Anspruch auf „Mitgabe“ vermittelt. Der BGH hat in seiner zitierten Entscheidung auch dies verneint. Er hat vor allem darauf hingewiesen, dass es sich bei der Alterungsrückstellung nicht um eine „Anwartschaft“ des einzelnen Versicherungsnehmers handele. Auch hierauf wird im einzelnen bei der Frage der rechtlichen Struktur der Alterungsrückstellung zurückzukommen sein.

An dieser Stelle ist lediglich noch ein weiterer Aspekt zu diskutieren, der im Zusammenhang mit dem Ziel einer „Individualisierung“ in die Diskussion eingebracht werden könnte: nämlich der Vergleich mit dem Genossenschaftsrecht und der Auseinandersetzung von Genossenschaft und einem aus ihr ausscheidenden Mitglied. Hierzu verfügt § 73 I GenG, dass „die Auseinandersetzung des Ausgeschiedenen mit der Genossenschaft sich nicht nach der Vermögenslage derselben und dem Bestand der Mitglieder zur Zeit seines Ausscheidens bestimmt“. Nach § 73 II GenG bedeutet dies im weiteren, dass eine Auseinandersetzung aufgrund der Bilanz zu erfolgen hat (S. 1), wobei der Ausscheidende

prinzipiell „keinen Anspruch auf die Rücklagen und das sonstige Vermögen der Genossenschaft . . . hat“ (S. 2). „Reicht das Vermögen einschließlich der Rücklagen und aller Geschäftsguthaben zur Deckung der Schulden nicht aus, so hat der Ausgeschiedene von dem Fehlbetrag den ihm treffenden Anteil an die Genossenschaft zu zahlen . . .“ (S. 3). Diese Regelung realisiert auf der einen Seite eine in der Tat individualrechtliche Auseinandersetzung zwischen der Genossenschaft und dem aus ihr ausscheidenden Mitglied. Andererseits offenbart diese Regelung des § 73 GenG bereits, dass gerade Rücklagenbildungen nur sehr begrenzt auseinandersetzungsfähig sind. Des weiteren wird damit auch deutlich, dass eine solche Auseinandersetzung nur zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt, nämlich dem des konkreten Ausscheidens, erfolgen kann und dass eine solche Auseinandersetzung auch die entsprechend kalkulierbare Auseinandersetzungsmasse im Bereich des Vermögens der Genossenschaft einerseits und der entsprechenden Ansprüche des Ausscheidenden andererseits voraussetzt. Dies ist bei rein vermögensrechtlichen Strukturen wie denen der Genossenschaft durchaus möglich und damit auch rechtlich statthaft bzw. rechtlich notwendig. Andererseits unterscheidet sich der Tatbestand des § 73 GenG von der hiesigen Problematik einer Gefahren- bzw. Solidargemeinschaft kraft Alterungsrückstellung in evidenter Weise. Denn bei der Letzteren ist keine entsprechend vermögensrechtlich fixierbare Situation gegeben – angefangen vom Zeitpunkt bis hin zum individuell berechenbaren Vermögensanteil und damit Auseinandersetzungsanspruch. Aus diesen Gründen lässt sich der Rechtsgedanke des § 73 GenG auf die hiesige Problematik nicht übertragen.

III. Rechtliche Zuordnung der Alterungsrückstellung und rechtliche Folgerungen für deren „Mitgabe“

1. Alterungsrücklage kein eigentumsfähiges Individualrecht

- a) Um einen rechtlichen Anspruch auf „Mitgabe“ der Alterungsrücklage beim Wechsel des Versicherers begründen zu können, bedürfte es einer entsprechend materiell-rechtlichen Struktur der Alterungsrück-

lage, die dieser – wie teilweise behauptet⁴⁶ – die Qualität eines eigentumsfähigen individualen Vermögensrechts vermittelte, in der Sprache des Verfassungsrechts: also die eines Eigentumsrechts im Sinne des Art. 14 I GG. Eigentum im Sinne des Art. 14 GG ist nach unbestrittener Auffassung jedes vermögenswerte Recht bzw. nach der Rechtsprechung des *BVerfG* jede „vermögenswerte Rechtsposition, die nach der Art eines Ausschließlichkeitsrechts dem Rechtsträger als privatnützig zugeordnet ist“ und die – gerade wenn es um Versicherungsleistungen geht – auf „nicht unerheblichen Eigenleistungen des Versicherten beruht und zudem der Sicherung seiner Existenz dient“. ⁴⁷ Dabei spielt es keine Rolle, ob das betreffende Recht schon zum Vollrecht erstarkt ist oder ob es noch im Stadium des schlichten Anwartschaftsrechts beharrt; denn auch das Anwartschaftsrecht stellt bereits eine individual-rechtlich verfestigte Rechtsposition vermögensrechtlicher Art dar.

Die *Alterungsrücklage* erfüllt die Voraussetzungen eines solchen eigentumsfähigen Individualrechts indessen *nicht*. Sie stellt, wie gezeigt, einen schlichten Kalkulationsposten im Rahmen der kollektiven Risikobestimmung dar. Sie sichert den einzelnen Versicherungsnehmer lediglich davor ab, im Alter mit höheren Prämien belastet zu werden, deren Erhöhung sich ausschließlich auf den Faktor des Alterungsprozesses und damit auf den Wahrscheinlichkeitsmaßstab erhöhter Krankheitsanfälligkeit im Alter gründet. Eine individuelle Risikobestimmung ist damit, wie gezeigt, nicht verbunden, da es im Einzelfall durchaus auch so sein kann, dass (auch) der ältere Mensch weniger krankheitsanfällig als der jüngere Mensch bzw. er selbst in seinem jüngeren Alter ist. Dieses individuelle Risiko lässt sich aber, wie gezeigt, nicht bestimmen. Es ist folgerichtig lediglich davon auszugehen, dass jedenfalls im Durchschnitt eine gegenteilige Wahrscheinlichkeit gilt – eine Wahrscheinlichkeit, die es wiederum risi-

46 Vgl. die Nachw. Fn. 3

47 Vgl. BVerfGE 69, 272 (300); siehe weiterhin BVerfGE 53, 257 (289 ff); 58, 81 (109 ff); 80, 297 (310); 87 (348, 355 f)

komäßig zu sichern gilt. In diesem Sinne verfügt der einzelnen Versicherungsnehmer mittels der Alterungsrückstellung lediglich über eine gewisse Gewähr dafür, dass seine Prämie im Alter nicht allein aus Gründen eben dieser Alterung erhöht wird. Des weiteren verfestigt die Alterungsrückstellung seinen gesetzlichen Anspruch darauf, nicht seinerseits vom Versicherer gekündigt zu werden (vgl. § 178 i VVG). Im übrigen ist der einzelne Versicherungsnehmer insoweit Teil einer Risiko- und Solidargemeinschaft innerhalb der privaten Krankenversicherung, ohne dass diese wiederum als eigene Rechtspersönlichkeit in verselbständigter Gestalt bestünde. Es handelt sich bei dieser Risiko- und Solidargemeinschaft, wie ebenso schon gezeigt, um eine reine Risikobestimmungs- und entsprechende Kalkulationsgemeinschaft, was für die Position des einzelnen wiederum keine eigenständige Rechtsposition vermittelt. Der einzelne hat mit anderen Worten nicht bereits auf der Grundlage der Alterungsrückstellung ein bestimmtes Anwartschaftsrecht auf besondere Versicherungsleistungen erworben. Er hat nichts anderes als eine bestimmte (faktische) *Aussicht* darauf erhalten, dass ihm jedenfalls im Alter nicht ausschließlich aus Gründen eben dieser Alterung eine Prämienhöhung zugemutet wird. Dass individuelle Risikosteigerungen, die definitiv in seiner Person begründet sind, unabhängig hiervon Prämiensteigerungen zulassen, liegt in der Natur der Sache bzw. im allgemeinen Prämienrecht begründet. So wie die Alterung lediglich *einen* bestimmten, durchschnittlichen Wahrscheinlichkeitsmaßstab für erhöhte Risiken im Krankheitsbereich vermittelt, so stellt die Alterungsrückstellung umgekehrt nichts anderes als eine bestimmte *Aussicht* bzw. eine bestimmte *Chance* für ein Maß an prämierechtlicher Rechtssicherung auch im Alter dar, ohne dass darauf bereits ein definitives individuelles *Prämienrecht* abzuleiten wäre. Die entsprechende Aussicht oder entsprechende prämierechtliche Chance des alternden Versicherungsnehmers verkörpert also *kein entsprechendes Anwartschafts- und damit Eigentumsrecht*. Denn schlichte Aussichten oder Chancen stellen nach unbestrittener Auffassung noch kein verfassungsrechtlich geschütztes Eigentum dar.⁴⁸

48 Vgl. BVerfGE 30, 292 (335); 39, 210 (237); 45, 272 (296); 74, 129 (148); 95, 173 (188); 97, 67 (77).

b) Die gleiche Feststellung ergibt sich aus der Sicht der kollektiven Alterungsrückstellung insgesamt. Sie steht rechtlich dem Versicherer zu, ist auf der anderen Seite, wie gezeigt, allerdings nicht als schlichte Ergänzung oder Verstärkung des unternehmerischen Eigenkapitals verfügbar. Die Alterungsrückstellung ist gerade für die altersspezifische Risikoabsicherung vorgesehen, untersteht insoweit einer entsprechenden Zweckbindung, was sie auch als eine Form von „Sondervermögen“ innerhalb des (allgemeinen) Kapitalstocks des Versicherers auszuweisen vermag. Dieses „Sondervermögen“ ist indessen nicht rechtlich verselbständigt. Es stellt einen rechtlich absolut unverselbständigten, rein internen Kapitalanteil (Kalkulationsposten) dar, der folgerichtig auch über keine rechtliche Außenwirkung in dem Sinne verfügt, dass der einzelne Versicherungsnehmer hieraus bereits einen bestimmten individual-rechtlich definierbaren Anspruch oder eine entsprechende Anwartschaft ableiten könnte. Dieses „Sondervermögen“ besitzt insofern also reine Binnenwirkung innerhalb der Kapitalstruktur des Versicherers, ist ausschließlich kollektiv bestimmt und vermittelt auch aus dieser Sicht keine individual-rechtlichen bzw. in eigentumsfähiger Form individualisierbaren Rechtspositionen. Von einer bereits zur Rechtsposition erstarkten vermögensmäßigen Zuordnung kann allein für das in der jeweiligen Beobachtungseinheit zusammengeschlossene Kollektiv die Rede sein (Risiko- und Solidargemeinschaft). Diese stellt zwar ihrerseits keine rechtlich selbständige Gemeinschaft dar. Andererseits ist die Alterungsrückstellung gerade in ihrer kollektiven Gesamtstruktur dieser Gemeinschaft definitiv zur entsprechenden Risikoabsicherung zugeordnet. Da das durch die kollektive Alterungsrückstellung abgesicherte Kollektivrisiko aber seinerseits nur einen Risikofaktor, nämlich den der höheren Krankheitswahrscheinlichkeit im Alter absichert und dieser Risikofaktor im Einzelfall, d.h. in der Person des einzelnen Versicherungsnehmers, nicht definitiv gegeben zu sein braucht bzw. nicht mit hinlänglicher Wahrscheinlichkeit als (vergleichbares) Individualrisiko ausgemacht werden kann, fehlt es erneut an der Möglichkeit einer individualisierenden, also Individualrechte begründenden Aufspaltung der Alterungsrücklage auf die jeweiligen Mitglieder der jeweils einschlägigen Beobachtungseinheit. Für den einzelnen

Versicherungsnehmer lässt sich aus der Alterungsrücklage *keine individuelle Versicherungsleistung* im messbaren Sinne ableiten, wenn man von der bereits dargestellten Aussicht oder Chance, von rein alterungsbedingten Prämien erhöhungen verschont zu werden, absieht. Diese Aussicht stellt sich aus der Sicht des einzelnen Versicherungsnehmers indessen erneut bzw. auch deshalb nicht als eigentumsfähiges Individualrecht dar, weil bei wirklicher und versicherungsmathematisch abschließender Risikobestimmung in jedem Einzelfall auch durchaus der Fall denkbar wäre, dass ein älter werdender Versicherungsnehmer sogar wegen sinkendem Individualrisikos einen Anspruch auf Prämien senkung geltend machen könnte. Dies ist zwar eine rein theoretische Überlegung. Sie spiegelt aber die Offenheit bzw. die allein kollektiv bestimmbare Risikoordnung und damit auch die wiederum individual-rechtlich unmögliche Aufspaltung oder rechtliche Zuordnung der Alterungsrückstellung an den einzelnen Versicherungsnehmer wieder. Folgerichtig ist die Alterungsrückstellung für den einzelnen auch nicht verfügbar, kann sie nicht veräußert oder belastet werden.

Richtig ist auf der anderen Seite, dass die Teilnahme an der Alterungsrückstellung für den einzelnen Versicherungsnehmer nicht ohne jede vermögensmäßige bzw. wirtschaftliche Bedeutung ist. Er nimmt vielmehr an der entsprechend kollektiven Risikoabsicherung gleichberechtigt teil und wird in diesem Sinne – über die eigene „Ansparleistung“ – auch prämienmäßig begünstigt. Diese Begünstigung stellt aber wiederum – mangels individualrechtlicher Risikobestimmung und damit individualer Prämienbestimmung im Alter – keine vermögensrechtliche Position dar. Wenn man so will, so kann man insoweit von einem *vermögensmäßig-wirtschaftlichen Reflex* zugunsten des einzelnen Versicherungsnehmers sprechen. Zu einem bereits anwartschaftsrechtlich zu qualifizierenden Reflexrecht erstarkt dieser Reflex indessen nicht. Dieser verbleibt vielmehr im Sinne der vermögensmäßigen Chance oder Aussicht im vorgenannten Sinne.

Aus diesen Gründen erweist sich namentlich die Rechtsprechung des *BGH* als zutreffend, die die Alterungsrückstellung mit Recht nicht als

(individuales) Anwartschaftsrecht qualifiziert hat und damit auch eine eigentumsfähige Rechtsposition zutreffend verneint hat.⁴⁹ Die Alterungsrückstellung ist auch in „individualisierter“ Form nicht eigentumsfähig. Folgerichtig erweisen sich jene Behauptungen als irrig, denen zufolge eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung angeblich von der Eigentumsgarantie des Art. 14 I GG gefordert sei.

2. Kollektiv-rechtlicher Bestandsschutz, Gleichheitssatz und Rückwirkung

- a) Fehlt es insoweit an den Voraussetzungen für eine individual-rechtliche und damit eigentumsfähige Zuordnung der Alterungsrückstellung schon aus der Sicht des einzelnen Versicherungsnehmers, so verstärkt sich diese Feststellung im Lichte der *kollektiv-rechtlichen Gesamtstruktur* der Alterungsrückstellung. Diese ist, wie gezeigt, rein kollektiv angelegt und nur kollektiv-rechtlich definierbar. Wenn ein Mitglied aus dem Kollektiv ausscheidet, so wächst „seine“ Alterungsrückstellung zwar über die sog. „Vererbung“ dem Kollektiv im übrigen zu. Dies bedeutet auf Seiten des Kollektivs aber keine Bereicherung, da die typischen Ausscheidensvorgänge bereits kalkulatorisch, also schon bei der Bestimmung der Alterungsrückstellung und ihrer prämiemäßigen Berechnung insgesamt, über den Kalkulationsfaktor der Stornowahrscheinlichkeit berücksichtigt sind. Wenn man unabhängig hiervon – noch zusätzlich – für eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung im Falle des Ausscheidens aus dem Kollektiv votieren wollte, so würde die Risiko- und Solidargemeinschaft bzw. die kollektive Beobachtungseinheit sogar *doppelt* betroffen sein: nämlich zum einen durch die bereits vorab einkalkulierte Stornowahrscheinlichkeit und zum anderen durch den nachträglichen (erneuten) Entzug des jeweiligen Individualanteils an der Alterungsrückstellung. Die kollektive Struktur der Alterungsrückstellung vermittelt deren Mitgliedern insgesamt einen Status der Rechtsgleich-

49 Vgl. Fn. 19

heit, der sich lediglich durch den vorab einkalkulierten Faktor der Stornowahrscheinlichkeit relativiert sieht. Wenn beim Ausscheiden eines Versicherungsnehmers noch eine „Mitgabe“ erfolgte, so würde sich dies für den Bestand insgesamt als eine *vermögensmäßige Verschlechterung und Ungleichbehandlung* darstellen. Man kann es auch so ausdrücken, dass erst durch die „Mitgabe“-Entscheidung ein individualisierter „Anteil“ des einzelnen Versicherungsnehmers aus der kollektiv-rechtlich verfassten und kalkulierten Rückstellungsmasse insgesamt herausgeschnitten und damit zum eigenständigen Individualrecht erhoben würde. Ein solcher Schnitt ist indessen, wie gezeigt, kalkulatorisch und damit auch rechtlich nicht möglich. Denn bei Wahrung der Risikogleichheit aller Mitglieder der Beobachtungseinheit müsste nach den jeweiligen Individualrisiken differenziert werden, was wiederum die Bestimmbarkeit des jeweiligen Individualrisikos voraussetzt. Da dies jedoch nicht möglich ist, wäre jede Anteilbestimmung und Herausschneidung eines solchen Individualanteils aus dem Gesamtkollektiv nicht gleichheitsgerecht, wäre mit anderen Worten willkürlich. Aus diesem Grunde erweist sich auch die Behauptung als rechtlich falsch, dass die Nicht-„Mitgabe“ der Alterungsrückstellung gegen den allgemeinen *Gleichheitssatz des Art. 3 I GG* verstieße.⁵⁰ Dies ist gerade nicht der Fall bzw. es gilt gerade umgekehrt die Feststellung, dass eine willkürliche Herausschneidung eines bestimmten „Individualanteils“ aus der kollektiven Alterungsrückstellung seinerseits gleichheitswidrig wäre, also gegen den Gleichheitssatz des Art. 3 I GG verstieße. Dies gilt jedenfalls für den gegebenen Bestand der jeweiligen Alterungsrückstellung.⁵¹

- b) Dieser Feststellung lässt sich auch nicht der Umstand entgegenhalten, dass eine „Mitgabe“ der (individualisierten) Alterungsrückstellung zum neuen Versicherer einen dortigen (neuen) Risikoausgleich bewirken würde. Denn auf der Grundlage der Kalkulationshoheit und Kalkulationsfreiheit eines jeden Versicherers lassen sich die unterschiedlichen Kalkulationen bzw. Risikobestimmungen bei den jewei-

50 Vgl. Fn. 4

51 Vgl. auch Kalis, VersR 2001, 14 f

ligen Versicherern weder tatbestandlich vereinheitlichen noch rechtlich zusammenführen. Jeder Versicherer steht für sich, ein jeder Versicherer bestimmt seine Risiken und seine Beobachtungseinheiten und damit seine Alterungsrückstellungen in eigener Autonomie und eigener Verantwortung. Anderes würde nur dann gelten, wenn man alle Versicherer zu einem einheitlichen System der Alterungsrückstellung zusammenführen oder zusammenschließen würde – namentlich in Gestalt eines entsprechenden *Finanzausgleichssystems*. Dies würde aber die Gesamtstruktur der privaten Krankenversicherung grundlegend verändern, wie noch im einzelnen näher auszuführen sein wird.

Wenn dem ausscheidenden Versicherungsnehmer „seine“ (individuelle) Alterungsrückstellung „mitgegeben“ wird, so wird damit in den *Bestand* der Alterungsrückstellung insgesamt eingegriffen und dies mit *rückwirkender Qualität*. Denn jeder Teilnehmer an einer (kollektiven) Alterungsrückstellung hat einen *Vertrauensschutz* darauf, dass die Alterungsrückstellung in ihrem entsprechenden Bestand auch ihm im Alter Rechtssicherheit bzw. die entsprechende Erwartung garantiert, dass seine Prämie jedenfalls nicht aus Gründen allein der Alterung erhöht wird. Diese Erwartung impliziert zwar kein entsprechendes Anwartschaftsrecht. Diese Erwartung begründet aber einen Vertrauensschutz, der aus rechtsstaatlichen Gründen geschützt ist. Da es sich um einen entsprechenden Eingriff in einen bereits gegeben Bestand handelt, wäre im Falle einer Regelung, die die individuelle „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung ermöglichte, von einem Fall der *echten bzw. retroaktiven Rückwirkung* zu sprechen, die nach der ständigen Rechtsprechung des *BVerfG* grundsätzlich rechtsstaatswidrig und damit verfassungswidrig ist – ausgenommen solche Fälle, die von einem überragend wichtigen Gemeinschaftsinteresse getragen sind.⁵² Von einem solchen Gemeinschaftsinteresse kann im hiesigen Fall indessen nicht die Rede sein. Folgerichtig wäre die Einführung

52 Vgl. z.B. BVerfGE 11, 139 (145 f); 22, 241 (248); 25, 371 (404); 30, 367 (386 f); 63, 343 (353); 67, 1(15)

einer entsprechenden „Mitgabe“-Regelung nicht nur als gleichheitswidrig, sondern auch als verfassungswidriger Rückwirkungseingriff zu qualifizieren.

- c) Unter gleichheitsrechtlichen Aspekten kommt ein weiterer Einwand hinzu: Jeder Versicherer bestimmt seine Kalkulation, seine Risikodefinitionen und damit auch seine Beobachtungseinheiten in eigener Verantwortung. Dies bedeutet, dass erneut Ungleichheiten auftreten können, wenn ein Versicherungsnehmer von dem einen Versicherer zu dem anderen wechselt, obwohl beide Versicherer unterschiedliche Alterungsrückstellungen, unterschiedliche Kalkulationen und damit auch unterschiedliche Bestandsgewährleistungen in ihren Rückstellungssystemen begründet haben. Dies kann zum einen bedeuten, dass der wechselnde Versicherungsnehmer in ein neues Kollektiv eintritt, das über höhere Alterungsrückstellungen verfügt, er also seinerseits faktisch begünstigt wird. Eine solche Begünstigung würde er aber zu Lasten des Bestandes im neuen Kollektiv erfahren, ohne dass er eine eigene Gegenleistung erbracht hätte. Folgerichtig würde insoweit nicht nur in die Bestandsrechte des neuen Kollektivs – wiederum mit rückwirkender Qualität! – eingegriffen, sondern würde auch ein allein willkürlich zu nennender Tatbestand der *Ungleichbehandlung*, also ein Tatbestand entstehen, der gegen *Art. 3 I GG* verstößt. Umgekehrt würde sich ebenso ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz dann ergeben, wenn der die Versicherung wechselnde Versicherungsnehmer aus einem Kollektiv ausscheidet, das eine günstigere Kalkulation und Risikodefinition enthielt als der neue Versicherer. In diesem Falle würden durch die „Mitgabe“ „seiner“ Alterungsrückstellung die Mitglieder des neuen Kollektivs in wiederum einer Weise begünstigt, für die es ebenso keinen sachlichen Rechtfertigungsgrund gibt. Auch insoweit wäre also von einem Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des *Art. 3 I GG* auszugehen.
- d) Verfassungsrechtlich könnten sich die vorstehenden Auswirkungen einer „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung auch als Verstöße gegen *Grundrechte der Versicherer* erweisen. Diese verfügen namentlich über die Eigentumsgarantie des *Art. 14 I GG* über das Recht auf

Schutz ihres eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetriebes.⁵³ Dieses Recht schützt zwar nicht vor wirtschaftlichen Verlusten bzw. vor dem Entzug bestimmter wirtschaftlicher Chancen⁵⁴. Andererseits schützt dieses Recht aber vor einem Entzug bereits vermögensrechtlich zu qualifizierender Eigentums- oder Rechtspositionen, soweit diese für den (auch) wirtschaftlichen Bestand des jeweils betroffenen Unternehmens von existentieller Bedeutung sind.⁵⁵ Dieser Grenzfall würde im Falle einer „Mitgabe“-Regelung im Bereich der Alterungsrückstellungen dann relevant werden, wenn eine solche „Mitgabe“-Regelung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung von derart existentieller Auswirkung wäre oder werden könnte. Ein solcher Fall ist indessen und derzeit nicht ersichtlich. Dennoch muss der Gesetzgeber, der ggf. eine solche „Mitgabe“-Regelung initiieren wollte, auch diesen Tatbestand – zumindest vorsorglich – mit beachten. Jedenfalls büßen die Versicherungsunternehmen im Falle der „Mitgabe“ von Altersrückstellungen wirtschaftliche Chancen und Erwerbsmöglichkeiten ein, was aus der Sicht des Grundrechts der Berufsfreiheit gemäß Art. 12 I GG Relevanz erlangen kann. Denn Art. 12 I GG schützt auch allgemein die Erwerbsfreiheit vor unverhältnismäßigen Einschränkungen oder unverhältnismäßigen Restriktionen.⁵⁶ Im Sinne der schrankenrechtlichen Stufentheorie zu Art. 12 I GG würde zwar lediglich die freie Berufsausübung der Versicherungsunternehmen eingeschränkt, was nach der Rechtsprechung des *BVerfG* grundsätzlich schon bei „vernünftigen Gemeinwohlgründen“ statthaft ist. Selbst wenn man einen solchen „vernünftigen Gemeinwohlgrund“ aber in der Eröffnung einer „Mitgabe“-Möglichkeit für Alterungsrückstellungen sehen wollte, bliebe die Frage der Verhältnismäßigkeit doch im verfassungsrechtlich kritischen Sinne zu beantworten. Denn die Alterungsrückstellung stellt gerade kein aus-

53 Vgl. in dieser Richtung Kalis, *VersR* 2001, 15

54 Vgl. *BVerfGE* 45, 142 (173); 68, 193 (223); 77, 84 (118); 81, 208 (227 f); siehe allgemeiner noch *BVerfGE* 58, 300 (345)

55 Vgl. allgemein bes. *BVerfGE* 1, 264 (277 f); 13, 225 (229); 45, 272 (296); 50, 290 (340); 58, 81 (112)

56 Vgl. näher sowie m.w.Nachw. Scholz, in: *Maunz/Dürig, GG*, Art. 12 Rdnr. 139

57 Vgl. grundlegend *BVerfGE* 7, 377 (378 LS 6. a.)

schließliches Recht des einzelnen (Individualrecht), sondern ein entsprechendes Kollektivrecht dar, weshalb die kollektiven Interessen der innerhalb einer Beobachtungseinheit zusammengeschlossenen Versicherungsunternehmer zumindest gleichrangig mit dem Recht des einzelnen behandelt werden müssen. Aus dem entsprechenden Zusammenhang von Art. 12 I GG einerseits und Art. 3 I GG andererseits folgt damit eine weitere verfassungsrechtliche Einschränkung für jede Form einer „Mitgabe“-Regelung, die die Interessen der Versicherer zum einen und des Kollektivs der Versicherungsnehmer zum anderen nicht in geboten – verhältnismäßiger Form wahrte.

3. Zum DKV-Modell

- a) Wie im einzelnen gezeigt, unterscheidet sich das Modell der DKV zur „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung grundlegend von den sonstig diskutierten, sei es kollektiv- oder sei es individual-rechtlichen Ansätzen. Das DKV-Modell versucht die individuelle Alterungsrücklage in Gestalt von entsprechenden Bonus-Jahren zu realisieren, wobei die tatsächlich eingezahlte Alterungsrücklage allerdings beim früheren Versicherer verbleiben soll und der neue Versicherer dem wechselndem Versicherungsnehmer entsprechende Bonus-Jahre gutschreiben soll. Hinsichtlich der notwendigen Gleichheit und damit in gleichheitsgerechter Weise vorzunehmenden Kalkulation der jeweiligen Alterungsrücklagen sucht das DKV-Modell die Lösung über den einheitlichen Grundschutz, also den für alle DKV-Unternehmen identischen Einheitstarif, sowie über den korrespondierenden Kontrahierungszwang. Damit werden die *Vertragsfreiheit*, die *Kalkulationsfreiheit* und auch die *Wettbewerbsfreiheit* im Bereich der privaten Krankenversicherung erheblich beschränkt, was bereits zur Frage führt, ob solche Beschränkungen verfassungsrechtlich geschützter Grundfreiheiten zu einem Zwecke der hiesigen Art, nämlich einer „Mitgabe“-Möglichkeit der Alterungsrückstellung, verfassungsmäßig sind. Dass die Kalkulations- und die Wettbewerbsfreiheit grundrechtlichen Schutz im Rahmen der Art. 12 I/14 I bzw. des Art. 2 I GG genießen, wurde bereits oben im einzelnen ausgeführt.

Das Gleiche gilt für die Vertragsfreiheit. Auch sie untersteht grundrechtlichem Schutz entweder gemäß Art. 12 I/Art. 14 I GG oder gemäß Art. 2 I GG.⁵⁸ Für Versicherungsverträge ist davon auszugehen, dass insoweit das Hauptfreiheitsrecht des Art. 2 I GG maßgebend ist. Ein substantieller Unterschied zu den Gewährleistungen aus Art. 12 I/14 I GG besteht jedoch nicht.

Diese grundrechtlichen Gewährleistungen der Vertrags-, Wettbewerbs- und Kalkulationsfreiheit können sämtlich gesetzlicherseits eingeschränkt werden, dies aber nur nach Maßgabe des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Die Verhältnismäßigkeit einer solchen Freiheitsbeschränkung beurteilt sich wiederum und namentlich nach dem Rang desjenigen Schutzgutes, zu dessen Gunsten die entsprechenden Freiheitsbeschränkungen eingeführt werden sollen. Das hier in Frage stehende Schutzgut wäre das der „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung. Diese soll dem einzelnen ausscheidenden Versicherungsnehmer „mitgegeben“ werden, was bekanntlich eine entsprechende „Individualisierung“ zugunsten des betreffenden Versicherungsnehmers voraussetzt; und dies ist, wie das DKV-Modell implizit einräumt oder erkannt hat, nach den gegebenen kollektiv-rechtlichen Kalkulations-, Risiko- und Vertragsgestaltungen der privaten Krankenversicherung nicht ohne eine grundlegende Änderung in Richtung eines einheitlichen Grundschutzes nebst Kontrahierungszwang möglich. Dies führt aber zu ganz erheblichen, gravierenden Eingriffen in die vorgenannten grundrechtlich geschützten Freiheitsbereiche, also Eingriffe, die schon eines sehr substantiellen Schutzgutes bedürfen, um ihrerseits den Grundsätzen einer verhältnismäßigen Lösung zu genügen. Hier geht es jedoch nur um die Möglichkeit, dem einzelnen Versicherungsnehmer, der seine Versicherung verlassen will, die Alterungsrückstellung „mitzugeben“. Dabei findet nach dem DKV-Modell im übrigen keine komplette oder echte „Mitgabe“ statt, weil nach dem DKV-Modell die Alterungsrückstellung des einen Versicherer verlas-

58 Zur Vertragsfreiheit siehe m.w.Nachw. Scholz, in: Maunz/Dürig GG, Art. 12 Rdnr. 49, 72, 84, 86, 126, 132

senden Versicherungsnehmers beim ursprünglichen Versicherer bleiben soll und lediglich der neue Versicherer über die Lösung der Bonus-Jahre eine „Mitgabe“ gewährleisten bzw. finanzieren soll. Dies alles ist in keinem Falle als von so hochrangiger Schutzgüterbedeutung anzusehen, dass korrespondierend derart gravierende Eingriffe in die Wettbewerbs-, Kalkulations- und Vertragsfreiheit als verhältnismäßig erscheinen können. Aus diesem Grunde muss das DKV-Modell schon aus dieser Sicht als verfassungswidrig oder doch verfassungsrechtlich außerordentlich problematisch beurteilt werden. Dies alles noch ohne Rücksicht auf die Frage, ob *das* DKV-Modell überhaupt eine in sich schlüssige „Mitgabe“-Konzeption zu realisieren vermag.

- b) Das DVK-Modell versucht die Alterungsrückstellung zugunsten des einzelnen Versicherungsnehmers nach den Jahren der Zugehörigkeit zum früheren Versicherer in Gestalt von *Bonus-Jahren* zu realisieren. Gegen diesen Lösungsansatz sprechen jedoch erhebliche Rechtsgründe, weil sich die kollektiv-rechtlich strukturierte Alterungsrückstellung nicht in der Form solcher Bonus-Jahre auflösen oder „individualisieren“ lässt. Die entsprechenden Bonus-Jahre spiegeln nicht mehr als die Zeit der Zugehörigkeit zum früheren Versicherer wieder, sagen über den „angesparten“ Prämienchutz sowie über die erreichte Risikoabsicherung jedoch nichts aus. Im Gegenteil, wenn mit der Zahl der erreichten Bonus-Jahre ein höheres Maß an „mitgegebener“ Alterungsrückstellung gewährleistet werden soll, so gilt in Wahrheit – über die Zeitschiene gerechnet – das Gegenteil. Denn je länger ein Versicherungsnehmer krankenversichert ist, je älter er im Rahmen dieses Versicherungsschutzes geworden ist, desto größer wird das Risiko altersbedingter Erkrankung (auch) in seiner Person. Dies bedeutet, dass eine „Mitgabe“-Lösung, die sich gerade an solchen Zeitabläufen bzw. damit auch am entsprechenden Alter des den Versicherer wechselnden Versicherungsnehmers orientiert, im Verhältnis zum neuen Versicherer das Verhältnis von abzusicherndem Risiko und prämiennmäßiger Leistung buchstäblich auf den Kopf stellt. Der neue Versicherer übernimmt ein ungleich schlechteres Risiko und muss zugleich oder dennoch ein höheres Maß an Rückstellung in Gestalt-

tung entsprechender Bonus-Jahre gewähren. Die Grundidee der Alterungsrückstellung wird damit buchstäblich in ihr Gegenteil verkehrt.

- c) Des weiteren ist festzustellen, dass auch eine solche Bonus-Lösung zu *keinem eigentumsfähigen Individualrecht* führt. Es ist zwar richtig, dass ein solcher Bonus, der sich auf der Grundlage eines Zeitablaufs in finanziellen Erleichterungen niederschlägt, seinerseits ein vermögensmäßiges Individualrecht zu begründen vermag. Dieses Recht leitet sich aber aus dem Kollektiv der Alterungsrückstellung bei einem (früheren) Versicherer ab – eine Feststellung, die auch nicht dadurch widerlegt wird, dass die in die Alterungsrückstellung eingegangenen Prämienleistungen des ausgeschiedenen Versicherungsnehmers beim früheren Kollektiv verbleiben. Im Gegenteil, gerade wenn der Grundgedanke einer eigentumsrechtlichen Lösung angestrebt wird, so müsste die vermögensmäßig-wirtschaftliche Korrespondenz zwischen jenen früheren Prämienleistungen des ausgeschiedenen Versicherungsnehmers und der Gutschrift in Gestalt seiner jetzigen Bonus-Jahre, die zu Lasten des neuen Versicherers gehen sollen, hergestellt werden. Eine solche Korrespondenz ist jedoch nicht gegeben. Der neue Versicherer wird zur Gewähr des entsprechenden Bonus verpflichtet, ohne dass er hierfür eine Gegenleistung erhalten hat. Seine Situation verschlechtert sich sogar noch umso mehr, je älter der jeweils wechselnde Versicherungsnehmer ist, weil die Größe des zu versichernden Risikos mit dem wachsenden Alter des Versicherungsnehmers bekanntlich wächst. Mit anderen Worten: Obwohl der neue Versicherer keine entsprechenden Prämienleistungen im Sinne der Alterungsrückstellung vom neuen Versicherungsnehmer erhalten hat, muss er diesen doch so stellen, ab ob dieser über den Zeitraum der entsprechenden Mitgliedschaftsjahre beim früheren Versicherer solche Leistungen an ihn, dem neuen Versicherer, erbracht hat. Hierfür gibt es jedoch keinen Rechtsgrund – abgesehen davon, dass der Versuch unternommen wird, den die Versicherung wechselnden Versicherungsnehmer „individuell“ so zu stellen, als ob er seine Leistungen an den früheren Versicherer real zum neuen Versicherer hat „mitnehmen“ dürfen. Eben dies ist jedoch nicht der Fall. Ein eigentumsfähiges Vermögensrecht zugunsten des die Versicherung wechselnden Versiche-

rungsnehmers setzt, wie gezeigt, eine vermögensmäßige Rechtsposition voraus, die nicht nur privatnützig, sondern auch auf eigenen Leistungen des betreffenden Versicherungsnehmers beruht. Eine solche Leistung hat der die Versicherung wechselnde Versicherungsnehmer jedoch im Verhältnis zur neuen Versicherung nicht erbracht. Folgerichtig kann ihm auch insoweit kein eigentumsfähiges Vermögensrecht bzw. ein in gleicher Weise zu qualifizierendes Anwartschaftsrecht zuerkannt werden. Im Verhältnis zum alten Versicherer, bei dem die Alterungsrückstellung verbleibt, gilt das Gleiche; und zwar aus den bereits dargelegten (allgemeinen) kollektiv-rechtlichen Gründen, die für die Alterungsrückstellung insgesamt gelten und die vom DKV-Modell insoweit nicht in Frage gestellt oder verändert werden.

Der neue Versicherer muss den die Versicherung wechselnden Versicherungsnehmer so stellen, wie dies die betreffenden Bonus-Jahre ausweisen. Dies geschieht wiederum zu Lasten derjenigen Versicherungsnehmer beim neuen Versicherer, die ihrerseits die jeweilige Beobachtungseinheit bzw. das jeweilige Kollektiv in der Alterungsrückstellung bei dieser Versicherung bilden. Insoweit bedeutet das DKV-Modell eine Regelung zu Lasten Dritter, angefangen vom neuen Versicherer bis zur Risiko und Solidargemeinschaft der beim neuen Versicherer zusammengefassten Versicherungsnehmer (Beobachtungseinheit). Eine *solche Regelung zu Lasten Dritter* bedeutet für diese in verfassungsrechtlicher Sicht eine *Zwangsabgabe* oder *Zwangleistung*, für die kein rechtlicher Grund gegeben ist. Insoweit werden diese Versicherungsnehmer bzw. der neue Versicherer (in seiner Gesamtheit) in deren vermögensmäßig-wirtschaftlichen Verhältnissen zugunsten des neuen Versicherungsnehmers belastet, ohne dass hierfür eine rechtfertigender Grund angeführt werden könnte. Dies umso weniger auch deshalb, weil der neue Versicherer bzw. das dortige Kollektiv sogar mit Risiken belastet werden, die mit wachsendem Alter des neuen Versicherungsnehmers wachsen und zugleich bzw. dennoch ein sogar höheres Maß an vermögensmäßigem Schutz (Prämienbegünstigung) vermitteln sollen. Dies greift eindeutig in die verfassungsrechtlichen Rechte des neuen Versicherers bzw. seiner Alterungsrückstellungssysteme ein. Insoweit ist davon auszu-

gehen, dass jedenfalls ein Verfassungsverstoß gegen das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb beim neuen Versicherer gemäß Art. 14 I GG gegeben ist. Darüber hinaus droht ein weiterer Verfassungsverstoß in der Person aller derjenigen, die beim neuen Versicherer im Kollektiv (Beobachtungseinheit) alterungsrückstellungsmäßig miteinander verbunden sind. Die diesen mittelbar aufgebürdete Zwangsabgabe oder Zwangsbelastung verletzt diese entweder in ihrer kollektiv-rechtlichen Vermögensposition oder bzw. jedenfalls in ihrem Recht aus Art. 2 I GG (ungerechtfertigte Belastung mit einer Zwangsleistung oder Zwangsabgabe als Eingriff in das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit).

- d) Ein weiterer Grundrechtsverstoß ergibt sich aus der Sicht des allgemeinen *Gleichheitssatzes* gemäß Art. 3 I GG. Denn das DKV-Modell begründet eine Ungleichbehandlung zwischen dem alten und dem neuen Versicherer, da der Letztere über die Bonus-Gewähr die Alterungsrückstellung, die beim alten Versicherer angesammelt worden ist, übernehmen bzw. zugunsten des wechselnden Versicherungsnehmers kompensieren soll. Für eine solche Ungleichbehandlung gibt es keinen sachlichen Grund. Dieser erscheint willkürlich und kann deshalb vor dem allgemeinen Gleichheitssatz gemäß Art. 3 I GG nicht bestehen.

Das Gleiche gilt im Verhältnis des die Versicherung wechselnden Versicherungsnehmers und des Bestandes an Versicherungsnehmern beim neuen Versicherer. Denn dieser Bestand bzw. dessen Kollektiv wird verpflichtet, das Alterungsrisiko für den neuen Versicherungsnehmer – über die Bonus-Gewähr – aus seinem Bestand zu finanzieren, ohne dass hierfür wiederum ein sachlicher Grund angeführt werden könnte. Folgerichtig droht auch insoweit ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 I GG.

- e) Insgesamt erweist sich das DKV-Modell nach alledem als verfassungsrechtlich außerordentlich problematisch. Selbst wenn der Gesetzgeber sich entschließen sollte, dieses Modell zu realisieren, würde dies verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen sein.

4. Zum wettbewerblichen Argument

Betrachtet man die bisherigen Feststellungen, so offenbart sich sehr rasch, dass auch das von den Befürwortern einer „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung vorrangig angeführte wettbewerbliche Argument nicht stichhaltig ist. Denn wie sich im einzelnen gezeigt hat, leiden alle „Mitgabe“-Modelle daran, dass sie ihrerseits neue bzw. andersgeartete Beschränkungen der Wettbewerbsfreiheit implizieren – eine Feststellung, die naturgemäß vor allem für das DKV-Modell gilt. Auch aus der Sicht einer Verbesserung des Wettbewerbs auf dem Markt der privaten Krankenversicherungen ergibt sich also kein verfassungsrechtlich durchschlagendes Argument zugunsten einer „Mitgabe“-Regelung im Bereich der Alterungsrückstellungen. Abgesehen davon, dass auch die grundrechtliche Gewährleistung der Wettbewerbsfreiheit gemäß Art. 12 I/Art. 14 I bzw. Art. 2 I GG über keinen absoluten Schutzanspruch bzw. entsprechenden Vorrang gegenüber anderen grundrechtlichen Freiheitsgewährleistungen verfügt, würde auch bei immanenter Bewertung der wettbewerblichen Vorteile wie Nachteile einer entsprechenden „Mitgabe“-Regelung die Feststellung einer auch wettbewerblich eher schädlichen Veränderung überwiegen.

5. Differenz zwischen Alt- und Neugeschäft?

Alle vorstehenden Ausführungen befassten sich mit „Mitgabe“-Lösungen, die auch rückwirkend wirksam werden, die also auch bzw. vor allem das gegebene Bestandsgeschäft betreffen. Folgerichtig bleibt abschließend noch zu fragen, ob eine „Mitgabe“-Regelung für das Neugeschäft, also pro futuro, verfassungsrechtlich realisierbar wäre. Grundsätzlich ist dies der Fall, soweit die Alterungsrückstellung entsprechend „individualisierbare“ Rechtskategorien anzunehmen vermag. Dies ist auf der Grundlage des gegebenen Systems, wie gezeigt, aber nicht möglich. Folgerichtig könnte eine Neuregelung nur in der Richtung diskutiert werden, dass die Alterungsrückstellungen bei sämtlichen Unternehmen der privaten Krankenversicherung einheitlich ausgebildet werden (insoweit bestünde eine Parallele zum DKV-Modell) und zugleich in ein Sys-

tem der Austauschbarkeit und damit auch Übertragbarkeit vom einen Versicherer zum anderen Versicherer überführt würden. Dies ließe sich nur über ein übergreifendes Finanzausgleichssystem gewährleisten, das die miteinander konkurrierenden PKV-Unternehmen im Falle des Wechsels eines Versicherungsnehmers verpflichteten, einen entsprechenden Finanzausgleich herzustellen, der allerdings mangels realvermögensrechtlicher Individualisierungsmöglichkeit der einzelnen Alterungsrückstellung nur in typisierter und damit finanzausgleichsmäßig-übergreifender Form realisiert werden könnte. Dies ließe sich allein in der Form denken, dass ein Finanzausgleichssystem eingeführt würde, das mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattet werden würde und damit im jeweiligen Einzelfall dem Alt-Versicherer eine bestimmte finanzielle Leistung zugunsten des Neu-Versicherers als Ausgleichsumlage aufgeben könnte. Dies alles könnte und dürfte aber wiederum nicht willkürlich geschehen; dies alles bedürfte der entsprechenden versicherungsmathematischen Fundierung. Und dies führt wiederum zur Grundproblematik der Alterungsrückstellung und ihrer nicht individualen, sondern nur kollektiv möglichen Kalkulationsgrundlagen zurück.

IV. Fazit

Als Ergebnis ist nach alledem festzuhalten, dass eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung im Falle des Wechsels eines Versicherungsnehmers vom einen Versicherungsunternehmen zum anderen Versicherungsunternehmen verfassungsrechtlich grundsätzlich ausgeschlossen ist. Dies gilt jedenfalls für das System des gegebenen Bestandes (Alt-Geschäfte). Ob für die Neu-Geschäfte bzw. pro futuro eine gesetzliche Regelung zu realisieren wäre, die in verfassungsmäßiger Form eine „Mitgabe“ der Alterungsrückstellung möglich machte, kann mangels entsprechender Modelle noch nicht abschließend beurteilt werden. Jedenfalls bedürfte es hierzu aber eines übergreifenden Finanzausgleichssystems, das für den gesamten Bereich und Markt der privaten Krankenversicherung maßgebend und verbindlich zu werden hätte.

Im übrigen erweist sich die Alterungsrückstellung als ein ausschließlich

kollektiv-rechtlich begründeter und definierbarer Tatbestand, dem jede Form einer „Individualisierung“ bzw. Übersetzung in individual-rechtliche Vermögenspositionen verschlossen ist. Die (individuelle) Alterungsrückstellung stellt in diesem Sinne auch kein eigentumsfähiges Vermögensrecht im Sinne des Art. 14 I GG dar. Dies bedeutet wiederum dass auch kein Anspruch auf entsprechende „Mitgabe“ verfassungsrechtlich begründet werden kann. Gegen eine entsprechende „Mitgabe“ sprechen darüber hinaus eine ganze Reihe verfassungsrechtlicher Argumente – angefangen von den grundrechtlichen Schutzpositionen der Versicherer selbst bis hin zum allgemeinen Gleichheitssatz gemäß Art. 3 1 GG.

Professor Dr. Ulrich Meyer

**„Verbesserung des Wettbewerbs in der PKV
durch Verstärkung der Wechseloptionen“**



Professor Dr. Ulrich Meyer
Universität Bamberg

„Verbesserung des Wettbewerbs in der PKV durch Verstärkung der Wechseloptionen“

Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren. Ich danke dem Verband für die Einladung, hier zu sprechen. Ich finde es gut, dass der Verband jemanden wie mich einlädt, wohl wissend, dass die Meinung, die ich vertrete, nicht der des Verbandes entspricht oder, um es gleich ganz klar auszudrücken, der Verbandsmeinung ganz fundamental widerspricht. Ich bin für eine Übertragung der Alterungsrückstellung bei Wechsel des Versicherers in der PKV, ich halte die Übertragung für möglich und für geboten. Darüber will ich hier sprechen.

Wir alle sind uns, denke ich, doch darüber einig, dass im gegenwärtigen System der privaten Krankenversicherung in Deutschland faktisch die Wechselmöglichkeit der Bestandskunden stark eingeschränkt ist. Wer 20 Jahre oder länger in der PKV versichert ist, kann zwar formal jederzeit seinen Vertrag kündigen und zu einem anderen Versicherer wechseln. Faktisch ist das aber in den meisten Fällen nicht möglich – jedenfalls nicht sinnvoll, da der Versicherungsnehmer beim Wechsel des Versicherers seine Alterungsrückstellung verliert und daher bei einem

neuen Versicherer nur mit einer weit höheren Prämie Versicherungsschutz erhält. Der Wettbewerb um die Bestandskunden ist also in der PKV stark eingeschränkt. Es gibt Wettbewerb in der PKV um die Neukunden, und zwar zwischen den verschiedenen Unternehmen der PKV, und insbesondere auch Wettbewerb mit der GKV. Aber darüber will ich hier nicht sprechen.

Ich höre immer wieder die Frage: Wozu soll Wettbewerb, also die faktische Wechselmöglichkeit der Bestandskunden, denn gut sein? Ist die PKV in Deutschland nicht gut? Wozu brauchen wir denn Wettbewerb um die Bestandskunden? – Lassen Sie mich dazu ein paar allgemeine Worte sagen, bevor ich zur eigentlichen Sache komme und ins Detail gehe:

Wettbewerb ist wesentlicher Bestandteil der Marktwirtschaft; Marktwirtschaft funktioniert nur richtig, wenn Wettbewerb herrscht. Wettbewerb ist Ausdruck der Freiheit für die Unternehmens- und die Nachfrageseite. Ich stelle meine Ausführungen hier insbesondere auf die Nachfrager ab. Es ist ein Übel, dass der Nachfrager als Bestandskunde in der PKV keine Freiheit der Wahl hat. Ich berate derzeit meine drei Söhne, bei welchem Unternehmen sie sich privat krankenversichern sollen. Ich selbst brauche mir darüber keine Gedanken zu machen: Ich habe mich vor 30 Jahren, als ich noch überhaupt nichts von privater Krankenversicherung verstand, für ein Unternehmen entschieden – und egal, was das Unternehmen jetzt macht, welche Geschäftspolitik das Unternehmen heute verfolgt, kann ich aus diesem Unternehmen nicht mehr heraus; ich bin dem Unternehmen mit Haut und Haaren ausgeliefert. Ähnlich dürfte es Ihnen allen ergehen. Ich könnte mich von meiner Frau scheiden lassen; das wäre teuer (und ich habe das auch gar nicht vor). Aber das PKV-Unternehmen zu wechseln, wäre noch teurer, wenn nicht gar völlig unmöglich. Dieser Zustand widerspricht fundamental dem Freiheitsgedanken der Marktwirtschaft.

Was ist aber eigentlich aus gesamtwirtschaftlicher Sicht der wesentliche Nutzen des Wettbewerbs? Wettbewerb ist ein Entdeckungsverfahren mit offenem, d. h. unbekanntem Ausgang. Betrachten wir als Beispiel die

Automobilbranche: Auf den ersten Blick sieht es so aus, als könne man die Automobilbranche gesamtwirtschaftlich viel besser, viel effizienter ohne Wettbewerb organisieren. Wenn es nur einen Anbieter gäbe (oder zwei, die ich ganz abstrakt als Trabi und Wartburg bezeichnen möchte), könnte man gesamtwirtschaftlich sehr viele Kosten sparen: Kosten doppelter Entwicklung von Modellen, Kosten vielfacher Lagerhaltung usw. Es müsste nicht in jeder Stadt viele Werkstätten (für die unterschiedlichen Marken) geben, die alle ihre eigenen Ersatzteile und Reparaturverfahren vorhalten müssen. Die Realität zeigt, dass eine marktwirtschaftliche, wettbewerbliche Organisation der Automobilbranche die besseren Marktergebnisse hervorbringt. Ich brauche das nicht näher auszuführen. Der Wettbewerbsdruck bringt bessere und letztlich auch preiswertere Produkte bzw. Dienstleistungen hervor. – Das ist mit Wettbewerb als Entdeckungsverfahren gemeint. Soweit mein Plädoyer für Marktwirtschaft auch innerhalb der PKV. Auch da kann der Wettbewerb Verbesserungen bringen.

Wettbewerb in der PKV könnte man auf ganz unterschiedliche Art und Weise einführen – z. B. durch Einführung eines Kontrahierungszwangs für die privaten Krankenversicherungsunternehmen mit allen erforderlichen Konsequenzen, wie etwa einheitlichem Versicherungsschutz aller Unternehmen, Risikoausgleich oder Ähnlichem. Darüber will ich hier nicht sprechen. Ich plädiere für den geringst möglichen Eingriff in das bei uns bestehende System der privaten Krankenversicherung, und der besteht in der Einführung der Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung bei Versicherungswechsel. Ich gehe hier auf die damit vorhandenen Probleme und Vorschläge für Problemlösungen, wie sie in Tabelle 1 aufgelistet sind, unterschiedlich ausführlich ein.

Nr.	Problem	Problemlösung
1	Risikoselektion	Übertragung der individuellen prospektiven AR
2	Bestimmung der Höhe der individuellen prospektiven AR	<ul style="list-style-type: none"> – Vorhandene Methoden bez. Risikozuschlag – Neue Datensammlung (eventuell beim Verband) – Verwendung neuer Erkenntnisse der GKV (morbidityabhängiger RSA)
3	Kollektiver Charakter der AR („kein individueller Sparprozess“)	PKV = Versicherung gegen <ul style="list-style-type: none"> – Krankheitskosten beim gegenwärtigen Gesundheitszustand – Verschlechterung des Gesundheitszustands
4	Möglichkeit negativer AR	Wirklich relevant??
5	Wartezeit- und Selektionsgewinne	Änderung der Kalkulation(sverordnung): besonders gute Risiken müssen Prämienabschlag bekommen.
6	Prämienanstieg durch fehlendes Storno	Insgesamt steigen die Prämien nicht! (Es erfolgt nur eine andere Verteilung der Beitragslast auf Wechsler und „Bestandstreue“)
7	Kosten des Wechsels	Keine neue Abschlussprovision Beteiligung des VN an den Transaktionskosten des Wechsels
8	Rechnungslegung der beteiligten VU	Geeignete Verbuchung möglich (ev. Änderung des Bilanzrechts)
9	Inflation	Abzinsung zukünftiger monetärer Größen (nur) mit dem Rechnungszinssatz (3,5%)

Nr.	Problem	Problemlösung
10	Spezielle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen	– Trend einkalkulieren – „Hochrisikopool“
11	Einheitstarif in PKV	Nicht richtig: Versicherungsleistungen erforderlich im abgebenden und aufnehmenden Tarif können unterschiedlich sein
12	Renditeverlust durch höhere Liquiditätsanforderung	Unerhebliche Größenordnung
13	Wechsel zur GKV	z. B.: AR fließt in Risikostrukturausgleich ein
14	Sonstiges Ausscheiden aus PKV	z. B.: Mitgabe der AR als Rentenversicherung

Tabelle 1: Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung: Problem und Problemlösungen

(1) Das wichtigste Problem bei der Übertragung der Alterungsrückstellung ist die Risikoselektion. Ich will das kurz erläutern: Stellen Sie sich vor, wir haben zwei Versicherungsnehmer X und Y, die beide heute 50 Jahre alt und beide vor 20 Jahren in die PKV eingetreten sind. Beide mögen heute *rechnungsmäßig* 80.000 DM Alterungsrückstellung haben. X sei heute noch kerngesund, Y sei heute zuckerkrank oder habe schon zwei Schlaganfälle gehabt oder Ähnliches. Beide wollen heute von einem Unternehmen A zu einem Unternehmen B wechseln. Wenn man ihnen jetzt – durch staatliche Verordnung erzwungen – die rechnungsmäßigen Alterungsrückstellungen mitgeben würde, wäre das Ergebnis, dass nur X wechseln kann. Er findet mit der mitgebrachten Alterungsrückstellung Versicherungsschutz zu einer Prämie, die ungefähr auf dem vorigen Niveau liegt. Y kann nicht wechseln: entweder wird er gar nicht genommen oder nur mit hohen Risikozuschlägen oder mit sonstigen Einschränkungen. Faktisch können dann nur die guten Risiken wech-

seln, die schlechten Risiken verbleiben also im Bestand des abgebenden Unternehmens, hier Unternehmen A. Dies kann auf Dauer gesehen durch Risikoentmischung zum Zusammenbruch des Unternehmens A führen.

Ich plädiere jetzt dafür – und das ist der Kern dessen, worüber ich sprechen will – dass nicht die *rechnungsmäßige*, sondern die *individuelle prospektive* Alterungsrückstellung mitgegeben werden soll. Unter der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung eines Versicherungsnehmers verstehe ich denjenigen Geldbetrag, der ausreicht, um zusammen mit den zukünftigen Prämieinnahmen dieses Versicherten die zukünftig für diesen Versicherten zu erwartenden Krankheitskosten abzudecken. Dieser Betrag hängt natürlich für den einzelnen wechselwilligen Versicherungsnehmer von seinem inzwischen eingetretenen Gesundheitszustand ab. Er könnte beispielsweise für das gute Risiko X 40.000 DM betragen und für das inzwischen schlechtere Risiko Y 250.000 DM. Man kann leicht erkennen, dass mit diesen mitgebrachten Beträgen für beide in gleicher Weise die Möglichkeit des Unternehmenswechsels gegeben ist. Darüber sind sich eigentlich alle Beteiligten im Wesentlichen auch einig. Allerdings gibt es dabei eine Reihe von einzelnen Problemen, auf die ich jetzt eingehen will.

(2) Das Problem der Risikoselektion ist durch die individuelle prospektive Alterungsrückstellung zu lösen. Ganz wichtig ist daher natürlich die Bestimmung der konkreten Höhe dieser individuellen Alterungsrückstellung. Das ist ein nicht einfaches Problem. Dazu ist nach einer bestimmten Vertragslaufzeit aus dem inzwischen eingetretenen Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers oder allgemeiner gesagt: aus den Risiken, die sich hinter dem Gesundheitszustand verbergen, der zukünftige Krankheitskostenbedarf dieses Versicherungsnehmers abzuschätzen. Dies halte ich für das wichtigste (aber ein lösbares) Problem. Zur Lösung bedarf es sicherlich der Zusammenarbeit medizinischen und versicherungstechnischen Sachverständigen, was ich hier natürlich nicht im Detail ausführen kann. Ich will nur kurz drei Punkte ansprechen:

(a) Es gibt schon derzeit bei der Festsetzung des Risikozuschlags für einen Neukunden Überlegungen bzw. Rechnungen, die der Versicherer durchführen muss, zur Abschätzung der Mehrkosten aufgrund von Vorerkrankungen. Das ist im Prinzip genau das, was man zur Ermittlung der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung braucht. Es liegen also schon entsprechende Erkenntnisse bzw. Erfahrungen vor. (b) Daneben müsste man sicherlich weitere Daten sammeln und Zusammenhänge erforschen. Ich könnte mir gut vorstellen, dass das eine Aufgabe des Verbandes sein kann, der für alle Unternehmen die Informationen zusammenführt und entsprechende Modelle entwickelt. (c) Schließlich möchte ich darauf hinweisen, dass derzeit in der GKV im Rahmen eines Forschungsauftrags genau solche Daten gesammelt werden. In der GKV soll, das ist inzwischen Gesetzesentwurf¹, ab 2007 der Risikostrukturausgleich durch eine morbiditätsabhängige Komponente ergänzt werden. Dazu muss für alle bestehenden Krankheiten und auch für alle vorkommenden Kombinationen von Krankheiten empirisch ermittelt werden, wie viel an Mehrkosten durch diese Krankheitsbilder durchschnittlich auf die Versicherung zukommt.

(3) Neben diesem Problem sind aber insbesondere aus dem Bereich der PKV-Unternehmen eine Reihe weiterer Probleme in Bezug auf die Übertragung der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung genannt worden. So wird argumentiert, die Alterungsrückstellungen hätten einen kollektiven Charakter, sie seien nicht das Ergebnis eines individuellen Sparvorgangs; daher könne man bei Ausscheiden eines einzelnen Versicherungsnehmers aus dem Kollektiv diesem Versicherungsnehmer nicht „seine individuelle“ Alterungsrückstellung mitgeben; das sei aus Systemgrundsätzen grundsätzlich nicht möglich. – Es ist natürlich richtig, dass die Alterungsrückstellungen für ein Kollektiv ohne Bezug auf die in diesem speziellen Tarif vorhandenen Risiken gebildet werden. Wenn in einem Tarif etwa fünf Aids-Kranke, drei Bluter und eine Reihe weiterer teurer Kunden (also schlechter Risiken) sind, dann wird nicht speziell für diese Versicherungsnehmer eine Rückstellung gebildet. Die-

1 BT-Drucksache 14/6432 vom 26.06.2001

se zukünftig zu erwartenden Mehrkosten werden nicht durch Bildung entsprechender Rückstellungen „ausbilanziert“, wie etwa eine lebenslang zu zahlende Rente für ein Unfallopfer in der Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung. Die Alterungsrückstellungen in der PKV werden vielmehr aufgrund allgemeiner Daten über die altersabhängigen Kopfschäden in diesem Tarif kalkuliert und angesammelt. Nichtsdestoweniger müssen die Alterungsrückstellungen eines Tarifs insgesamt natürlich ausreichen, um zusammen mit den zukünftigen Beitragszahlungen die Kosten aller Versicherungsnehmer, auch der inzwischen schlechten Risiken, zu finanzieren. Wenn nun ein einzelner Versicherungsnehmer aus diesem Kollektiv durch Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen ausscheiden will, dann erspart dieser Versicherungsnehmer dem Versicherer die Finanzierung *seiner individuellen* zukünftigen Krankheitskosten, und zwar in Höhe seiner individuellen prospektiven Alterungsrückstellung. Ich kann nicht sehen, warum es aus Systemgründen nicht möglich sein soll, dem Versicherungsnehmer den entsprechenden Betrag „mitzugeben“.

Um es anders auszudrücken: Der Versicherungsnehmer erwirbt durch Abschluss der privaten Krankenversicherung Versicherungsschutz einerseits bezüglich der Krankheitskosten bei seinem gegenwärtigen Gesundheitszustand (bei Abschluss der Versicherung), also für die Grippe, den gebrochenen Arm oder was einem sonst normalerweise zustoßen kann. Andererseits hat der Versicherungsnehmer aber im System der deutschen privaten Krankenversicherung wegen der Unkündbarkeit seitens des Unternehmens Schutz auch gegen eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands, also für die Situation, wenn er Altersdiabetes bekommt oder sich irgendeine andere Krankheit zuzieht, bei der er lebenslang teure Behandlung braucht.² Die Mitgabe der individuellen pro-

2 Das ist übrigens nicht selbstverständlich. In den USA wird ein Krankenversicherungsvertrag durch das Unternehmen gegebenenfalls gekündigt, wenn der Versicherungsnehmer ein schlechtes Risiko geworden ist. Ich möchte an dieser Stelle ganz deutlich sagen, dass ich das deutsche System der privaten Krankenversicherung für gut halte. Ich kenne kein besseres. Das heißt aber natürlich nicht, dass man dieses nicht noch verbessern kann, und darum bemühe ich mich hier.

spektiven Alterungsrückstellung beim Versicherungswechsel ist nichts anderes als die Realisierung dieses langfristigen Aspektes des Versicherungsschutzes. Der Versicherungsnehmer soll ja gerade nur soviel Alterungsrückstellung mitbekommen, wie das abgebende Unternehmen in Zukunft dem Erwartungswert nach einsparen wird. Soviel zum Einwand „Kollektiver Charakter der Alterungsrückstellung“.

(4) Weiterhin wird argumentiert, es könnte sein, dass ein Versicherungsnehmer so gesund ist, dass seine individuelle prospektive Alterungsrückstellung negativ ist (d. h. es wäre zu erwarten, dass er in Zukunft mehr Prämien zahlen, als er Leistungen beanspruchen würde). Negative Alterungsrückstellungen könnten aber kaum mitgegeben werden. – Ich halte dieses Argument für irrelevant. Es ist zu fragen, welche Typen von Versicherungsnehmern negative Alterungsrückstellungen haben können. Betrachten wir als Beispiel einen 50-jährigen, der vor 20 Jahren in die PKV eingetreten ist. Ein solcher Versicherungsnehmer hat eine kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe von ca. 75.000 DM. Das bedeutet, dass – durchschnittlichen Gesundheitszustand vorausgesetzt – seine zukünftigen Beiträge nicht ausreichen werden, um seine Krankheitskosten zu decken; es fehlen vielmehr 75.000 DM (die durch seine Alterungsrückstellung gedeckt sind). Wie gesund muss demgegenüber ein 50-jähriger sein, dessen Alterungsrückstellung negativ ist, von dem man also prognostizieren kann, dass er (voraussichtlich) in Zukunft mehr Beiträge zahlen wird als er Leistungen erhalten wird? Jeder (noch so Gesunde) kann einen Unfall haben, einen Schlaganfall bekommen und lange Jahre halbseitig gelähmt sein o. Ä. Es erscheint unrealistisch, dass es Menschen gibt, von denen man feststellen kann, dass für sie alle möglichen Gesundheitsgefährdungen in ihrer weiteren Lebenszeit so unwahrscheinlich sind, dass sie um 75.000 DM geringere Krankheitskosten verursachen werden als es dem Durchschnitt entspricht. (Zur Klarstellung: Natürlich gibt es 50-jährige Versicherungsnehmer, die bis zu ihrem Lebensende *tatsächlich* sehr viel weniger als die durchschnittlichen Kosten verursachen; hier geht es aber um die Erkennbarkeit dieses Sachverhalts – dem Erwartungswert nach – im Vorhinein.)

Übrigens verwundert es mich, das Argument der negativen Alterungsrückstellung von Unternehmensvertretern zu hören, die ansonsten bestreiten, dass man individuelle prospektive Alterungsrückstellungen überhaupt berechnen kann.

(5) Der nächste Punkt betrifft Wartezeit- und Selektionsgewinne, die entstehen, wenn jemand erstmalig in die PKV eintritt. Selektionsgewinne³ beruhen darauf, dass Neukunden wegen der bei einem Neuantrag durchgeführten Risikoprüfung systematisch überdurchschnittlich gesund sind: sie haben aber eine Prämie zu zahlen, deren Höhe mittels Rechnungsgrundlagen von durchschnittlichen Risiken ermittelt wird. Diese Gewinne fallen bei einem Versicherungswechsel (bei der hier vorgeschlagenen Mitgabe der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung) nicht noch einmal an. – Dies ist ein technisch komplexes Problem, das in der herkömmlichen Art der Kalkulation begründet liegt und zu dessen Lösung eine Änderung der Kalkulationsverordnung erforderlich ist.⁴ Insbesondere müsste dabei (zumindest für Versicherungswechsler) die Asymmetrie beseitigt werden, dass für schlechte Risiken ein Risikozuschlag kalkuliert wird, für noch so gute Risiken aber kein *Risikoabschlag* (oder Rabatt).

(6) Ich komme zum Punkt „Prämienanstieg durch fehlendes Storno“. Es könne doch nicht richtig sein, wird argumentiert, dass ich zur Einführung von Wettbewerb eine Maßnahme vorschlage, die ganz unzweideutig dazu führe, dass alle Prämien ansteigen würden. – Es ist natürlich richtig, dass man Alterungsrückstellungen nur dann mitgeben kann, wenn man das Storno nicht schon bei der Prämienkalkulation prämiensenkend berücksichtigt hat. (Deswegen kann derzeit die Alterungsrück-

3 Auf Wartezeitgewinne soll hier nicht eingegangen werden.

4 Alle meine Ausführungen gehen von einem ggfs. zu ändernden gesetzlichen Rahmen aus. Dass Manches von dem hier Vorgeschlagenen „de lege lata“ nicht machbar ist, ist also klar. Insofern widersprechen auch verschiedene jüngere Urteile des Bundesgerichtshofs zur Mitgabe der Alterungsrückstellung nicht meinen Ausführungen. Ich rede über eine andere (ein bisschen bessere) private Krankenversicherung als die heutige.

stellung auch nicht mitgeben werden.) Ohne die Rechnungsgrundlage „Storno“ ergeben sich aber – besonders zu Beginn des Versicherungsvertrags – höhere Prämien. Es ist aber nicht richtig, dass durch Wegfall von Storno bei der Kalkulation und Mitgabe der (individuellen prospektiven) Alterungsrückstellung *insgesamt* das Prämienniveau steigt. Die Versicherten *in ihrer Gesamtheit* brauchen *nicht* mehr zu zahlen. Durch Übertragung der Alterungsrückstellung und fehlendes Einrechnen von Storno würden lediglich die Belastungen der Beitragszahler anders verteilt zwischen denjenigen, die wechseln, und denjenigen, die nicht wechseln. Diese durchaus intendierte andere Verteilung führt zu mehr Gerechtigkeit: Wenn jemand aus irgendeinem Grund – und sei es, dass er sich über den Sachbearbeiter seiner Krankenversicherung geärgert hat – wechseln möchte (was im Prinzip sein gutes Recht ist), dann ist er derjenige, der beim heutigen System die ganze Anpassungslast trägt. Seine Alterungsrückstellung in Höhe von beispielsweise 75.000 DM ist verloren; er ist durch den Wechsel um 75.000 DM ärmer (weil er lebenslang eine höhere Prämie zahlen muss, der abgezinste Mehrbetrag entspricht dem Verlust der Alterungsrückstellung). Irgendwelche anderen Versicherungsnehmer (nicht wechselnde Bestands- oder Neukunden) profitieren davon, indem sie durch Einrechnung von Storno ermäßigte Prämien zahlen. Ist das gerecht?

(7) Ich habe bisher von speziellen Kosten des Wechsels abstrahiert. Natürlich fallen aber durch den Wechsel selbst zusätzliche Kosten an. Wettbewerb ist häufig mit zusätzlichen Kosten verbunden. (Denken Sie an die zusätzliche Lagerhaltung in der Automobilindustrie, bei 30 statt nur zwei Anbietern.) Durch den Wettbewerb sollen aber (im voraus nicht bekannte) Einsparungen erzielt werden, die das in der Regel weit überkompensieren.

Die wichtigsten Kosten des Wechsels sind die neu anfallenden Abschlussprovisionen. Ich schlage daher vor, dass bei Wechsel des Unternehmens keine neue Abschlussprovision gezahlt wird. (Die Provisionierung der Versicherungsvermittler sollte mehr über Bestands- als über Abschlussprovisionen erfolgen.) Damit würde gleichzeitig der Anreiz der Vertreter beseitigt, Abwerbung zu betreiben, also Versicherungsneh-

mer in ein anderes Unternehmen zu überführen, in der Regel zum Nachteil des betroffenen Kunden. Natürlich soll es eine neue Abschlussprovision geben, wenn und soweit der Versicherungsschutz im Zuge eines Unternehmenswechsels erhöht wird. Wenn also ein Beamter (50 %-Tarif) aus dem Staatsdienst ausscheidet und sich anlässlich eines Berufswechsels bei einem neuen Unternehmen voll (100 %) versichert, so darf für den Umfang der Erhöhung des Versicherungsschutzes selbstverständlich Provision gezahlt werden.

Daneben fallen aber auch Verwaltungskosten des Wechsels an, etwa für eine Gesundheitsprüfung oder die Bestimmung der individuellen prospektiven Alterungsrückstellungen. An diesen Kosten kann der wechselwillige Versicherungsnehmer beteiligt werden (z. B. in Höhe von 1 % der mitzugebenden Alterungsrückstellung, mindestens 100 DM, höchstens 500 DM). Diese Kostenbeteiligung würde zwar auch ein Wettbewerbshemmnis darstellen, aber eines, das klein ist gegenüber der jetzigen Situation mit einem Verlust von beispielsweise 75.000 DM Alterungsrückstellung beim Wechsel oder der gänzlichen Unmöglichkeit des Wechsels.

(8) Bezüglich des nächsten Punktes „Rechnungslegung der beteiligten Versicherungsunternehmen“ wird wie folgt argumentiert: Betrachten wir einen wechselwilligen kranken Versicherungsnehmer X, der 100.000 DM im Jahr an zusätzlichen Kosten⁵ braucht und eine Rest-Lebenserwartung von 10 Jahren hat. Dann müsste das abgebende Unternehmen ihm (ohne Berücksichtigung von Verzinsung) 1 Mio. DM an individueller prospektiver Alterungsrückstellung mitgeben. Diesen Betrag hat das Unternehmen zum Zeitpunkt des Wechsels aber nicht zur Verfügung; der Wechselnde verursacht also einen Aufwand von 1 Mio. DM bei seinem alten Versicherer, der zu einer Gewinnminderung in dieser Höhe führt. – Diese Wirkung wird bei folgender bilanziellen Be-

5 Gemeint sind die zur Ermittlung der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung relevanten Kosten, also die Kosten über die vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämien hinaus.

handlung des Vorgangs (ggfs. nach einer entsprechenden Änderung des Bilanzrechts) vermieden: Das abgebende Unternehmen A aktiviert bei Übertragung der Alterungsrückstellung von 1 Mio. DM in einer neu zu schaffenden Bilanzposition (Aktivseite)

Vorauszahlung für Wechsler aus Tarif TA⁶

den Betrag von 1 Mio. DM. Diese Bilanzposition wird im Laufe von 10 Jahren durch Belastung des Tarifs TA mit jährlich 100.000 DM aufgelöst. Der verbleibende Versichertenbestand von Tarif TA ist dadurch ebenso belastet als wäre der Wechsler nicht gegangen, sondern geblieben und würde Jahr für Jahr 100.000 DM zu Lasten des Tarifs TA beanspruchen.

Entsprechend hat das aufnehmende Unternehmen B durch die mitgebrachte Alterungsrückstellung zusätzliche Aktiva in Höhe von 1 Mio. DM, die es durch Bildung einer neu zu schaffenden Bilanzposition (Passivseite)

Rückstellungen für Wechsler in den Tarif TB

in Höhe von 1 Mio. DM neutralisieren muss. Aus dieser Position ist 10 Jahre lang der Betrag von jeweils 100.000 DM zu entnehmen und zur Finanzierung der Leistungen des Tarifs TB zu verwenden. Die Versicherungsnehmer im Tarif TB sind bei diesem Vorgehen nicht schlechter gestellt als ohne den Zugang des Versicherungsnehmers X, da die zusätzlichen Kosten von Versicherungsnehmer X in Tarif TB jährlich gerade 100.000 DM betragen. Abbildung 2 stellt diese Situation schematisch dar.

⁶ TA sei der Tarif, aus dem Versicherungsnehmer X in Unternehmen A ausscheidet, TB sei der Tarif in Unternehmen B, in das der Versicherungsnehmer X hineinwechselt.

<p>Gewinn- und Verlustrechnung des abgebenden Versicherungsunternehmens A</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Aufwand aus abgeflossenen Alterungsrückstellungen <div style="text-align: right;">1 Mio.</div> </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Ertrag aus einer Vorauszahlung für Wechsler aus Tarif TA <div style="text-align: right;">1 Mio.</div> </td> </tr> </table>	S	H	Aufwand aus abgeflossenen Alterungsrückstellungen <div style="text-align: right;">1 Mio.</div>	Ertrag aus einer Vorauszahlung für Wechsler aus Tarif TA <div style="text-align: right;">1 Mio.</div>	<p>Gewinn- und Verlustrechnung des abgebenden Versicherungsunternehmens B</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Aufwand aus Zuführung zu Rückstellungen für Wechsler in den Tarif TB <div style="text-align: right;">1 Mio.</div> </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Ertrag aus zugeflossenen Alterungsrückstellungen <div style="text-align: right;">1 Mio.</div> </td> </tr> </table>	S	H	Aufwand aus Zuführung zu Rückstellungen für Wechsler in den Tarif TB <div style="text-align: right;">1 Mio.</div>	Ertrag aus zugeflossenen Alterungsrückstellungen <div style="text-align: right;">1 Mio.</div>				
S	H												
Aufwand aus abgeflossenen Alterungsrückstellungen <div style="text-align: right;">1 Mio.</div>	Ertrag aus einer Vorauszahlung für Wechsler aus Tarif TA <div style="text-align: right;">1 Mio.</div>												
S	H												
Aufwand aus Zuführung zu Rückstellungen für Wechsler in den Tarif TB <div style="text-align: right;">1 Mio.</div>	Ertrag aus zugeflossenen Alterungsrückstellungen <div style="text-align: right;">1 Mio.</div>												
<p>Bilanz des abgebenden Versicherungsunternehmens A</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">P</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (Minderung des Geldvermögens wegen abgeflossener Alterungsrückstellungen) – 1 Mio. </td> <td style="border: 1px solid black; width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Vorauszahlung für Wechsler aus Tarif TA <div style="text-align: right;">+ 1 Mio.</div> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 50%;"></td> </tr> </table>	A	P	(Minderung des Geldvermögens wegen abgeflossener Alterungsrückstellungen) – 1 Mio.		Vorauszahlung für Wechsler aus Tarif TA <div style="text-align: right;">+ 1 Mio.</div>		<p>Bilanz des abgebenden Versicherungsunternehmens B</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">P</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 50%;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (Mehring des Geldvermögens aus übertragenen Alterungsrückstellungen) + 1 Mio. </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Rückstellung für Wechsler in den Tarif TB <div style="text-align: right;">+ 1 Mio.</div> </td> </tr> </table>	A	P			(Mehring des Geldvermögens aus übertragenen Alterungsrückstellungen) + 1 Mio.	Rückstellung für Wechsler in den Tarif TB <div style="text-align: right;">+ 1 Mio.</div>
A	P												
(Minderung des Geldvermögens wegen abgeflossener Alterungsrückstellungen) – 1 Mio.													
Vorauszahlung für Wechsler aus Tarif TA <div style="text-align: right;">+ 1 Mio.</div>													
A	P												
(Mehring des Geldvermögens aus übertragenen Alterungsrückstellungen) + 1 Mio.	Rückstellung für Wechsler in den Tarif TB <div style="text-align: right;">+ 1 Mio.</div>												
<p>10 Jahre lang:</p> <p>Belastung von Tarif TA mit jährlich 100.000 DM zur Tilgung der obigen Vorauszahlung</p>	<p>10 Jahre lang:</p> <p>Entnahme von jährlich 100.000 DM aus der obigen Rückstellung für die laufenden Aufwendung von Tarif TB</p>												

Abbildung 2: Berücksichtigung der zu übertragenden Alterungsrückstellung in Gewinn- und Verlustrechnung und Bilanz

Natürlich basiert die dargestellte Abwicklung nur auf Erwartungswerten („10 Jahre lang 100.000 DM“). Tatsächlich könnte Versicherungsnehmer X schon nach 7 Jahren oder erst nach 15 Jahren sterben und die jährlichen (Mehr-)Kosten können mehr oder weniger als die als Mittelwert zu erwartenden 100.000 DM sein. Mit dieser Art Unsicherheit sollen Versicherungsunternehmen aber umgehen können.

(9) Der nächste Punkt, Inflation, macht die Übertragung der Alterungsrückstellung etwas schwieriger, weil man wegen der Inflation im Zeitpunkt des Wechsels noch nicht weiß, wie hoch die zukünftigen Krankheitskosten sein werden. Für den Moment sei unterstellt, die Krank-

heitskosten (die zu erbringenden Versicherungsleistungen) würden im Zeitablauf (nur) gerade genau mit der Rate der Inflation ansteigen. Wenn bei der Berechnung der Alterungsrückstellung alle zukünftigen Versicherungsleistungen mit dem Rechnungszinssatz 3,5 % abgezinst werden und der tatsächliche (Nominal-) Zinssatz in etwa um die Inflationsrate höher als der Rechnungszinssatz ist, so entsteht daraus kein Problem. Zukünftig höheren Leistungen stehen nämlich durch zukünftig höhere Zinserträge entsprechend höhere Rückstellungen gegenüber.

(10) Nun sind aber im Gesundheitswesen Kostensteigerungen systematisch höher als die Inflationsrate. Den die Inflationsrate übersteigenden Teil will ich „spezielle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen“ nennen. Diesen Kostensteigerungen stehen nicht gewissermaßen automatisch höhere zu erzielende Zinserträge gegenüber; werden diese speziellen Kostensteigerungen bei der Ermittlung der individuellen prospektiven Alterungsrückstellung nicht berücksichtigt, so sind diese systematisch zu niedrig. Diese Kostensteigerungen müssen also in die individuelle prospektive Alterungsrückstellung eingerechnet werden, und zwar in der Höhe, die zum Zeitpunkt des Wechsels als wahrscheinlich erscheint.

Die richtige Abschätzung der zukünftigen Krankheitskosten hat besondere Bedeutung für wechselwillige Versicherungsnehmer mit schweren (teuren) Erkrankungen (oder Risiken). Allerdings ist für Personen mit schweren Erkrankungen häufig die zu erwartende Restlebenszeit nicht sehr groß, sodass das Problem von der zeitlichen Dimension her eher nicht zu bedeutend erscheint.⁷

7 Falls die Ermittlung individueller prospektiver Alterungsrückstellungen für besonders hohe Risiken nicht hinreichend zuverlässig möglich erscheint, könnte man auch an die Einführung eines alle privaten Krankenversicherer umfassenden Hochrisikopools denken. Dabei würde es sich zwar um einen an sich systemfremden Eingriff in den Bereich der PKV handeln, der Eingriff wäre aber geringfügig gemessen an anderen Eingriffen, die zur Ermöglichung des Unternehmenswechsels in der PKV vorgeschlagen werden.

(11) Es wird argumentiert, individuelle prospektive Alterungsrückstellungen ließen sich nur ermitteln, wenn die Versicherungsleistungen von abgebendem und aufnehmendem Unternehmen sich genau entsprächen (denn nur dann könnten die zu ermittelnden Alterungsrückstellungen beider Unternehmen sich entsprechen), wenn in der PKV also lediglich ein Einheitstarif vertrieben würde. – Diese Argumentation missversteht das Prinzip der Mitgabe der Alterungsrückstellungen: Die Alterungsrückstellung eines wechselwilligen Versicherungsnehmers wird vom abgebenden Unternehmen ermittelt (und mitgegeben). Das *aufnehmende* Unternehmen ermittelt die Prämie, die vom Wechsler im angestrebten Tarif unter Berücksichtigung der mitgebrachten Alterungsrückstellung zu zahlen sein wird. Die versicherten Leistungen (und die Kosten der Leistungserbringung) können in beiden Unternehmen unterschiedlich sein. Wechselt beispielsweise jemand aus einem Einbettzimmertarif (eines Unternehmens A) in einen Zweibettzimmertarif (eines Unternehmens B), so wird die mitzugebende Alterungsrückstellung auf der Basis der Kosten eines Einbettzimmers ermittelt. Sie ist also „relativ“ hoch, sodass sich im Unternehmen B insoweit eine relativ niedrige Prämie ergibt.

(12) Weiter wird argumentiert, dass die Mitgabe der Alterungsrückstellung zu einem Renditeverlust im Bereich der PKV führen würde, weil die Unternehmen immer damit rechnen müssten, dass ihnen durch abfließende Alterungsrückstellungen Liquidität entzogen wird. Sie müssten eine andere Anlagepolitik bezüglich ihrer Rückstellungen betreiben, wodurch die am Markt zu erzielende Rendite sinkt. – Dieser Effekt (z. B. 6,81 % Rendite statt 6,84 %) dürfte kaum so wesentlich sein, dass sich damit überzeugend gegen eine so wichtige Sache wie die Einführung von Wettbewerb um die Bestandskunden in der PKV argumentieren lässt.

(13) Die letzten beiden Punkte der Tabelle 1 sind vielleicht die strittigsten, ich kann sie hier aus Zeitgründen nicht ausführlich diskutieren, sondern nur kurz andeuten. Was geschieht mit der (nicht über Stornowahrscheinlichkeiten in den Tarif eingerechneten) Alterungsrückstellung eines Versicherten, der 20 Jahre in der PKV versichert war und

dann in die GKV wechselt? – Das Problem tritt heute seltener auf als früher, als es durchaus Gang und Gebe war, in jungem Alter privatversichert zu sein und dann im Alter (wenn die Prämien stark anstiegen) unter das schützende Dach der GKV zu flüchten. Aber auch heute tritt der Fall des Wechsels in die GKV natürlich noch auf. Systematisch richtig ist es, wenn der Versicherte seine individuelle prospektive Alterungsrückstellung mitnimmt und sie in geeigneter Form der GKV überträgt. Da innerhalb der GKV relativ freizügig zwischen den verschiedenen Kassen gewechselt werden kann (und zwar ohne Mitgabe von Alterungsrückstellungen), kann eine mitgebrachte Alterungsrückstellung nicht einfach der „ersten“ Kasse zufließen. Denkbar wäre stattdessen ein Einfließen von aus der PKV mitgebrachten Alterungsrückstellungen in den Risikostrukturausgleich der GKV. Eine solche Übertragung ist angemessen, da der als älterer Versicherter zur GKV Wechselnde der GKV als Ganzes (dem Erwartungswert nach) relativ hohe Versicherungsleistungen aufbürdet, ohne selbst (als junger Versicherter) sich an der Umlage innerhalb des „Generationenvertrags“ beteiligt zu haben. Die individuelle prospektive Alterungsrückstellung stellt hierzu – in Abhängigkeit vom Risiko des Wechselnden – gerade ein angemessenes „Eintrittsgeld“ in die GKV dar.

(14) Schließlich gibt es auch Versicherungsnehmer, die aus der PKV ausscheiden, ohne anschließend in der GKV Mitglied zu werden – etwa weil sie im Alter von 50 Jahren nach Kanada auswandern. Was soll mit deren Alterungsrückstellung geschehen? – Ich halte diesen Punkt nicht für ein zentrales Problem. Eine mögliche Lösung könnte darin bestehen, die individuelle prospektive Alterungsrückstellung in eine Rentenversicherung⁸ umzuwandeln und in dieser Form dem ausscheidenden Versicherungsnehmer mitzugeben.

So viel zu den in Tabelle 1 aufgeführten Problemen und möglichen Lösungen. Zum Abschluss möchte ich noch ein Wort zur Alterungsrück-

8 Zur Vermeidung von unerwünschten Anreizwirkungen könnte zwingend eine Rentenversicherung ohne Kapitalwahlrecht vorgesehen werden.

stellung, die aus dem 10 %-Zuschlag gebildet wird, und zur Alterungsrückstellung in der PPV sagen.

Für eine Mitgabe der „10 %-Alterungsrückstellung“ beim Versichererwechsel stellt keiner der angesprochenen Punkte (vgl. Tabelle 1) ein Problem dar: Die 10 %-Alterungsrückstellung ist ein individueller Ansparovorgang. Ihre Mitgabe bei Wechsel löst für sich genommen keine Risikoselektion aus. Ihre Höhe (gezahlte Beträge plus Verzinsung) ist klar. Sie hat keinen kollektiven Charakter. Sie kann nie negativ werden. Es gibt keine Wartezeit- oder Selektionsgewinne usw.⁹ Es ist daher überhaupt nicht einzusehen, warum nicht *zumindest* die Alterungsrückstellung aus dem 10 %-Zuschlag mitgegeben werden kann. Die 10 %-Alterungsrückstellungen sind zwar derzeit noch sehr gering, aber es ist abzusehen, dass sie in Zukunft die Größenordnung der „normalen“ Alterungsrückstellungen erreichen werden.

Ähnlich verhält es sich in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV): Auch die (seit 1995 bestehende) private Pflegepflichtversicherung ist im Wesentlichen nichts anderes als ein Ansparen von Geldbeträgen für das Alter. (Wie viele 30- oder 40-jährige brauchen Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung?) Daraus ergibt sich, dass die für die PKV zu lösenden Probleme für die PPV teils gar nicht existieren, teils sehr viel einfacher zu lösen sind. Insbesondere ist in der PPV der Tarif einheitlich für alle Unternehmen¹⁰, und es gibt einen Pool aller PKV-Unternehmen, der einen Teil der Risiken der PPV ausgleicht.

Ich bin der festen Überzeugung, dass zumindest die Übertragbarkeit der 10 %-Alterungsrückstellungen und der Alterungsrückstellungen aus der PPV in den nächsten Jahren realisiert werden wird.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

9 Der einzige auch die 10 %-Alterungsrückstellung betreffende Punkt ist Punkt 12 „Renditeverlust durch höhere Liquiditätsanforderung“, der aber nicht entscheidend sein kann.

10 in Bezug auf die Nettoprämie; durch die unternehmenseigenen Zuschläge unterscheiden sich die vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Bruttoprämien geringfügig.

**Verbesserung des Wettbewerbs in der
privaten Krankenversicherung durch Verstärkung
der Wechseloptionen zwischen PKV-Unternehmen ?**

1. Vorbemerkung	79
2. Anbieterwettbewerb im gegliederten Gesundheitssystem	80
2.1 Wettbewerb zwischen PKV und GKV (Systemwettbewerb)	80
2.2 Wettbewerb innerhalb der GKV	82
2.3 Wettbewerb innerhalb der PKV	84
2.3.1 Wettbewerb um Neukunden	85
2.3.2 Wettbewerb um Bestandskunden	86
3. Das Kalkulationsprinzip der PKV	87
3.1 Grundsätze der Vertragsgestaltung	87
3.2 Grundsätze der Kalkulation	87
4. Rechtliche Rahmenbedingungen zur Verstärkung der Wechseloption	89
5. Denkbare Modelle zur Verstärkung der Wechseloptionen	90
5.1 Modelle mit Beibehaltung der Annahmefreiheit	95
5.1.1 Die Individualisierung der Alterungsrückstellung .	95
5.1.2 Fakultatives Ansparmodell	98
5.1.3 Ergänzungstarif zur zusätzlichen Ansammlung eines Kapitals zum Ausgleich des finanziellen Verlustes	99
5.1.4 Barleistung bei Storno unter Beibehaltung des kollektiven Charakters der Alterungsrück- stellung	103
5.1.5 Vertragliche Trennung zwischen „Risikoprämie“ und „Sparprämie“	110

5.2 Modelle mit Annahmezwang	112
5.2.1 DKV-Modell – Bonusjahrmodell	112
5.2.2 Vereinte-Modell „Anrechnung der Anwartschaft auf die Altersvorsorge“ im Grundschatz	114
6. Zusammenfassung der Bewertungen	114
7. Literaturverzeichnis	117



Generaldirektor Josef Beutelmann
Vorstandsvorsitzender der Barmenia
Krankenversicherung a.G., Wuppertal

Abschlussbericht der Kommission „Wechsel“ im PKV-Verband

Verbesserung des Wettbewerbs in der privaten Krankenversicherung durch Verstärkung der Wechseloptionen zwischen PKV-Unternehmen ?

1. Vorbemerkung

Das Thema Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung (PKV) wird in jüngster Zeit immer häufiger problematisiert. Der PKV wird vorgehalten, durch die Art und Weise der Kalkulation ihre Kunden lebenslang an den Versicherungsvertrag zu binden und damit einhergehend den Wettbewerb zwischen den PKV-Unternehmen zu beschränken. Im Mittelpunkt der Diskussionen um die Intensivierung des Wettbewerbs steht die Erleichterung des Versichererwechsels. Zwar verfügt der Kunde vertragsrechtlich betrachtet während der gesamten Laufzeit über ein Kündigungsrecht. Aus wirtschaftlicher Sicht ist die rechtliche Wechseloption jedoch eingeschränkt, weil dem Kunden bei einem Wechsel seines privaten Krankenversicherers finanzielle Verluste ent-

stehen. Mit dieser Problematik hat sich bereits die von der Bundesregierung eingesetzte unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung steigender Beiträge im Alter in ihrem Gutachten von 1996 intensiv auseinandergesetzt. Ausgehend von der Überlegung, dass eine Stärkung der Wechselmöglichkeit zwischen Krankenversicherern grundsätzlich wünschenswert ist, ist sie aber zu dem Ergebnis gekommen, dass alle vorliegenden Modelle erhebliche Probleme aufweisen und daher nicht empfohlen werden können.

Neuerlich ist die Diskussion um den Wechsel in der PKV insbesondere im Zusammenhang mit Reformvorschlägen zu sehen, wie sie von zwei Branchenführern, namentlich der DKV und der Vereinte, vorgestellt wurden. Daneben erlangt das Thema aber auch Aktualität durch die von der Bundesregierung eingesetzte VVG-Kommission, die sich im Rahmen der Überlegungen zu einer Reform des Versicherungsvertragsrechts mit der Wechselmöglichkeit befassen wird, und schließlich wird seitens der Europäischen Kommission geprüft, ob die jetzige Handhabung in der PKV mit dem europäischen Wettbewerbsrecht vereinbar ist (Auskunftsverlangen an den PKV-Verband). Vor diesem Hintergrund dient die vorliegende Darstellung der kritischen Auseinandersetzung mit den in Diskussion befindlichen und alternativen Wechselmodellen. Dabei sind neben der versicherungstechnischen/aktuariellen Realisierbarkeit auch die rechtlichen Voraussetzungen für die Umsetzbarkeit sowie die Wettbewerbskonformität der Wechselmodelle zu prüfen.

2. Anbieterwettbewerb im gegliederten Gesundheitssystem

2.1 Wettbewerb zwischen PKV und GKV (Systemwettbewerb)

Wettbewerb im Gesundheitssystem ist nicht per se Ziel, sondern ein Instrument für die bessere Allokation der Ressourcen (vgl. [Sb], S. 69 f.). Diese Funktion kann der Wettbewerb nur erfüllen, wenn die Anbieter genügend dispositiven Spielraum haben. Nur dann ist gewährleistet, dass ein effizientes, auf die Präferenzen der Versicherten abgestimmtes Angebot bereitgestellt wird. In der Realität ist der Dispositionsspiel-

raum der Anbieter allerdings mehr oder weniger durch staatliche Regulierungen eingeschränkt. Der Wettbewerb kann sich insoweit nur innerhalb vorgegebener Rahmenbedingungen frei entwickeln.

Die deutsche PKV ist Teil des gegliederten Gesundheitssystems. Historisch ist die Trennlinie zwischen PKV und GKV durch das Subsidiaritätsprinzip gewachsen. Danach hat der einzelne Bürger für das Krankheitsrisiko zunächst über den Weg der Eigenvorsorge aufzukommen; nur wer schutzbedürftig ist, sollte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sein. Trotz des hohen Wohlstandsniveaus in Deutschland wird der Großteil der Bevölkerung aus der Sicht des Gesetzgebers als sozial schutzbedürftig definiert. Rund 74 % sind pflichtversichert, und unter Einbeziehung der freiwillig Versicherten kann die GKV sogar einen Anteil von fast 90 % für sich verbuchen. Demgegenüber deckt die PKV als Anbieter von Vollversicherungsschutz (substitutive Krankenversicherung) etwa 10 % der Bevölkerung ab. Dennoch spielt sie mit ihrem völlig anders gearteten Vertrags- und Kalkulationsansatz eine wesentliche Rolle in der Wettbewerbsgestaltung im Sinne eines Systemwettbewerbs hinsichtlich Leistungsstandard, Kostenentwicklung, Innovation, Service und wechselseitiger Kontrolle. Dieser in Europa wohl einzigartige Ansatz des Wettbewerbs zweier gänzlich unterschiedlicher Systeme im Anbietermarkt wirkt sich positiv befruchtend auf beide Systeme aus und wird daher auch von politischer Seite bewusst gefördert.

Der unmittelbare Wettbewerb zwischen PKV und GKV ist durch entsprechende Regelungen im Sozialgesetzbuch (§ 6 ff. SGB V) auf wohldefinierte Personengruppen beschränkt. Dies ist vom Grundsatz her nicht in Frage zu stellen, weil der Wettbewerb zwischen Systemen mit unterschiedlicher Intention und unterschiedlicher Regulierungstiefe zu intransparenten und ungewollten Verteilungswirkungen führen kann. Derzeit erstreckt sich der Wettbewerb im Wesentlichen auf drei Personengruppen, nämlich Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze, Selbständige und Freiberufler sowie Beihilfeberechtigte – ein relativ kleines Segment, das noch schmaler wird, wenn man Alters- und Gesundheitsstrukturen mit berücksichtigt. Dieses sehr begrenzte Potenzial führt zwangsläufig zu

einem verschärften Wettbewerb zwischen PKV und GKV, was mit Sicherheit für den Nachfrager mit wesentlichen Vorteilen verbunden ist. Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass die PKV – trotz ihres vergleichsweise geringen Marktanteils – für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung besitzt; denn sie leistet einen weit überproportionalen Finanzierungsbeitrag und trägt damit zur Entlastung der GKV bei. Ohne eine starke Wettbewerbsposition der PKV wäre also die GKV mit noch mehr Finanzierungsproblemen konfrontiert.

Eine weitere wesentliche Entlastungsfunktion der PKV zugunsten der GKV ist nunmehr von Hof [Ho] wissenschaftlich belegt worden. Der Wechsel von GKV-Mitgliedern in die PKV führt nicht – wie häufig behauptet – zu einer Verschlechterung der GKV-Position, sondern im Gegenteil, dieser Wechsel reduziert mittelfristig die sich durch die demographischen Veränderungen für die GKV ergebenden drastischen Finanzierungsprobleme. D.h., solange die PKV im Gesundheitswesen eine starke Wettbewerbsstellung innehat, wirkt sich dies auf den unterschiedlichsten Ebenen zugunsten der GKV aus. Zusammenfassend kann also konstatiert werden, dass das gegliederte System mit der ihm innewohnenden Wettbewerbsspannung zwischen den unterschiedlichen Systemen der PKV und der GKV wesentlich zu einem funktionsfähigen Wettbewerb im Gesundheitswesen beiträgt.

2.2 Wettbewerb innerhalb der GKV

In der GKV ist der dispositive Spielraum stark eingeschränkt. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die für den Wettbewerb besonders wichtigen Parameter der freien Preis- und Produktgestaltung. Dem Gedanken des Solidarprinzips folgend ist es der GKV nicht gestattet, ihre Beiträge nach den Risikofaktoren der Versicherten zu differenzieren. Die Beitragszahlung und die Leistungsanspruchnahme sind prinzipiell unabhängig voneinander. Die Produktgestaltung ist im Wesentlichen durch Bestimmungen des Sozialgesetzbuches gegeben. Daher sind die Leistungen für alle Mitglieder weitgehend gleich. Der Wettbewerb zwischen

den gesetzlichen Krankenkassen kann insoweit nicht über eine Preis- und Produktdifferenzierung ausgetragen werden.

Allerdings ist im Sinne einer effizienten Ressourcenallokation ein gewisses Maß an Wettbewerb auch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wünschenswert. Dies hat den Gesetzgeber dazu bewogen, mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 die ursprüngliche berufliche und regionale Gliederung zwischen den Krankenkassen aufzuheben und damit einhergehend eine freie Kassenwahl für die Versicherten zu schaffen. Bei Aufrechterhaltung des Solidarprinzips machte diese Wahlfreiheit innerhalb der GKV aber einen kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich notwendig. Dieser sollte sicherstellen, dass die einkommensproportional erhobenen Beiträge aus Sicht der Kassen individualäquivalent erscheinen, damit kein Anlass für eine wettbewerbswidrige Risikoselektion besteht (vgl. [Ca], S. 150).

Die neu geschaffene Wahlfreiheit hat jedoch kaum zu einem echten Wettbewerb geführt; denn die Möglichkeit, unternehmerische Erfolge gegenüber den Mitbewerbern zu erzielen, ist weiterhin stark eingeschränkt. Angesichts der Pflichtleistungen wird der Wettbewerb primär über unterschiedliche Beitragssätze ausgetragen. Dies hat bereits nach kurzer Zeit zu unerwünschten Nebenerscheinungen im Sinne einer Risikoentmischung geführt. Die Beitragsunterschiede zwischen den Kassen beruhen zunehmend auf einer sich auseinander bewegenden Risikostruktur und nicht – wie gewünscht – auf Effizienzunterschieden in der Betreuung der Versicherten. Der Grund liegt darin, dass gute Risiken zu Krankenkassen mit günstigen Beitragssätzen abwandern. Durch diese Risikoentmischung steigt das Volumen des Risikostrukturausgleichs jährlich an und führt dennoch nicht zu einem ausreichenden Ausgleich. Diese Fehlentwicklungen machen eine umfassende Reform des Risikostrukturausgleichs notwendig, die derzeit intensiv diskutiert wird. Dabei wird unter anderem vorgeschlagen, eine Art Wechselprämie als Ausgleich für die Risikoentmischung einzuführen ([La], S. 7 ff.). Konkret sollen dadurch die abgebende Kasse bzw. ihre Mitglieder geschützt werden, indem aus dem Transfervolumen des Risikostrukturausgleichs eine Gutschrift in Höhe der Wechselprämie (Risikoselektions-Profit) ge-

währt wird. Die Intensivierung des Wettbewerbs durch Ausweitung der Wechselmöglichkeiten erfordert also ihren "Preis" zum Schutz vor den Wirkungen einer Antiselektion.

Im Übrigen hat die freie Kassenwahl insgesamt keineswegs zu dramatischen Wanderungsbewegungen (wohl aber zu dramatischen Auswirkungen für einzelne Kassen) geführt. Für das Jahr 2000 wird die Zahl der Wechsler auf rund 1,23 Millionen beziffert. Dies entspricht bei einer Gesamtmitgliederzahl von 51,15 Millionen einer Wechslerquote von etwa 2,4% (berücksichtigt man eine geringere Versichertenzahl bei den wechselnden Mitgliedern, dürfte die Wechslerquote, bezogen auf die Versicherten, unter dem angegebenen Wert liegen). Wenn man berücksichtigt, dass es sich bei diesen Wechslern primär um junge und gesunde Versicherte handelt (obwohl auch ältere und kranke Versicherte wechseln könnten!), dann kann man abschließend festhalten, dass die seit nunmehr acht Jahren bestehende freie Kassenwahl faktisch zu einem Wettbewerb der Beitragssätze (und nicht wie angestrebt zu einem Leistungswettbewerb!) für ein begrenztes Segment geführt hat (junge/gesunde Versicherte), der aber wohl durch die Reform des Risikostrukturausgleichs aufgrund der damit verbundenen Nivellierung der Beitragssätze wieder an Intensität einbüßen dürfte.

2.3 Wettbewerb innerhalb der PKV

Unbeschadet ihrer Marktorientierung unterliegt auch die PKV im Interesse des Verbraucherschutzes seit jeher Regulierungen durch die Versicherungsaufsicht. Die Lockerung durch die zum 1. Juli 1994 in Kraft getretene Liberalisierung des Europäischen Versicherungsmarktes hat die dispositiven Spielräume der Anbieter erhöht, ohne dabei jedoch zu einer Qualitätseinbuße für die Verbraucher zu führen; denn nach wie vor genießen die Versicherten einen hohen Vertrauensschutz nach dem Grundsatz "pacta sunt servanda". Im Gegensatz zur GKV hat die PKV Freiheiten bei der Preis- und Produktgestaltung. Ihr liegt das Ordnungsprinzip der Eigenvorsorge auf der Basis des Äquivalenzprinzips zugrunde. Damit sind die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb

im Sinne der Bereitstellung eines effizienten, auf die Bedürfnisse der Verbraucher abgestimmten Angebotes deutlich günstiger.

2.3.1 Wettbewerb um Neukunden

Bereits die Vielzahl der Anbieter innerhalb der PKV mit mehr als 50 Unternehmen lässt vor dem Hintergrund des doch recht engen Marktsegments für die Vollversicherung einen hohen Wettbewerbsdruck erwarten. Positiv für die potentiellen Kunden ist aber nicht nur die breite Anbietersauswahl, ein entscheidender Vorteil liegt insbesondere auch in dem weit aufgefächerten Tarifangebot, das von einem Basis-/Standard-schutz bis zum First-Class-Schutz reicht. Die weitreichende Flexibilität bei der Produktgestaltung erlaubt es den PKV-Unternehmen, ihren Kunden individuellen, maßgeschneiderten Versicherungsschutz anzubieten. Deshalb wird in der PKV der Wettbewerb nicht nur über den Preis, sondern vor allem auch über das differenzierte Leistungsangebot ausgetragen.

Nun wird der PKV aber immer wieder plakativ vorgeworfen, zwar die Neukunden mit attraktiven Angeboten zu werben, diese dann aber letztlich durch ihre Vertragsgestaltung und das verwendete Kalkulationskalkül im Laufe der Vertragszeit schlechter zu behandeln. Dieses Vorurteil ist schon in der Vergangenheit nicht haltbar gewesen, da durch eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungen Bestandskunden nicht schlechter gestellt werden konnten als Neukunden und umgekehrt Neuzugangsprämien aus den Rechnungsgrundlagen der bereits Versicherten hergeleitet werden mussten. Im Übrigen ließen sich mit einer solchen Geschäftspolitik allenfalls kurzfristig Erfolge erzielen; denn wie kaum eine andere Branche lebt die PKV im Wettbewerb um Neukunden von der dauerhaften Zufriedenheit ihrer Bestandskunden. Mit überwiegendem Abstand zählen nach einer Emnid-Befragung Ratschläge von Freunden und Verwandten zu den Haupteinflussfaktoren bei der Entscheidung für eine PKV, und dies aufgrund eigener Erfahrungen. Insoweit ist die kontinuierliche Wachstumsdynamik der PKV in den letzten 25 Jahren mit einem Ausbau der Vollversicherten von rund 4,18 Mio. auf nunmehr 7,36 Mio.

auch ein Beleg dafür, dass der Wettbewerb um Neukunden gerade nicht nach dem Motto “erst angelockt – dann abgezockt” stattfindet.

2.3.2 Wettbewerb um Bestandskunden

Die Wechselwirkung zwischen Neukundengeschäft und Bestandskundengeschäft macht eine stark zufriedenheitsorientierte Bestandskundenbetreuung unerlässlich. Ist diese unzureichend, verschlechtert sich auf lange Sicht die Wettbewerbsposition im Hinblick auf die Gewinnung neuer Kunden und es kommt zur Abwanderung von Bestandskunden. Die aktive Bestandserhaltungspolitik zeigt sich etwa in attraktiven Beitragsrückerstattungsregelungen, die nicht - wie häufig angenommen – nur den jüngeren, sondern in nenneswertem Umfang auch älteren Versicherten zugute kommen. Dies heißt freilich nicht, dass es nicht zu Abwanderungen von Bestandskunden kommt. Gerade wegen des intensiven – über Preis- und Leistungsdifferenzierung ausgetragenen – Wettbewerbs in der PKV gibt es jährlich eine nicht unbeachtliche Anzahl von Wechslern unter den Bestandskunden. Dabei ist die Wechselmöglichkeit aufgrund der Bandbreite bei Beiträgen und Leistungen nicht auf die jüngeren Versicherten beschränkt, Alternativen werden auch den älteren Versicherten geboten.

Die Anzahl der Wechsler unter den Vollversicherten beläuft sich für 1999 branchenweit auf rund 250.000, was bei 7,36 Mio. Versicherten einer Wechslerquote von 3,4 % entspricht. Betrachtet man dies in Relation zur GKV, die trotz freier Kassenwahl nur auf eine Wechslerquote von 2,4 % kommt, dann muss zu Recht die Frage gestellt werden, ob “die äquivalenzorientierte Private Krankenversicherung (PKV) von Wahlfreiheit und Wettbewerb noch weit entfernt” ([Te], S. 1) ist. Dies gilt umso mehr, als die Bestandskunden durch § 178 f VVG Freizügigkeit innerhalb ihres PKV-Unternehmens genießen. Neben der Austrittsoption (Wechsel zur Konkurrenz), die zugegebenermaßen durch den systemimmanenten Grundsatz der Vertragsfreiheit faktisch nur den Gesunden vorbehalten ist, verfügen die Bestandskunden mit § 178 f VVG noch über eine umfassende Tarifwechsoption, die wegen der gesetzlich vor-

geschriebenen Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Anrechte und der Alterungsrückstellung in den meisten Fällen attraktiver sein dürfte als der Unternehmenswechsel.

3. Das Kalkulationsprinzip der PKV

3.1 Grundsätze der Vertragsgestaltung

Die deutsche private Krankenversicherung stellt mit ihrer Vertragsgestaltung und ihrem Kalkulationsprinzip nicht nur eine Besonderheit im europäischen Gesundheitswesen, sondern auch in der deutschen Versicherungslandschaft dar. Sie ist Teil des gegliederten Gesundheitssystems und somit auch im Sozialgesetzbuch mit wesentlichen Elementen verankert, was ihrer Bedeutung im Sinne einer sozialen Verantwortung ihren Versicherten gegenüber entspricht.¹

Auf dieser starken sozialen Verantwortung baut sich eine Vertragsgestaltung auf, die sich jedoch nach dem Vertragsprinzip der Individualversicherung und nicht einer Sozialversicherung richtet. Dazu kommt noch die Besonderheit, dass sich zwei Versicherungsformen in der PKV vereinen, die der Personenversicherung und die der Schadenversicherung. Das bedeutet konkret, dass die Risikoeinschätzung und damit Prämienfestlegung individuell, die Risikodeckung aber über das Kollektiv im Sinne eines Erwartungswertes erfolgt.

3.2 Grundsätze der Kalkulation

„Jedes Versicherungsprodukt muss risikogerecht kalkuliert werden. Dazu sind die signifikanten Merkmale der zu versichernden Risiken zu ermitteln und bei der Einteilung der Versicherungsnehmer in Teilkollekti-

¹ In dieser Abhandlung wird als private Krankenversicherung die sogenannte substitutive Krankenversicherung betrachtet, also die Versicherung, die die gesetzliche Krankenversicherung für bestimmte Bevölkerungsteile ersetzen kann.

ve zu berücksichtigen. Für jedes Teilkollektiv ist die Kalkulation getrennt durchzuführen. In der privaten Krankenversicherung sind bei vorgegebenem Leistungsversprechen Alter und Geschlecht der zu versichernden Personen signifikante Risikomerkmale. Infolge dessen sind – getrennt nach Geschlecht – für jeden Geburtsjahrgang kalkulatorisch eigene Teilkollektive zu bilden. Da die Leistungsausgaben mit dem Alter steigen, muss das Kapitaldeckungsverfahren (i.e. Anwartschaftsdeckungsverfahren; Anm. d. Verf.) angewendet werden, um - wie gesetzlich vorgeschrieben - Prämiensteigerungen aufgrund des Alterns der versicherten Personen zu vermeiden. Folglich bringt jeder Geburtsjahrgang als Teilkollektiv die lebenslang von ihm in Anspruch genommenen Leistungen über Prämien nach dem Äquivalenzprinzip selber auf. Bleibt die Ausgabenhöhe für Versicherungsleistungen gleich, ergeben sich so konstante Prämien vom Eintritt in das Versichertenkollektiv bis zum Ausscheiden.“ (vgl. [Ru], Seite 673 ff.)

Es ist somit deutlich geworden, dass die Alterungsrückstellung nach dem gängigen Kalkulationskalkül der deutschen privaten Krankenversicherung kollektiven Charakter hat (vgl. z. B. [Bo], Seite 82 ff.). Die Alterungsrückstellung stellt sich – wie erwähnt - aus der gemäß den AVB ergebenden Verpflichtung dar, die Beiträge aufgrund des Älterwerdens der Versicherten nicht zu erhöhen. Sie ergibt sich also aus kaufmännischem Handeln. Aus der Art und Weise der Bildung folgt zwingend der kollektive Charakter der Alterungsrückstellung; insofern eignet sie sich nicht für eine "Mitgabe" bei der Stornierung der Krankenversicherung (vgl. [Ri], Seite 3).

Der Aufbau der Alterungsrückstellung erfüllt zwei wesentliche Funktionen zur Sicherung der Vertragserfüllung für das Kollektiv. Zum einen ist die Prämienkalkulation und damit die Alterungsrückstellung stabil gegenüber Strukturveränderungen im Bestand hinsichtlich des Alters oder des Geschlechts, zum anderen ist auch eine Strukturveränderung des Kollektivs bezüglich des individuellen Risikozustandes weitgehend ausgeschlossen, weil durch die Alterungsrückstellung und Vertragsgestaltung ein Beharrungszustand für den Bestand erreicht wird, der positive wie negative Risikoselektionen ausschließt. Gerade die Gefahr der

Antiselektion² aber wäre ansonsten bei einer Kalkulation auf Risikobasis (also ohne Alterungsrückstellung und damit mit dem Alter steigenden Prämien) gegeben, da ein Ausscheiden aus dem Kollektiv immer mit einem neuen Vertragsabschluß erfolgt und der neue Versicherte vom Recht der Vertragsfreiheit Gebrauch macht. Das bedeutet nichts anderes, als dass bei einem Wechsel die überdurchschnittlich schlechten Risiken im Kollektiv verblieben und die unterdurchschnittlichen Risiken das Kollektiv verlassen könnten, was dem verbleibenden Kollektiv für die Zukunft eine ausgewogene Absicherung entzieht. Oder anders ausgedrückt: Die dauernde Erfüllbarkeit der Verträge kann nicht mehr gewährleistet werden (vgl. auch [Zu], Seite 707 f.). Denn anders als in der Schadenversicherung hat der Krankenversicherer wegen der sozialen Verantwortung keine Möglichkeit, durch Kündigung der schlechten Risiken wieder einen Risikoausgleich für das verbleibende Kollektiv herzustellen. Insofern steht dem Bedürfnis des guten Risikos nach Freiheit der Entscheidung das Schutzbedürfnis des verbleibenden Kollektivs gegenüber. Beides liegt im Bereich des Verbraucherschutzes.

4. Rechtliche Rahmenbedingungen zur Verstärkung der Wechseloption

Im Kern geht es bei der Diskussion um eine Verstärkung der Wechseloption um die – wie auch immer ausgestaltete – “Mitgabe” der Alterungsrückstellung. Dies wirft im heutigen System erhebliche Probleme auf, weil sämtliche Normen, die den rechtlichen Rahmen für die Beitragskalkulation in der privaten Krankenversicherung setzen, einer “Mitgabe” der Alterungsrückstellung entgegenstehen ([Ka], S. 14). In seinem Urteil vom 21.4.1999 (IV ZR 192/98) ist der BGH daher zu dem Schluss gekommen, dass ein VN, der seine private Krankenversicherung kündigt, keinen Anspruch auf Auszahlung der Alterungsrückstellung habe. Ein solcher Anspruch könne weder aus den vertraglichen

2 Vgl. hierzu im Einzelnen Abschnitt 5.

noch aus den gesetzlichen Regelungen abgeleitet werden. In dieser Entscheidung wurde explizit auch klargestellt, dass der Tarifwechsel nach § 178f VVG sich nicht – im Wege der Analogie – auf den Wechsel eines Versicherungsunternehmens von einem Versicherer zum anderen Versicherer übertragen lässt.

Das Urteil des BGH ist allerdings vor dem Hintergrund der geltenden Grundsätze zu sehen, die keine andere Entscheidung zulassen. Der PKV-Verband sah daher die Notwendigkeit, die Rechtslage für die “Mitgabe” der Alterungsrückstellung einer grundsätzlichen Prüfung unterziehen zu lassen. Das unter dem Titel “Mitgabe der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung beim Wechsel des Versicherers?” erstellte Gutachten des Verfassungrechtlers Prof. Dr. Rupert Scholz kommt zu dem Schluss, dass die “Mitgabe” der Alterungsrückstellung im Falle des Wechsels von einem Versicherungsunternehmen zu einem anderen für den vorhandenen Bestand ausgeschlossen ist ([So], S. 67). Denn jede “Mitgabe”-Regelung stelle nicht nur einen gleichheitswidrigen, sondern auch einen verfassungswidrigen Rückwirkungsingriff dar ([So], S. 53). Was das Neugeschäft anbelangt, so wird im Ergebnis festgehalten, dass eine entsprechende Mitgaberegung zwar grundsätzlich verfassungsrechtlich realisierbar sei, “soweit die Alterungsrückstellung entsprechend individualisierbare Rechtskategorien anzunehmen vermag”. Dies sei aber auf der Grundlage des derzeitigen Systems nicht möglich und setze daher umfassende Neuregelungen voraus ([So], S. 67). Erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken werden grundsätzlich auch gegen Modelle (namentlich das DKV-Modell) erhoben, die anstelle der “Mitgabe” der Alterungsrückstellung die eintrittsalterwirksame Anrechnung sogenannter “Bonusjahre” vorsehen.

5. Denkbare Modelle zur Verstärkung der Wechseloptionen

Im folgenden sollen die derzeit in der Diskussion befindlichen Modelle zur Erweiterung von Wechselmöglichkeiten betrachtet werden und sowohl hinsichtlich ihrer Machbarkeit als auch der Verbesserung des Wett-

bewerbs bewertet werden. Teilweise wurden diese Modelle bereits in der einen oder anderen Form in die aktuelle Diskussion eingebracht.

Will man die Alterungsrückstellung im jetzigen System allen Versicherten beim Wechsel zur Verfügung stellen, heißt das in der Konsequenz, einen Einheitstarif mit Kontrahierungszwang und einem Risikoausgleich in der Branche zur Verfügung zu stellen. In einem derartigen System dürfte nur noch der Abgang in die GKV Berücksichtigung finden.³

- Die Forderung nach dem Kontrahierungszwang ergibt sich zwingend aus der Prämisse, tatsächlich allen Versicherten einen Wechsel der Krankenversicherung ermöglichen zu wollen.
- Das impliziert aber auch gleichzeitig einen einheitlichen Tarif (bzw. ein einheitliches Leistungsspektrum), soll die Wechseloption auch wirklich – ohne Risikozuschläge – genutzt werden können.
- Um Risikoentmischungen vorzubeugen bzw. um diese auszugleichen, muss ein Risikoausgleich über alle Unternehmen stattfinden. Dies bedeutet aber dann auch die Bereitstellungen einheitlicher Rechnungsgrundlagen.

Verzichtet man aber auf die Forderung nach einem Kontrahierungszwang, ermöglicht man zumindest – bei Mitgabe der weiterhin vom Charakter her kollektiven Alterungsrückstellung – die Wechsel guter oder zumindest besserer Risiken. Dies steht im Widerspruch zum Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers, da keine Möglichkeit besteht, Risikoentmischungen durch die analoge Trennung von erschwerten Risiken vorzubeugen. Die Problematik der Antiselektion verdeutlichen Abb. 1 und Abb. 1a. Nach dem Kalkulationskalkül der PKV stellt die für ein Versichertenkollektiv gebildete Alterungsrückstellung zusammen mit den zu erwartenden Prämieinnahmen (kollektiver Prämienbarwert) die Finanzierungsbasis für die künftigen

3 Vgl. zu diesen Modellen Abschnitt 5.2.

4 Vgl. Abschnitt 5.1.

Leistungsaufwendungen (kollektiver Leistungsbarwert) dar. Durch den Risikoausgleich im Kollektiv gleichen sich individuelle Über- und Unterschäden versicherter Einzelrisiken aus (vgl. Abb. 1).

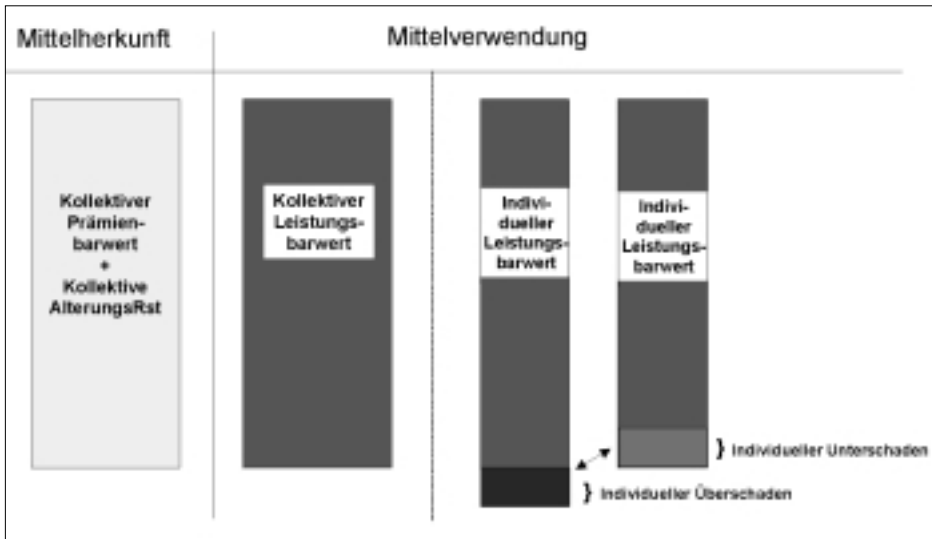


Abb.1: Antiselektionsproblematik: Ausgangssituation

Erweitert man nun die Wechselmöglichkeiten unter Beibehaltung des Grundsatzes der Vertragsfreiheit, führt dies zu einer verstärkten Abwanderung guter/besserer Risiken. Der Risikoausgleich zwischen individuellen Über- und Unterschäden gerät in ein Ungleichgewicht und es kommt zu einer Verschlechterung der Bestandszusammensetzung im verbleibenden Versichertenkollektiv. Die Folge ist ein Anstieg des kollektiven Leistungsbarwertes, der eine Prämienanpassung notwendig macht (vgl. Abb. 1a).

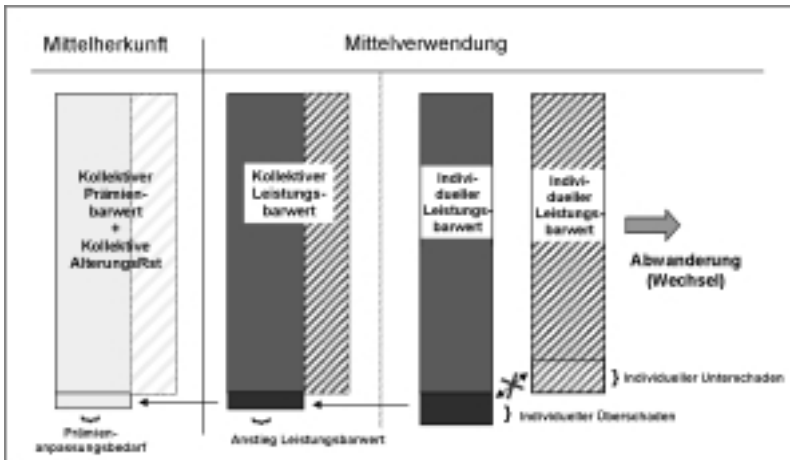


Abb. 1a: Antiselektionsproblematik: Situation nach Wechsel

Zum versicherungsmathematischen Ausgleich dieses Nachteils müsste der (potentiell wechselwillige) Versicherte individuell einen gewissen Betrag für das Recht auf Wechseln entrichten, der genau ausreichen muss, die negative Risikoauslese im vorhandenen Bestand so zu egalieren, dass keine Beitragsanpassung ausgelöst wird. Damit würde die Vererbung der Alterungsrückstellung zumindest bei Storno entfallen und es würden dem wechselnden Versicherungsnehmer gewisse Beträge – in welcher Form, bleibt noch zu diskutieren – zur Verfügung gestellt⁵, wie auch dem Kollektiv ein “Risikoausgleichsbetrag” zufließen. Systematisch nach dem oben Gesagten wird hier also grundsätzlich nicht “die Alterungsrückstellung” mitgegeben⁶, sondern ein ihr oder Teilen von ihr entsprechender Betrag.

5 Surminski schlägt in [Su] vor, die freiwerdende Alterungsrückstellung bei vorzeitigem Ausscheiden durch Tod wie bisher der Versichertengemeinschaft zuzuordnen. Bei Ausscheiden durch Übertritt zur GKV wird dem Versicherten danach eine private Rentenversicherung mit Einmalbeitrag mitgegeben. Bei einem Wechsel innerhalb der PKV bekommt der Versicherte die Alterungsrückstellung als Gutschrift für den neuen Versicherer mit.

6 Lt. Behne ist die Alterungsrückstellung nur für den Bestand bilanztechnisch eine Rückstellung, nicht jedoch für den einzelnen Versicherten; nur für ein risikohomogenes Kollektiv ist sie eine statistisch hinreichend sichere Schätzung. [Be]

Dieser “Solidarbeitrag” kann durch zwei – von der aktuariellen Betrachtung her identischen - Komponenten sichergestellt werden:

- Entweder wird von der bei Stornierung des Tarifes “freiwerdenden” Alterungsrückstellung ein gewisser Betrag zur Aufrechterhaltung der Risikomischung dem verbleibenden Kollektiv zur Verfügung gestellt (“Stornoabzug”) oder
- der Versicherungsnehmer entrichtet bei Abschluss eines Tarifes mit “Wechseloption” einen Zusatzbeitrag als “Optionszuschlag” zur Gegensteuerung der Risikoentmischung.

Vorab lässt sich jedoch bereits feststellen: So wie heute ein PKV-Wechsel seinen Preis hat (z. B. für den Wechsler durch den Verlust der bisherigen Rechte, aber auch für das Kollektiv durch Verlust eines guten Risikos), so hat auch jede anders geartete Wechseloption ihren Preis, der zum Teil den Wechsler - wenn auch in anderer Form - betrifft, zum Teil auch das Kollektiv und zu einem bestimmten Teil auch den gesamten Markt. Die Erleichterung des Wechsels führt gegenüber der derzeitigen Regelung zu einer finanziellen Besserstellung des Wechselwilligen. Ändert man diese Vorgehensweise, sozialisiert man den Wechsel, indem die Kollektive nun insgesamt finanzielle Nachteile hinnehmen müssen; entweder – je nach Modell – wird das abgebende oder das aufnehmende Kollektiv belastet. Letztlich gilt also: Die finanzielle Besserstellung des Wechselwilligen führt zu einer stärkeren Belastung der Kollektive.

Für alle Modelle gilt es im übrigen zu berücksichtigen, dass deren Einführung für lange Zeit einen gespaltenen PKV-Markt bedingen, da sie aus verfassungsrechtlichen Erwägungen heraus nicht für den bereits versicherten Bestand eingeführt werden können (vgl. das Gutachten von Prof. Scholz [So]). Insofern würde - wenn überhaupt - nur über einen sehr langen Zeitraum eine Veränderung im Markt durch verstärkten Versichererwechsel eintreten.

Nicht betrachtet wurden bei den Modellbewertungen kostenmäßige Auswirkungen, die bei verstärktem Wechsel eintreten dürften, denen

aber über veränderte Vergütungssysteme begegnet werden könnte. Zu berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang auch weitere Aspekte, die hier aber nicht weiter vertieft werden können, wie zum Beispiel der Arbeitgeberzuschuss und die Provisionsgestaltung.

5.1 Modelle mit Beibehaltung der Annahmefreiheit

Diese Ansätze gehen davon aus, dass der aufnehmende Versicherer - wie bisher - frei in der Entscheidung ist, ob er das Risiko annimmt. Die bisherigen finanziellen Rechte des Wechselnden sollten so gewahrt bleiben, dass er quasi mit seinem bisherigen versicherungstechnischen Alter (bei dem Vorversicherer) die Prämienfestlegung beim Aufnehmenden erfährt. Dazu gibt es im Prinzip grundsätzlich verschiedene Lösungsansätze, die zwar noch in weitere Detailmodelle unterteilt werden könnten, was aber nichts an der grundsätzlichen Betrachtung ändert.

5.1.1 Die Individualisierung der Alterungsrückstellung

Dieses Modell bietet als einziges den Ansatz, nicht nur den Wechsel des „guten“ Risikos bei Beibehaltung seiner bisherigen Rechte zuzulassen, sondern auch dem schwer Erkrankten die Möglichkeit zu bieten, durch Mitnahme einer entsprechend hohen individuellen Rückstellung als attraktiver Kunde einen neuen Versicherer zu finden.

Der Kern des Ansatzes liegt in der Zerlegung der oben beschriebenen Alterungsrückstellung für das Kollektiv in individualisierte Rückstellungen als eine Art persönliche Schadenrückstellung, die beim Wechsel in das neue Kollektiv übertragen wird (vgl. [Me] und Abb. 2).



Abb. 2: Individualisierung der kollektiven Altersrückstellung

Für den „Durchschnittsversicherten“ des Versichertenkollektivs ist die Summe „seiner“ künftigen Krankheitskosten (individueller Leistungsbarwert) durch die Summe „seiner“ künftigen Prämienzahlungen (individueller Prämienbarwert) und „seiner“ anteiligen rechnungsmäßigen Altersrückstellung gedeckt (vgl. [Te], S. 183). Für die versicherten Einzelrisiken ist eine betragsmäßig genaue Übereinstimmung jedoch weniger wahrscheinlich, da in der Realität die individuellen Leistungsbarwerte – insbesondere aufgrund unterschiedlicher Morbidität – mehr oder minder stark um den Durchschnittswert streuen.⁷ Folglich entstehen für das versicherte Einzelrisiko individuelle Über- oder Unterschäden, denen durch eine entsprechende, individuelle Altersrückstellung Rechnung zu tragen ist (vgl. Abb. 2a).

⁷ „Pointiert ausgedrückt kann man sagen: Die Summe der den Vertragsteilen zugeordneten Rückstellungsteile ist für den Bestand mit Wahrscheinlichkeit 1 der richtige Rückstellungswert; denn dieser ist ja gerade so berechnet. Der einzelne Wert ist für den einzelnen Vertragsteil mit Wahrscheinlichkeit 0 die ‚richtige‘ Rückstellung.“ [Ba]

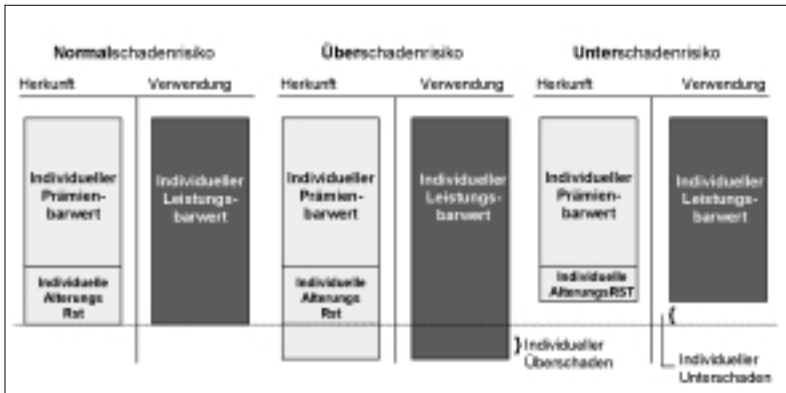


Abb. 2a: Individualisierung der kollektiven Alterungsrückstellung: Klassifikation der versicherten Einzelrisiken⁸

Die Individualisierung der Alterungsrückstellung ist allerdings nicht zu erreichen, obwohl es eine Reihe von Vorschlägen zu diesem Thema gibt, die aber alle – auf die eine oder andere Art – zu grundsätzlichen Inkonsistenzen führen (vgl. z.B. [Sc]). Will man individualisieren, erfordert das eine grundsätzlich andere Art der Kalkulation, die aber aus systemimmanenten Gründen (z.B. bei der Bewertung schwererer Erkrankungen) zum Scheitern verurteilt ist (vgl. [Ri]).

Behält man das bestehende Kalkulationsschema bei, ergeben sich grundsätzliche Schwierigkeiten in der Behandlung der guten Risiken. Ist der individuelle Leistungsbarwert eines Versicherten geringer als sein Prämienbarwert, führt die Differenz beider Größen zu einer individuellen Alterungsrückstellung mit negativem Vorzeichen (vgl. [Te], S. 191). Verlässt nun ein solches Unterschadenrisiko das Versichertenkollektiv durch Wechsel, brechen künftige Prämieinnahmen weg, die benötigt werden, um die Rückstellung des Morbiden zu finanzieren (vgl. auch [Ri]). Das wiederum hätte zur Folge, dass ein Gesunder beim Wechsel an das abgebende Versicherungsunternehmen einen “Austrittsbetrag” zu entrichten hätte und somit schlechter als heute gestellt würde, was schon allein daher scheitern muss (vgl. Abb. 2b).

⁸ Darstellung angelehnt an [Te], S. 185.

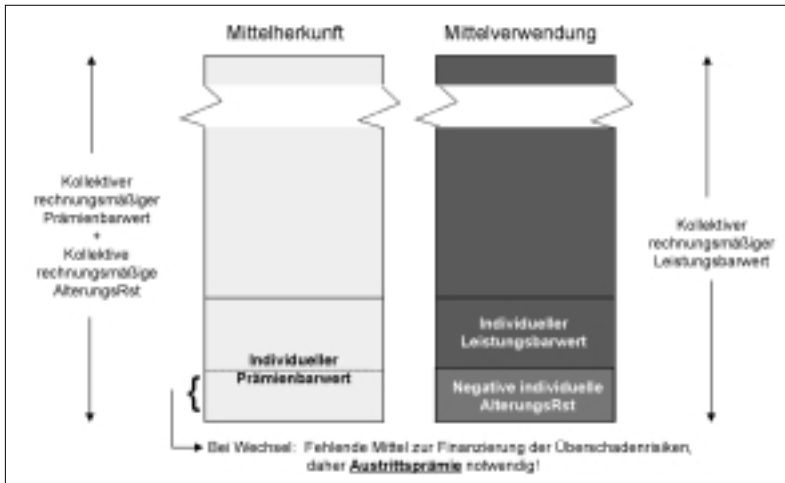


Abb. 2b: Individualisierung der kollektiven Altersrückstellung: Negative individuelle Altersrückstellung - Unterschadenrisiko⁹

Das Modell würde den Wettbewerb fördern - aber es funktioniert nicht, weil gerade die Gesunden wegen ihrer "negativen persönlichen Rückstellung" nicht wechseln können oder werden.

5.1.2 Fakultatives Ansparmodell

Dieses Modell ist ein reines Vorsorgemodell, das jeder Versicherte (etwa mit Hilfe versicherungsmathematischer Unterstützung) bereits als Ergänzung zum heutigen Modell wählen könnte.

Durch weiteren finanziellen Einsatz stellt er für sich sicher, dass er immer genügend finanzielle Mittel zur Verfügung hat, um beim Wechsel diese Mittel quasi als Einmalbeitrag zur Auffüllung des Rückstellungsfehlbetrages einsetzen zu können. Damit würde er weiterhin nur zum bisherigen versicherungstechnischen Alter den Beitrag beim neuen Unternehmen zahlen müssen.

⁹ Darstellung angelehnt an [Te], S. 185.

Da dieses Modell - in welchen konkreten Ausprägungen auch immer - letztlich auf den Grundelementen eines finanziellen Vorsorgemodells aufbaut, bestehen keinerlei Restriktionen bezüglich der Machbarkeit. Dem Vererben der Alterungsrückstellung steht ein individueller Ansparvorgang zur Seite, so dass beim Wechsel des Unternehmens ein entsprechender Betrag zur Sicherstellung der „erworbenen“ Rechte zur Verfügung steht. Das Verfahren entspricht allerdings exakt dem derzeit praktizierten mit dem einzigen Unterschied des längerfristigen Ansparens zur Generierung der Beitragsvorteile in dem neuen Unternehmen.

Dieser reine Vorsorgeansatz stellt wettbewerbsmäßig natürlich nur eine Scheinlösung dar, weil er im Prinzip die finanziellen Nachteile nicht tatsächlich ausgleicht, sondern über ein finanzmathematisches Modell nur in einen anderen zeitlichen Abschnitt verschiebt. Damit ist - außer, dass in vielen Fällen unnötig Vorsorge betrieben wird - keine Veränderung im Wettbewerb zwischen PKV-Unternehmen zu erwarten. Da der Verbraucher ein derartiges Modell schon heute praktizieren kann, ist es als völlig unattraktiv zur Wettbewerbsverbesserung einzustufen. Gar nicht behandelt worden sind bei der Bewertung die steuerlichen Gesichtspunkte wie auch der Arbeitgeberzuschuss. Wie bisher schon, würde sich auch bei diesem Modell der Wettbewerb nur auf gute Risiken beschränken.

5.1.3 Ergänzungstarif zur zusätzlichen Ansammlung eines Kapitals zum Ausgleich des finanziellen Verlustes

Der Zusatzbaustein (Ergänzungstarif) wird fakultativ zu einer substitutiven Krankenversicherung abgeschlossen. Die Versicherungsleistung aus dem Zusatzbaustein beinhaltet die Auszahlung eines Einmalbeitrages oder auch eines ratierlich zu zahlenden Betrages, um beim Wechsel des Versicherers die beim aufnehmenden Unternehmen nicht angesammelte Alterungsrückstellung auffangen zu können. Faktisch wird also über den Zusatzbaustein eine zusätzliche Sparkapitalposition gebildet. Diese wird in Abgrenzung zum fakultativen Ansparmodell (vgl. 5.1.2) allerdings unter Berücksichtigung von Ausscheidewahrscheinlichkeiten

kalkuliert, was sich prämiensenkend auswirkt. Das Grundprinzip verdeutlichen Abb. 3 und Abb. 3a:

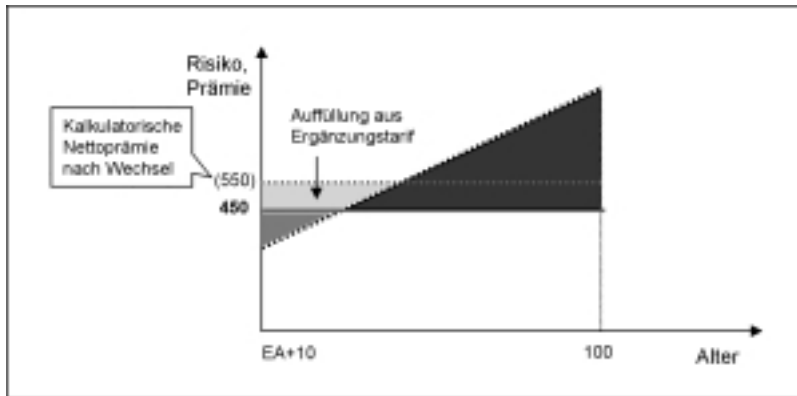


Abb. 3: Ergänzungstarif mit zusätzlicher Kapitalansammlung: Ausgangssituation (im alten VU)

Bei Wechsel wird die im Grundtarif des abgebenden Unternehmens gebildete Rückstellung nach den üblichen versicherungsmathematischen Regeln an das verbleibende Kollektiv - wie bisher - vererbt.¹⁰ Somit bleiben die Rechnungsgrundlagen des Grundtarifs von diesem Zusatzbaustein zunächst unberührt. (Bei weitergehender mathematischer Betrachtung wären allerdings auch noch die Interdependenzen im Storno zwischen Grund- und Zusatzbaustein zu behandeln.) Modifikationen dieses Zusatzbausteins über Versicherungsdauer, Staffelung der Auszahlungsbeträge, Rückkaufsfähigkeit sind darüber hinaus denkbar.

¹⁰ In Abbildung 3 wird unterstellt, dass der Wechsel nach 10 Versicherungsjahren erfolgt (EA [Eintrittsalter] +10). Durch die Leistung aus dem Zusatzbaustein wird die beim neuen VU – im Vergleich zur Ausgangssituation – fehlende Alterungsrückstellung aufgefüllt (vgl. Abb. 3a). Dadurch bleiben das ursprüngliche technische Eintrittsalter und die Prämie (im fiktiven Bsp. 450 DM) erhalten, während ein Versicherter ohne Zusatzbaustein zum aktuellen Alter und der dann gültigen Prämie (im Bsp. 550 DM) eingestuft würde.

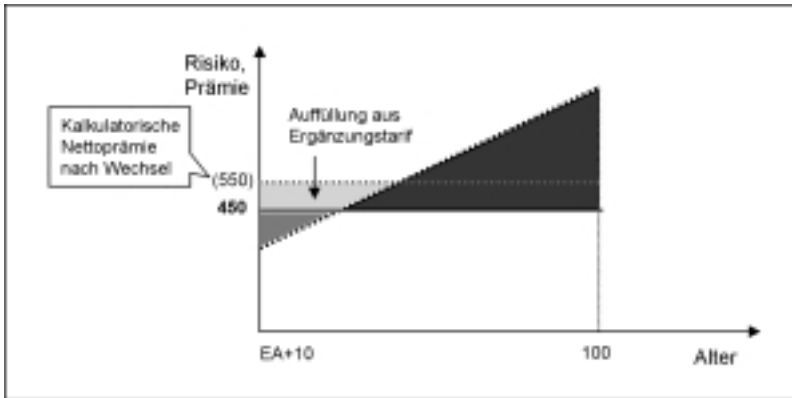


Abb. 3a: Ergänzungstarif mit zusätzlicher Kapitalansammlung: Situation nach Wechsel (im neuen VU)

Fraglich ist allerdings, ob eine derartige Leistung versicherbar ist; denn die Leistung des Zusatzbausteines wird nur dann fällig, wenn der Versicherungsnehmer sie selbst geltend macht. Nur der Versicherungsnehmer bestimmt also die Fälligkeit der Leistung, nur er kann also den Leistungsfall herbeiführen. Eine derartige Leistungsbestimmung ist dem Versicherungsgedanken im Grunde genommen fremd. Eine Versicherung wird grundsätzlich dann nicht fällig, wenn sie vom Versicherungsnehmer vorsätzlich herbeigeführt wurde (Ausnahme: § 8 ALB - Selbsttötung nach drei Jahren). Ungeachtet dessen ist die Unabhängigkeit vom Willen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person nicht generell eine *conditio sine qua non* für das Vorliegen eines Versicherungsgeschäfts, wie etwa das Beispiel der Aussteuerversicherung zeigt. Es geht hier aber in erster Linie um die Frage, ob der diskutierte Sachverhalt „Wechsel“ versicherbar ist. Dies kann bejaht werden, wenn der Vorgang „Wechsel“ kein deterministischer Vorgang ist – andernfalls könnte er in der Tat nicht Gegenstand eines Versicherungsgeschäfts sein. Der Vorgang „Wechsel“ unterliegt einer gewissen Zufälligkeit, denn es besteht Ungewissheit über die Entstehung und/oder den Zeitpunkt des Wechsels, da man den Versicherungsfall als ein gekoppeltes Ereignis aus entsprechender Wettbewerbssituation, Gesundheitszustand des Ver-

sicherten und Wechselbereitschaft betrachten kann. Daher stellt der Vorgang „Wechsel“ ein versicherbares Ereignis dar.

Allerdings ist dieses Modell versicherungsmathematisch nicht umsetzbar. Aus aktuarieller Sicht liegt das Problem eines solchen Zusatzbausteines in der Festlegung geeigneter Ausscheidewahrscheinlichkeiten, die die dauernde Erfüllbarkeit der Verträge gewährleisten. Diese Ausscheidewahrscheinlichkeiten setzen sich zusammen aus den Sterbewahrscheinlichkeiten sowie den Wahrscheinlichkeiten für das Storno mit Vererbung der Rückstellung (Storno Richtung GKV und Storno nur des Zusatztarifs aufgrund einer Erkrankung, die keinen Wechsel mehr zulässt) und den Wahrscheinlichkeiten für das Storno (Richtung PKV) im Leistungsfall.

Der Versicherungsfall ist ein gekoppeltes Ereignis aus entsprechender Wettbewerbssituation (Konkurrenzunternehmen bietet günstigere Beiträge an) und Wechselentscheidung des Versicherten. Dieses nicht rein zufällige Ereignis (zufallsbedingt ist hier allein der Gesundheitszustand des Versicherten), das vom Versicherten gesteuert werden kann, kann mit dem üblichen wahrscheinlichkeitstheoretischen Ansatz der PKV nur schwer kalkuliert werden. So kann ein zu hoch angesetztes Storno des Zusatztarifes selbst bei plötzlicher Veränderung der Marktsituation zu hohen Verlusten führen, die nicht mehr ausgeglichen werden können. Eine solche Situation würde beispielsweise dann entstehen, wenn die Zusatztarifversicherten in großem Umfang (im Extremfall alle) zu einem neuen Wettbewerber mit günstigen Beiträgen wechseln und so die Erfüllbarkeit der Verträge nicht mehr gegeben ist. Eine Beitragsanpassungsklausel wäre hier nicht hilfreich, da die Leistungsanspruchnahme gleichzeitig auch die Beendigung der Versicherung bedeutet. Hieraus folgt die zwingende Notwendigkeit einer sehr vorsichtigen Kalkulation, d. h. der gänzliche Verzicht auf die Einrechnung von Stornowahrscheinlichkeiten in dem Zusatztarif. Damit bliebe gegenüber einem reinen Spartarif (s.o.) einzig die Sterbewahrscheinlichkeit als prämiensenkendes Element. Das bedeutet aber, dass die Leistung gerade dann hinfällig wird, wenn durch Krankheit oder Tod des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person ein Wechsel zu einem ande-

ren Unternehmen ausgeschlossen ist. Eine Krankenversicherung - auch in Form eines Zusatzbausteins -, die gerade dann die Leistung ausschließt, wenn Krankheit oder Tod eintritt, dürfte der Öffentlichkeit nur schwer vermittelbar sein.

Somit bliebe rechtlich und versicherungsmathematisch nur noch die Form eines reinen Ansparvorgangs zur zusätzlichen Bildung der Alterungsrückstellung aus der Grundversicherung, die mit einem Versicherungsgeschäft nichts mehr gemein hat und bereits jetzt schon in Form von alternativen Ansparmöglichkeiten abgeschlossen werden kann (vgl. Abschnitt 5.1.2).

5.1.4 Barleistung bei Storno unter Beibehaltung des kollektiven Charakters der Alterungsrückstellung

In diesem Modell wird die Wechseloption durch eine Geldleistung bei Storno (Barleistung) realisiert, die die finanzielle Wahrung der bisherigen Rechte des Versicherten beim neuen Versicherer sicherstellt. Dabei entspricht die Barleistung betragsmäßig der jeweiligen kalkulatorischen Alterungsrückstellung bzw. eines Teils von ihr. Die Kalkulation eines solchen Tarifes nach dem bisher in der PKV angewandten Kalkulationskalkül entspricht versicherungsmathematisch der gleichen Kalkulation ohne Berücksichtigung der entsprechenden Stornowahrscheinlichkeit. Insofern bleibt der kollektive Charakter der Alterungsrückstellung in einem derartigen Modell erhalten.

Für den versicherungstechnischen Ausgleich der wechselbedingten Risikoentmischung gibt es zwei Möglichkeiten:

- Risikoselektionszuschlag (Optionszuschlag) auf die Tarifprämie
- Stornoabzug auf die bereitgestellte “Alterungsrückstellung”

Dem verbleibenden Kollektiv würde also entweder der erhobene Risikoselektionszuschlag oder der Stornoabzug als Risikoausgleich zugeführt.

Das Modell "Tarif mit Wechseloption und Optionszuschlag" erscheint auf den ersten Blick versicherungstechnisch umsetzbar. Dabei wird zunächst unterstellt, dass parallel zu dem Tarif mit Wechseloption ein ansonsten identischer Tarif ohne Wechseloption existiert und angeboten wird. Dann kann der Versicherte aber bei verschlechtertem Gesundheitszustand unter Wegfall des Optionszuschlages in den Tarif mit gleichen Leistungen und unter Anrechnung der Alterungsrückstellung (gemäß § 178f VVG) wechseln. Zum Ausgleich dieser Antiselektion muss für die Kalkulation zwingend vorgeschrieben werden, beide Tarife immer mit identischen Rechnungsgrundlagen auszustatten, ansonsten werden systematische Inkonsistenzen erzeugt.

Dieses Modell wirkt sich zum einen auf die Bestandszusammensetzung in den anderen vergleichbaren Tarifen des Versicherers aus und andererseits auf die Tarife der Konkurrenz. Durch die vereinfachte Möglichkeit des Wechsels zu einem anderen Versicherungsunternehmen wird die Wechselwahrscheinlichkeit auf vergleichbare Tarife im aktuellen Unternehmen abnehmen, wobei das zugehende Risiko dann höher als heute sein wird (dadurch, dass in erster Linie Versicherte mit erhöhter Morbidität wechseln werden). Dadurch ergibt sich eine sehr komplexe Wechselwirkung zwischen verbleibendem Kollektiv und Wechselwilligen, welche aufgrund der aktuariellen Aufgabe der vorsichtigen Bemessenheit der Prämie zur dauerhaften Erfüllbarkeit des Leistungsversprechens zu relativ hohen Optionszuschlägen führen muss. Werden diese zu gering angesetzt, führt das aufgrund der Verschlechterung der Risikosituation zu höheren Beiträgen, damit zu einem weiter erhöhten Storno der guten Risiken, zu einer neuerlichen Verschlechterung der Bestandszusammensetzung und letztlich zur Existenzfrage des Tarifs mit entsprechend negativen Auswirkungen auf den Gesamtbestand des Unternehmens (z.B. hinsichtlich der Kostensituation), die auch das Unternehmen gefährden können.

Da sich Unternehmenswechsel auf Sicht gesehen nur noch auf Tarife mit Wechseloption konzentrieren werden, führt dies weiter dazu, dass sich die Prämien von Tarifen mit und von denen ohne Wechseloption (mit ansonsten identischen Leistungsmerkmalen) einander angleichen werden. Dieses Problem der Tarifkonvergenz verdeutlicht Abb. 4.

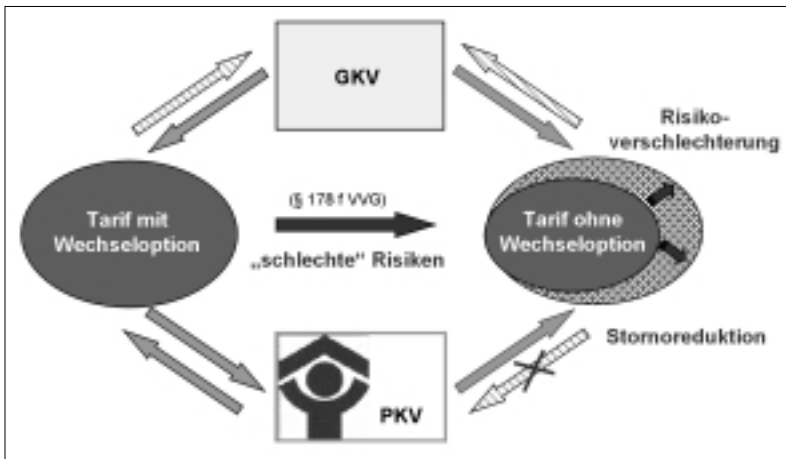


Abb. 4: Wechselströme und Tarifkonvergenz

In der Ausgangssituation ist das Prämienniveau des Tarifs mit Wechseloption aufgrund der Barleistungskomponente höher als das des Paralleltarifs ohne Wechseloption.¹¹ Betrachtet man nun die Wechselströme, so ist plausibel, dass es sich bei den Zugängen (aus PKV und GKV) im Tarif mit Wechseloption tendenziell um gute Risiken handelt, während schlechtere Risiken eher einen Tarif ohne Wechseloption bevorzugen; denn letztere können bei Aufrechterhaltung der Annahmefreiheit gar nicht oder nur zu erschwerten Bedingungen wechseln. Nun ist weiter anzunehmen, dass Risiken im Tarif mit Wechseloption bei eintretender Risikoverschlechterung von ihrem oben beschriebenen Tarifwechselrecht nach § 178 f VVG Gebrauch machen und in den Tarif ohne Wechseloption wechseln, wodurch es zu einer weiteren Risikoverschlechterung im Tarif ohne Wechseloption kommt. Gleichzeitig reduziert sich in diesem Tarif das Storno (und damit die „Vererbung“ von Alterungsrückstellung), zum einen weil der Tarif primär von nicht wechselwilligen Kunden gewählt wird und zum anderen, weil sich in diesem Tarif zunehmend Risiken sammeln, die aufgrund ihrer Risikosituation nicht

¹¹ Der Prämienaufschlag durch den Risikoselektionszuschlag bleibt in dieser Betrachtung unberücksichtigt.

mehr wechseln können. Beide Effekte zusammen – das reduzierte Storno und die zunehmende Risikoverschlechterung – führen zu einem Anstieg der Prämie, so dass es zu einer Annäherung an den Tarif ohne Wechseloption kommt (Tarifkonvergenz).

Aber es gibt auch eine andere Betrachtungsweise. Hat ein Unternehmen aktuell einen (Prämien-) Vorsprung, so wird sich dieser mit der Einführung des neuen Modells erhöhen. Denn dieses Unternehmen kann davon ausgehen, dass weniger Wechsler abgehen, d.h. dieser Tarif benötigt von Anfang an einen geringeren Optionszuschlag. Nimmt das Unternehmen dann neue Personen von der Konkurrenz verstärkt auf, so verbessert sich die Risikomischung entsprechend; der Optionszuschlag kann weiter gesenkt werden und es werden aufgrund der Beitragssituation noch weniger Personen wechseln. Insoweit wird folgendes deutlich: Eine erste – möglicherweise auch nicht risikogerechte und damit auch nicht zulässige – Einschätzung bezüglich der Risikoverschlechterung aufgrund der Wechselmöglichkeit wird ggf. durch die Entwicklung geheilt. In der Konsequenz bedeutet das aber, dass es für die Ermittlung des Optionszuschlages für alle Unternehmen bindende Richtlinien geben muss, und dies nicht nur beim Übergang zu dem Modell, sondern auch in der weiteren Vertragszeit. Auf lange Sicht verhindern aber auch Richtlinien nicht, dass das aktuell konkurrenzfähigere Unternehmen mehr gesunde Risiken als heute aufnimmt mit der Folge, günstigere Prämien am Markt anbieten zu können. Das bedeutet weiter weniger Abgang und mehr Zugang und dadurch eine bessere Bestandsmischung usw.. Um den Prozess noch zu beschleunigen, kann das Unternehmen seine Annahmerichtlinien noch strenger fassen. Ein kleiner Wermutstropfen ist allerdings noch gegeben: Die Stornowahrscheinlichkeit muss niedriger angesetzt werden, was die Beiträge entsprechend erhöht. Dieser Effekt wird jedoch mehr als kompensiert durch den Zugang besserer Risiken.

Die Einführung dieses Modells wird dazu führen, dass ein aktuell prämiemäßig schlechter gestelltes Unternehmen in der Folge kumulative Nachteile zu erwarten hat, während ein Unternehmen mit günstigeren – oder günstiger kalkulierten – Prämien gewinnt. Die Folge: Konzentri-

on auf wenige Unternehmen und im Extremfall auf ein einziges. Anders gesagt: Auf lange Sicht weniger Wettbewerb als heute und nicht – wie gefordert – mehr. Zudem führt das Modell in den Tarifen mit Wechseloption zu erheblich höheren Beiträgen. Abb. 4a verdeutlicht anhand erster Berechnungen die Prämienaufschläge gegenüber einem Tarif ohne Wechseloption.^{12, 13}

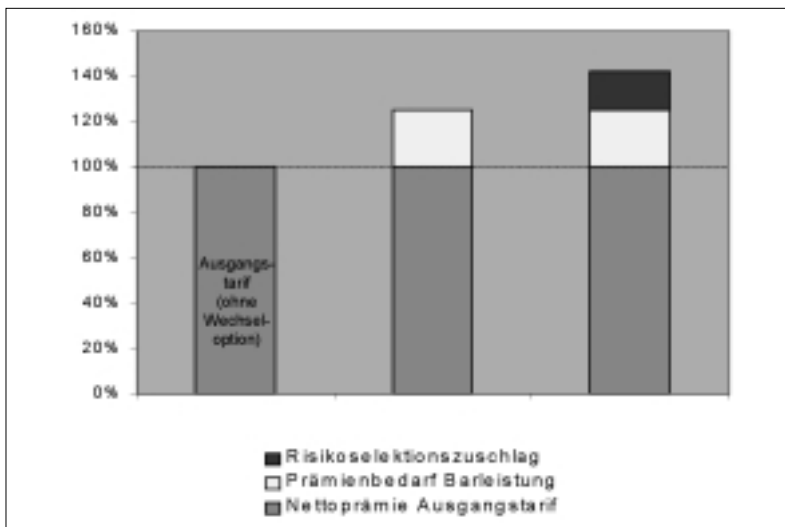


Abb. 4a: Barleistung bei Storno – Prämienvergleich auf Nettoprämienbasis

Weiter dürfte deutlich geworden sein, dass ein derartiges Modell nur mit erheblichen Regulierungsmaßnahmen im Markt einzuführen sein wird.

12 Normaltarif ohne Selbstbehalt, Mann, 33 Jahre, kalkuliert auf Basis der BAV-Tafeln. Annahmen: 75% PKV-Storno (PKV-PKV-Wechsel), 25% GKV-Storno (PKV-GKV-Wechsel), keine Barleistung bei GKV-Wechsel und Tod des Versicherten, kein Wechsel bei über 65jährigen.

13 Es zeigt sich, dass bereits für die Barleistungskomponente ein spürbarer Prämienaufschlag (rund 25%) notwendig ist. Der für den Ausgleich der Bestandsentmischung notwendige Risikoselektionszuschlag, der im Beispiel als gleichbleibende Risikoprämie angesetzt ist, führt zu einer weiteren Verteuerung, so dass es gegenüber der heutigen Ausgangssituation insgesamt zu einem Prämienaufschlag von mehr als 40% kommt.

Die Alternative, statt des Optionszuschlages einen – kalkulatorisch äquivalenten – Stornoabzug zu verwenden, dürfte die Situation entspannen, weil ein Prämienaufschlag in diesem Fall nur für die Barleistungskomponente zu erheben wäre.¹⁴ Allerdings würde das Entmischungsproblem sicherlich nicht vollständig gelöst. Erforderlich hierfür wäre eine Änderung z.B. der Kalkulationsverordnung, indem die Kalkulation des Tarifes zwar auf der Fiktion einer 100%igen Erstattung einer Geldleistung in Höhe der Alterungsrückstellung beruht, die tatsächlich bereitgestellte Leistung jedoch mit einem (in seiner Mindesthöhe vorgegebenen) Stornoabzug versehen werden muss. Dieser Abzug stünde beim Wechsel des Unternehmens dem Kollektiv als Risikoausgleich zur Verfügung. Abb. 4b verdeutlicht exemplarisch den Verlauf der Alterungs-

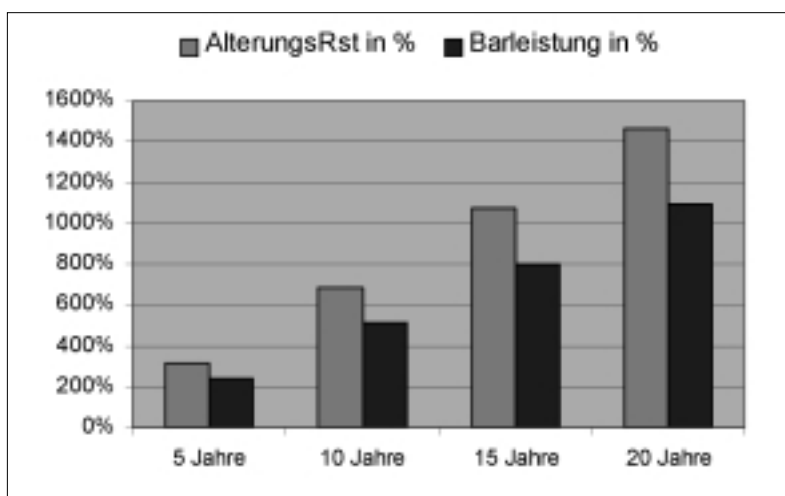


Abb 4b: Verlauf der Alterungsrückstellung und Barleistung mit 25 % Stornoabzug in % der Nettojahresprämie

14 Für einen 33jährigen Mann (Normaltarife) ergibt sich die Beitragserhöhung aufgrund der aktuellen BAV-Tafeln zu rund 25%, für die gleichaltrige Frau zu etwa 12,5%. In den Beamtentariifen dürften die Erhöhungen bei rund 5% liegen.

rückstellung nach n Jahren in % der Nettoprämie sowie die jeweilige Barleistung mit 25% Stornoabzug.¹⁵

Der Vorteil dieser Verfahrensweise liegt zum einen in der besseren Praktikabilität des Risikoausgleichsbetrages. Die Regularien sind relativ einfach zu fassen (und zu kontrollieren). Auch hier müsste zunächst sichergestellt werden, dass der Tarif mit Wechseloption und ein ansonsten leistungsgleicher nach einheitlichen Rechnungsgrundlagen auf Dauer kalkuliert werden. Mit steigender Morbidität wird ein Versicherter dann aber in den Tarif ohne Wechseloption mit entsprechend günstigeren Prämien und unter Anrechnung seiner Alterungsrückstellung (§ 178f VVG) wechseln (vgl. Abb. 4). Das wird letztlich zu den gleichen Auswirkungen wie oben geschildert führen, indem die Bestandsentmischung kalkulatorisch nicht mehr sauber erfasst werden kann. Der Ausweg aus diesem Dilemma besteht nun darin, der erwarteten Konvergenz der Tarife Rechnung zu tragen und künftig grundsätzlich nur noch derartige Tarife anzubieten; und dabei kann dann auch nur ein Wechseln innerhalb dieser Tarife zugelassen werden, wobei beim Wechsel innerhalb eines Unternehmens § 178f VVG genau wie heute auch angewandt wird. Durch das Instrument des Stornoabzuges sind „Wechselkaskaden“ deutlich erschwert und damit auch das Risiko von unkalkulierten und nicht ausgeglichenen Bestandsentmischungen. Weiter entfällt die Behandlung des Optionszuschlages bei einem Anstieg der Morbidität. Letztlich führt aber auch diese Variante zu einem erhöhten Risikopotential hinsichtlich möglicher Bestandsentmischungen, und dies zu Lasten der im Kollektiv verbleibenden Versicherungsnehmer. Zudem ergibt auch diese Alternative für das Neugeschäft deutlich erhöhte Beiträge.

Abb. 4c zeigt einen Prämienvergleich der beiden Tarifvarianten mit Wechseloption (Stornoabzug und Risikoselektionszuschlag) im Vergleich zu einem Tarif ohne Wechseloption in der Ausgangssituation und nach einem Wechsel nach n Jahren.

15 Erste Berechnungen aufgrund der aktuellen BAV-Tafeln ergeben, dass die Stornoabzüge, will man der Risikoentmischung analog zum Optionszuschlag vorbeugen, etwa zwischen 25 und 30% betragen müssen.

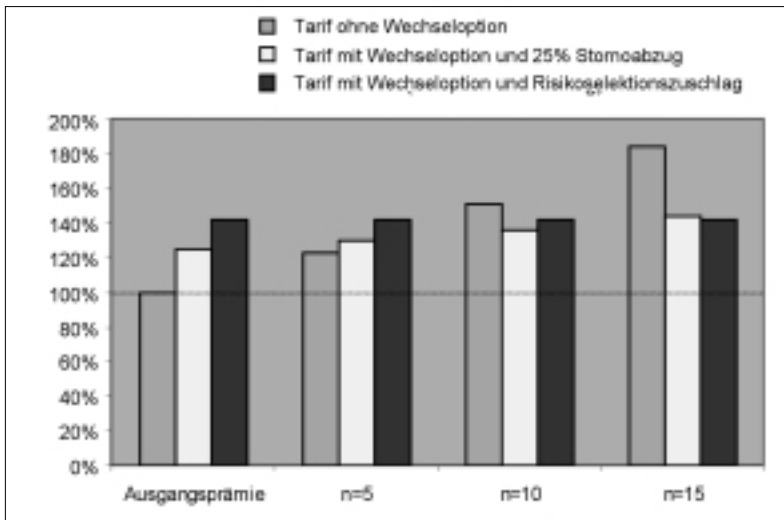


Abb. 4c: Prämie in % der Ausgangsprämie des Tarifs ohne Wechseloption bei Versichererwechsel nach n Jahren¹⁶

Berücksichtigt man, dass in der Praxis die meisten Wechsel in den ersten Versicherungsjahren stattfinden, dann dürften diese Modelle selbst aus Sicht der wechselwilligen Kunden keine wirkliche Alternative zur heutigen Situation darstellen. Mit anderen Worten: Sie sind zur Belegung des Wettbewerbs nicht geeignet.

5.1.5 Vertragliche Trennung zwischen „Risikoprämie“ und „Sparprämie“

Dieses Modell zerlegt die bisherige Kopplung der Elemente nach „Art der Schadenversicherung“ und nach „Art der Lebensversicherung“ (vgl. Abb. 5).

¹⁶ Prämissen wie oben. Vgl. FN 12.

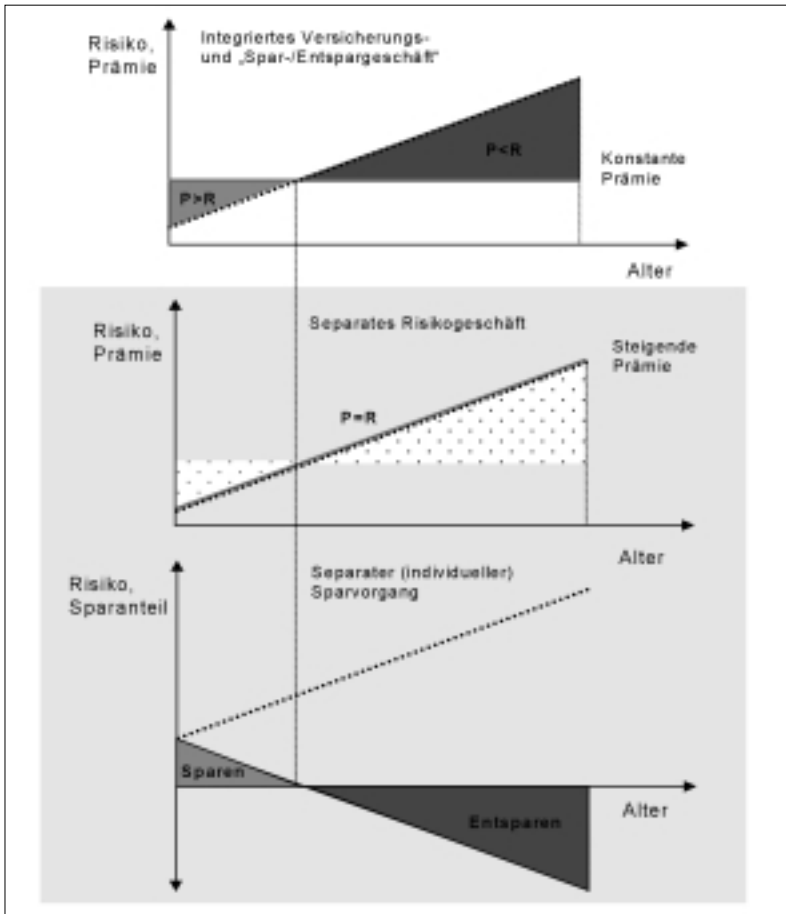


Abb. 5: Vertragliche Trennung zwischen „Risikoprämie“ und „Sparprämie“

Der Versicherte zahlt zum einen einen Versicherungsbeitrag für seine Krankenversicherung, der mit zunehmendem Alter steigt und daneben einen mit steigendem Alter fallenden Sparbeitrag, der dazu dient, letztlich wieder einen gleichbleibenden Gesamtbeitrag zu erhalten.

Lässt man es lediglich bei einer rein optischen Trennung ohne vertragliche Relevanz, ist dieses Verfahren völlig identisch mit dem jetzigen. Anders ist es allerdings zu sehen bei einer echten vertraglichen Trennung. Das wesentliche Problem entsteht hierbei aus der alleinigen Behandlung der „Risikoprämie“, denn diese lässt dem verbleibenden Kollektiv keine Gelegenheit, die Entmischung des Gesundheitsrisikos zu verhindern, was zu einer Nichterfüllung der zukünftigen Verpflichtungen führen würde. Somit müssten zusätzliche Antiselektionsmechanismen eingerichtet werden, die letztlich dieses Modell auf bereits diskutierte Modelle zurückführen würden. Eine gesonderte Wettbewerbsbewertung erübrigt sich, da das Modell auf die anderen Modelle zurückzuführen ist.

5.2 Modelle mit Annahmewang

Diese Ansätze gehen von einer Veränderung der Gesetzeslage aus, dass der aufnehmende Versicherer verpflichtet ist, jedes Risiko in das Kollektiv zu übernehmen, und zwar inklusive seiner bisherigen Rechte.

5.2.1 DKV-Modell – Bonusjahrmodell

Dieses Modell sieht einen definierten Grundschutz, innerhalb dessen gewechselt werden kann, vor. Die bisherigen Rechte werden in Form von versicherungstechnischen Bonusjahren - aber nicht finanziell - auf den aufnehmenden Versicherer übertragen. Risikoentmischungen werden durch einen Risikoausgleich über alle Gesellschaften bereinigt. Das Modell im einzelnen ist in diversen Veröffentlichungen dargestellt worden (vgl. auch [Bt], [Fu] und [Sa]). Abb. 6 verdeutlicht das Anrechnungsverfahren.

Aufgrund der Entkopplung der Rechte gestaltet sich das Modell versicherungstechnisch problematisch. Der aufnehmende Versicherer wird vom abgebenden Versicherer zu einer Bilanzierung gezwungen, für die er kalkulatorisch unter Umständen nicht immer die Mittel bereit stellen kann, mit entsprechenden wirtschaftlichen Auswirkungen auf das Versi-

cherungsunternehmen: Eine Finanzierung durch den Bestand kann nicht erfolgen; im Neugeschäft führen die volatilen, weil von den Marktgegebenheiten direkt abhängigen, Rechnungsgrundlagen zu schwankenden Beiträgen, die zudem nicht „sanierbar“ sind, sollten die getroffenen Annahmen der Realität nicht entsprechen. Es ist daher fraglich, ob alle Unternehmen ein solches Modell steuern und kontrollen können. Die Gefahr von Insolvenzen wird größer.

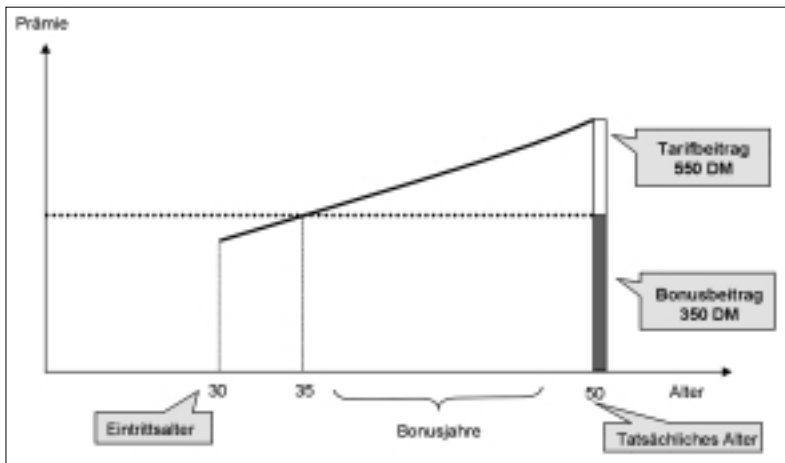


Abb. 6: DKV-Bonusjahrmmodell

17 Quelle: DKV

18 Im Beispiel wird die Situation eines heute 50jährigen wechselwilligen Versicherten betrachtet, der seinen Versicherungsschutz mit 30 Jahren (Eintrittsalter) abgeschlossen hat. Aufgrund von Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zahlt er zwar einen höheren Beitrag als ursprünglich, aber einen wesentlich niedrigeren als ein 50jähriger Neukunde. Sein tatsächlicher Beitrag entspricht im Beispiel dem Beitrag eines 35jährigen Neukunden. Der Bonus ist die Differenz zwischen dem tatsächlichen Alter (50) und dem Alter des für den Beitragsvergleich herangezogenen Neukunden (35). Damit ergeben sich 15 Bonusjahre, die bei einem Wechsel vom neuen Versicherer eintrittsalterwirksam angerechnet werden. Auf dieser Basis muß der neue Versicherer die Alterungsrückstellung für den Versicherten "nachfinanzieren".

5.2.2 Vereinte-Modell – „Anrechnung der Anwartschaft auf die Altersvorsorge“ im Grundschatz

Dieses Modell, welches auch mehrfach in der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, ist in einem Gesamtzusammenhang mit einer Neuausrichtung der KV-Landschaft zu betrachten. Die Grundelemente sind Grundschatz mit „Anrechnung der Anwartschaft auf die Altersvorsorge“ und Risikoausgleich, wobei nicht mehr zwischen GKV und PKV unterschieden wird (vgl. [Rm]).

Durch Annahmезwang, klar definierten Standardschatz und Risikoausgleich ist das Problem der Risikoentmischung für das Kollektiv gelöst und der Wechsel kann zwischen den einzelnen Unternehmen bei Mitnahme der bisherigen finanziellen Rechte erfolgen.

Aus Sicht des Wettbewerbs ist dieses Modell als problematisch zu bewerten, weil quasi sämtliche bisherigen Wettbewerbselemente aufgegeben werden. Sowohl der anregende Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV wird aufgehoben, als auch der kreative Produktgestaltungs-wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherern entfällt durch Standardisierung der Produkte.

Wettbewerb findet nur noch bei dem Zusatzschutz statt. Vereinheitlichungen müssen notgedrungen zu mehr Regulierungen und damit weniger Wettbewerb führen. Die Gleichstellung von GKV und PKV mit Einführung eines Anwartschaftsdeckungsverfahrens bedeutet eine erhebliche Kapitalbildung. Die Kombination von Umlage- und Anwartschaftsdeckungsverfahren in der Übergangszeit führen – über einen längeren Zeitraum – zu einer stärkeren zusätzlichen Belastung insbesondere der jüngeren Generation.

6. Zusammenfassung der Bewertungen

Die in der Öffentlichkeit häufig kritisierte Wettbewerbsverhinderung - wegen geringer Wechseloption - in der PKV, die durch die derzeitige

Kalkulationsmethode gegeben ist, muss zunächst einmal Verständnis finden. Bevor man jedoch vorschnell Lösungen vorstellt, gilt es, diese Lösungen sachlich im Sinne einer Güterabwägung zu bewerten. Dabei spielt die Wahrung der Rechte des Versichertenkollektivs bezüglich der dauernden Erfüllbarkeit des Vertrages eine maßgebliche Rolle, und zwar nicht minder als die Freizügigkeit eines Wechselwilligen. Bereits das derzeitige System hat, aufgrund des harten Wettbewerbs, nur eingeschränkte Möglichkeiten, untereinander verursachte Fluktuationen und daraus resultierende Risikoentmischungen zu unterbinden. Die derzeitige „Vererbung“ der Alterungsrückstellung an das „vertragstreue Kollektiv“ ist insofern aus risikotheorietischer Sicht nur ein Notanker, der schlimmere Antiselektionen verhindert und somit Kollektive vor finanziellem Ruin bewahren hilft.

Weitere Schutzmechanismen zur Vermeidung der Risikoentmischung sind im Sinne des Wettbewerbs sicher nicht durchsetzbar. Umgekehrt sind aber auch weitergehende Öffnungsmöglichkeiten im Sinne des Schutzes der im Kollektiv Versicherten kaum vertretbar. Damit stellt das derzeitige System einen Kompromiss sowohl im Sinne der Wahrung der Interessen der Verbraucher nach mehr Wettbewerb als auch nach dauerhafter Erfüllbarkeit der Verträge dar, leider mit dem Ergebnis, wie bei allen Kompromissen, dass keine der beiden Interessengruppen völlig zufrieden gestellt ist. Alle diskutierten Alternativmodelle scheitern entweder an der versicherungstechnischen Machbarkeit oder bewerten diesen Interessenkonflikt einseitig. Selbst das noch am ehesten geeignet erscheinende Verfahren der grundsätzlichen Bereitstellung der Alterungsrückstellung beim Wechsel des Versicherten mit der Integration eines Stornoabzuges weist diese Schwachstelle auf.

Betrachtet man das derzeit praktizierte System, so besteht über alle Unternehmen Ausgewogenheit bezüglich Einnahmen und Ausgaben. Dabei haben die Wechselwilligen letztlich durch den Verzicht auf die erworbenen Rechte einen höheren Beitrag für die (gesamte) Solidargemeinschaft zu entrichten als die nicht Wechselnden. Insofern zahlen letztlich die „Gesunden“ einen höheren Beitrag als die „Kranken“, allerdings mit dem Vorteil, in (zumindest subjektiv) günstigere Tarife wech-

seln zu können (was seinen Preis hat). Wird der Wechsel erleichtert, wird der Aufwand letzten Endes für die Gesunden niedriger und der für die Morbiden höher. Der Solidargedanke verliert an Bedeutung und das Risiko für die nicht wechseln könnenden Versicherten steigt. Zusammenfassend führt also die Erleichterung des Wechsels zu einer "Sozialisierung des Wechsels", indem die Versicherten in den verbleibenden Beständen oder die Versicherten in den aufnehmenden Beständen finanzielle Nachteile hinnehmen müssen.

Wirkliche Alternativen liegen vielleicht in einer völlig veränderten Systematik der PKV, was aber letztlich auch zu einer völlig veränderten Systematik unseres Gesundheitswesens führen dürfte. Damit befinden wir uns aber in einem extrem komplexen Gebiet, das zudem von erheblichen politischen Einflüssen - und zwar national wie europa-orientiert - geprägt sein dürfte und in Zeitdimensionen über Generationen ablaufen wird.

Gleichwohl sieht sich die Kommission weiter aufgeschlossen gegenüber Vorschlägen im Sinne einer Verstärkung des Wettbewerbs und wird sie in aller Offenheit und konstruktiven Weise – wie die eben behandelten Modelle – würdigen. Dies bedeutet dann auch bei festgestellter Eigenschaft – bezogen auf die Güterabwägung des Verbraucherinteresses – eine entsprechende Umsetzung solcher Modelle.

Nach eingehender Prüfung der bisher vorliegenden und in die Diskussion neu eingebrachten Modelle gilt aber folgendes Fazit:

Solange keine wirkliche Alternative gefunden ist,
plädiert die Kommission
zum Schutz der nicht wechselwilligen
und krankheitsbedingt nicht wechselfähigen
Versicherten
für die Beibehaltung
des bisherigen Systems!

7. Literaturverzeichnis

- [Ba] Bauermeister, Hanns; "Rückkaufswerte in der PKV?", Vortrag auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Versicherungsmathematik (DGVM) 1991
- [Be] Behne, Jürgen; "Anmerkungen zu den Rechnungsgrundlagen in der deutschen Privaten Krankenversicherung", Sozialer Fortschritt, Jg. 44 (1995), Heft 2
- [Bo] Bohn, Klaus; "Die Mathematik der deutschen Privaten Krankenversicherung", Verlag Versicherungswirtschaft e.V., Karlsruhe 1980
- [Bt] Boetius, Jan; „Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV) – Modell eines zukunftssicheren Systems“, Verlag Versicherungswirtschaft GmbH, Karlsruhe 1999
- [Ca] Cassel, Dieter / Janßen, Johannes; "Äquivalenzprinzip, Wettbewerb und Risikostrukturausgleich in der sozialen Krankenversicherung", in: Allokation der Ressourcen bei Sicherheit und Unsicherheit, Festschrift für Leonhard Männer, hrsg. von J.-M. Graf v. d. Schulenburg, Nomos Verlag, Baden Baden 1997
- [Ho] Hof, Bernd; "Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung", Verband der privaten Krankenversicherung e.V., PKV-Dokumentation 24, Köln 2001
- [Fe] Felderer, Bernd; "Demographische Entwicklung, Nettoprämie und Altersrückstellung in der privaten Krankenversicherung", Arbeit und Sozialpolitik 5-6/91
- [Fu] Fürhaupter, Rainer; "Wahrung von Rechten bei PKV-PKV Wechsel – Vorschlag eines Modells", unveröffentlichter Vortrag vom 20.12.2000
- [Ka] Kalis, Bernhard; „Mitgabe der Altersrückstellung in der privaten Krankenversicherung“, VersR 2001, Heft 1
- [La] Lauterbach, Karl / Wille, Eberhard; "Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich", Zwischengutachten, Köln / Mannheim 2000
- [Me] Meyer, Ulrich; "Gesetzliche Regelungen zu den Rechnungsgrundlagen der Privaten Krankenversicherung", Volkswirtschaftliche Diskussionsbeiträge - Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Nr. 64, Dez. 1993
- [Ri] Richter, H.W. / Rudolph, J. / Terhorst, E. / Zachow, E.W.; "Barleistung bei Storno in der Privaten Krankenversicherung", unveröffentlichtes Manuskript, 2000
- [Rm] Rumm, Ulrich; "Kapitaldeckung im Gesundheitswesen", Vereinte Krankenversicherung AG, München 2000
- [Ru] Rudolph, J. / Turowski, G.; „Das „Altenproblem“ in der PKV und seine Lösung“, Blätter der DGVM, Band XXIV, Heft 4, Oktober 2000
- [Sa] Salewski, Britt; "Neue Freiheit für Patienten?", Euro am Sonntag vom 19.11.2000
- [Sb] v. d. Schulenburg, J.-M. Graf; "Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems", Verlag Versicherungswirtschaft e.V., Karlsruhe 1992.
- [Sc] Schneider, Erich; "Individuelle Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung?", ZfV 24/94
- [So] Scholz, Rupert; "Mitgabe der Altersrückstellung in der privaten Krankenversicherung beim Wechsel des Versicherers?", Rechtsgutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., 2001
- [Su] Surminski, Arno; "Verfall der Deckungsrückstellung", ZfV 11/95

- [Te] Terhorst, Elmar; „Wahlfreiheit und Wettbewerb in der Privaten Krankenversicherung“, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2000
- [Ti] Timmer, Hans Georg; “Die Funktion der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung”, Versicherungswirtschaft Heft 3/1988
- [Zu] Züchner, Hermann Georg; “Die Mitgabe der Alterungsrückstellung bei Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung”, Versicherungswirtschaft Heft 11/1995

PKV-Dokumentation

Bisher erschienen

Prof. Dr. Rupert Scholz / Prof. Dr. Josef Isensee:

1/73 Zur Krankenversicherung der Studenten

Wettbewerb zwischen Ersatzkassen
und Privatversicherung
Beitragsprivilegien der Studenten und
Beitragsautonomie der Ersatzkassen (*vergriffen*)

Dipl.-Volksw. Karl Brandecker:

2/74 Zur Reform des Krankenhauswesens

Das Interesse des Krankenhauses am Selbstzahler
bisher und in Zukunft (*vergriffen*)

Prof. Dr. Walter Leisner:

**3/74 Zur Abgrenzung von gesetzlicher
und privater Krankenversicherung**

Eine verfassungsrechtliche Untersuchung
(*vergriffen*)

Prof. Dr. Wolfgang Gitter:

**4/75 Zum Privatliquidationsrecht
der leitenden Krankenhausärzte**

Rechtsbeziehungen zwischen Arzt,
Krankenhaus und Patient (*vergriffen*)

PKV-Dokumentation

Bundesrichter Dr. Helmut Heinze:

5/76 Zum Beitragszuschuß

Rechtliche Gestaltung und Problematik einer Sozialleistung für Rentner an der Grenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung
(*vergriffen*)

Prof. Dr. Josef Isensee:

6/80 Privatautonomie der Individualversicherung und soziale Selbstverwaltung

Verfassungsrechtliche Legitimation und verwaltungsrechtliche Folgerungen

Prof. Dr. Bernd von Maydell:

7/82 Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine Untersuchung über die rechtliche Zulässigkeit unter besonderer Berücksichtigung des Ersatzkassenrechts

Dipl.-Volkswirt Thomas Ruf:

8/82 Zur Selbstbeteiligung der Versicherten

Eine Studie zu ihren Grenzen und Möglichkeiten

PKV-Dokumentation

Hans Töns:

**9/83 Solidarität als Aufgabenbegrenzung
der gesetzlichen Krankenversicherung**

Eine Studie zum Vorschlag einer Gliederung der
gesetzlichen Krankenversicherung nach Grund-
(Kern-) und Zusatz- (weiteren) Leistungen

Dr. Heinz Bach:

**10/84 Gedanken zur privaten
Krankenversicherung**

Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier:

**11/85 Zulassungsbeschränkungen für Ärzte
aus verfassungsrechtlicher Sicht**

Hans Töns:

**12/87 Teilkostenerstattung der
Deutschen Angestellten-Krankenkasse
für nichtversicherungspflichtige Mitglieder
mit Anspruch auf Beihilfe**

Eine versicherungsrechtliche Beurteilung

Heinrich Frommknecht:

**13/90 Zur Reform des Krankenversicherungs-
systems**

PKV-Dokumentation

Prof. Dr. Rupert Scholz:

**14/91 Zur Wettbewerbsgleichheit von gesetzlicher
und privater Krankenversicherung**

– Verfassungsprobleme im Zuge des
innerdeutschen Einigungsvertrages –

Prof. Dr. J.-Matthias Graf v. d. Schulenburg:

**15/92 Weiterentwicklung des gegliederten
Krankenversicherungssystems durch
eine Organisationsreform**

Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier:

**16/92 Verfassungsrechtliche Rahmen-
bedingungen der PKV**

Prof. Dr. jur. Heinrich Reiter:

**17/93 Möglichkeiten zum Ausbau der sozialrechtlichen
Qualitätskontrolle des die gesetzliche
Krankenversicherung substituierenden privaten
Krankenversicherungsschutzes im Hinblick
auf die Liberalisierung des europäischen
Versicherungsmarktes**

Rechtsgutachtliche Stellungnahme

PKV-Dokumentation

Prof. Dr. Michael Arnold, Tübingen:

**18/95 Zum Umgang mit Knappheit
in der medizinischen Versorgung**

Ethische, medizinische und rechtliche Fragen
der Rationierung

19/97 Zu den Altersbeiträgen der Privatversicherten

Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission

20/97 Herausforderungen

Entwicklungslinien eines Versicherungszweiges
von den Anfängen bis zur Gegenwart

21/97 Die Zukunft der Krankenversicherung

Veranstaltung anlässlich des 50-jährigen Bestehens
des Verbandes der privaten Krankenversicherung

Dr. jur. Jan Boetius / Dr. oec. HSG Hans-Olaf Wiesemann:

**22/98 Die Finanzierungsgrundlagen
in der Krankenversicherung**

– Zur Grenzziehung zwischen GKV und PKV –

PKV-Dokumentation

23/99 Perspektiven der PKV in Europa

Bernd Hof:

24/00 Auswirkungen und Konsequenzen
der demographischen Entwicklung
für die gesetzliche Kranken-
und Pflegeversicherung