

Peter Szopo

Tarifregulierung in der privaten Krankenversicherung

Die private Versicherungswirtschaft unterliegt in Österreich — aber auch im Ausland — mehr und strengeren Regulierungen als die meisten anderen Sektoren der Wirtschaft. Allerdings ist das System der materiellen Versicherungsaufsicht im Umbruch. Vor allem die integrationspolitischen Bemühungen Österreichs und die Entwicklung des Versicherungsrechts in der EG selbst lassen in den nächsten Jahren eine schrittweise Liberalisierung der Versicherungsaufsicht in Österreich erwarten. Unabhängig von allen äußeren Anlässen sprechen auch Überlegungen der ökonomischen Theorie dafür, das dichte Netz der bestehenden Versicherungsregulierung gezielt zu lockern. Tatsächlich wurde in Österreich bereits in den vergangenen Jahren eine Liberalisierung der Versicherungsregulierung — weitgehende Freigabe der Tarife in der Kraftfahrzeug-Versicherung, Lockerung der Anlagevorschriften — begonnen.

Ein weiterer Deregulierungsschritt wurde nun im Rahmen der derzeit in Vorbereitung befindlichen Novellierung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) ins Auge gefaßt: die Aufgabe der Tarifgenehmigung in der privaten Krankenversicherung.

Auf Anregung des Österreichischen Versicherungsverbands beleuchtete das WIFO diese Deregulierungsmaßnahme und untersuchte, ob die Besonderheiten der privaten Krankenversicherung einen funktionierenden Preiswettbewerb erwarten lassen¹⁾

Aufgabe der privaten Krankenversicherung ist die Deckung des Krank-

Anläßlich der Novellierung des Versicherungsaufsichtsgesetzes, die derzeit vorbereitet wird, wurde der Verzicht auf die staatliche Aufsicht über die Tarife in der privaten Krankenversicherung in Erwägung gezogen. In einem Gutachten, das im folgenden gekürzt wiedergegeben ist, kommt das WIFO zum Ergebnis, daß die Rahmenbedingungen auf dem Markt für private Krankenversicherungen einen solchen Deregulierungsschritt nicht rechtfertigen.

heits- und Unfallrisikos. Auch die Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung sind in der Regel eingeschlossen. Im wesentli-

Der Markt für private Krankenversicherungen

chen unterscheidet man zwei Formen der privaten Krankenversicherung:

- Die Krankenhaus-Kostenversicherung ersetzt die Behandlungskosten einer stationären Behandlung im Krankenhaus. Meist wird sie ergänzend zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen („Zusatzversicherung“), um die Mehrkosten eines Aufenthaltes in der Sonderklasse zu decken.
- Die Krankenhaus-Taggeldversicherung zahlt dem Versicherungsnehmer pro Tag seines Krankenhausaufenthaltes einen bestimmten Betrag aus.

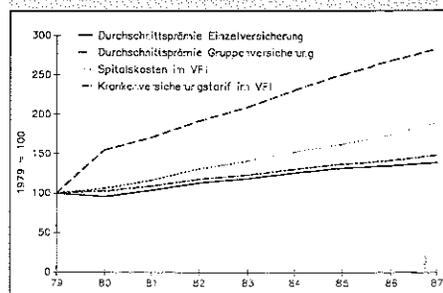
Insgesamt waren 1987 nach Erhebungen des Versicherungsverbandes rund 2,8 Mill. Österreicher privat krankenversichert. Die abgegrenzten Bruttoprämien betragen 1987 9,7 Mrd. S, die Versicherungsleistungen 7,8 Mrd. S. Von den Versicherten hatten rund 40% eine Krankenhaus-

Kostenversicherung und etwa 60% eine Krankenhaus-Taggeldversicherung. Da in Österreich fast die gesamte Bevölkerung durch die gesetzliche Krankenversicherung Versicherungsschutz genießt, werden privat fast ausschließlich Zusatzversicherungen abgeschlossen. Die private Krankenversicherung wird — ähnlich wie die Lebensversicherung — als Einzel- und als Gruppenversicherung abgeschlossen. Die Einzelversicherung dominiert; auf sie entfallen rund drei Viertel der Risiken und rund 70% des Prämienvolumens. Die Prämienzahlungen für eine private Krankenversicherung können — innerhalb des im § 18 Abs. 3 Z 2 EstG 1988 festgelegten Rahmens — zur Hälfte als Sonderausgabe geltend gemacht werden.

Besonderheiten der privaten Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung zählt laut VAG — zusammen mit der Lebensversicherung und anderen Sparten, in denen Rentenverpflichtungen des Versicherers entstehen können — zu den „Versicherungen, für die eine Deckungsrückstellung zu bil-

Durchschnittsprämie in der Krankenversicherung *Abbildung 1*



¹⁾ Die vollständige Fassung der Untersuchung ist in der Versicherungsgrundschau Materialien 7 Wien 1990 erschienen

den ist“ Für diese Versicherungen schreibt § 18 Abs 1 VAG vor, daß der Geschäftsplan die Rechnungsgrundlagen (Wahrscheinlichkeitstafeln, Zinsfuß, Kostenzuschläge) die Grundsätze für die Berechnung der Prämien, der Deckungsrückstellung, der Prämienüberträge und der Prämienrückerstattung sowie auch die Tarife zu enthalten hat Änderungen des Geschäftsplans, also auch neue Tarife, sind von der Versicherungsaufsichtsbehörde zu genehmigen (§ 10 VAG).

Zum Unterschied von der Lebensversicherung, in der alle Anbieter von demselben Wahrscheinlichkeitstafeln ausgehen hängt die Kalkulation der Nettoprämie in der Krankenversicherung vom Bestand des einzelnen Unternehmens ab Einen überbetrieblichen Erfahrungsaustausch über Schadensdaten gibt es — mit Ausnahme einer gemeinsam erstellten Auswertung der Krankenhausgebühren — nicht In der Praxis ist die Tarifaufsicht in der Krankenversicherung sehr aufwendig. Da die Kostenersätze nach Bundesland und nach Sozialversicherungsträger differieren, sind für jeden Anbieter mehr als 200 Tarife zu genehmigen

Die private Krankenversicherung weist im Vergleich mit anderen Versicherungszweigen zwei Besonderheiten auf:

- In der Regel wählt der Versicherungsnehmer nur einmal in seinem Leben einen Versicherungsanbieter für seine Krankenversicherung Ein späterer Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen ist meist mit hohen Kosten verbunden und wird daher kaum praktiziert
- Der Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung ist — in der Terminologie von Nelson (1970) — ein „Erfahrungsgut“ Den genauen Preis und die Qualität des erworbenen Produktes lernt der Versicherungsnehmer erst nach Vertragsabschluß — durch Konsum — kennen.

Jedes dieser Charakteristika ist für sich allein relativ unproblematisch Ihr Zusammentreffen jedoch verleiht der privaten Krankenversicherung im Vergleich zu anderen Märkten —

auch anderen Versicherungssparten — eine Sonderstellung

Die — in der Regel — lebenslange Bindung des Versicherungsnehmers hat folgende Ursache: Die in der Einzelkrankenversicherung bei Vertragsbeginn vereinbarte Prämie richtet sich nach dem Eintrittsalter des Versicherungsnehmers und darf nicht wegen des im Alter steigenden Krankheitsri-

Die private Krankenversicherung ist ein „Erfahrungsgut“, der Konsument hat jedoch in der Praxis nicht die Möglichkeit, seine Erfahrung bei einem Wiederholungskauf zu verwerten.

sikos erhöht werden. Relativ zu dem von seinem Alter abhängigen Risiko leistet der Versicherte also zunächst eine zu hohe und später eine zu niedrige Prämie Der intertemporale Ausgleich erfolgt über die Bildung und spätere Auflösung einer aus den zunächst überhöhten Prämien dotierten Alterungsrückstellung, die — ähnlich wie in der Lebensversicherung — nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnet wird In einem so gestalteten System muß die Möglichkeit der Vertragskündigung durch das Versicherungsunternehmen ausgeschlossen werden Die Verträge in der Einzelkrankenversicherung haben daher eine lange Laufzeit, meist bis zum Ableben des Versicherten Dieser kann zwar, im Gegensatz zum Versicherungsunternehmen, den Vertrag kündigen, er wird davon allerdings kaum Gebrauch machen, da die „angesparte“ Alterungsrückstellung nicht ausgezahlt wird

Dieses System hat den Vorteil, daß es das Problem der adversen Selektion zum Teil entschärft. Ein Versicherungsnehmer, der in jungen Jahren eine Krankenversicherung erworben hat (etwa im Rahmen einer Familienpolizze), behält einen Anreiz zur Weiterversicherung selbst wenn sich im fortgeschrittenen Alter herausstellt, daß er ein „gutes Risiko darstellt (also wenig krankheitsanfällig ist)²⁾ Der Nachteil dieser institutionellen Regelung ist allerdings, daß ein entscheidender Wettbewerbsparameter — die Wahl- und damit Sanktions-

möglichkeit des Konsumenten — erheblich eingeschränkt wird.

Anders ist die Regelung in der Gruppenversicherung Zumindest der Grundidee nach dürften die Probleme der Alterung und der adversen Selektion in der Gruppenversicherung keine Rolle spielen Das durchschnittliche Alter des Beschäftigtenbestands eines Unternehmens ist erfahrungsgemäß ziemlich konstant, und die gleichzeitige Versicherung des überwiegenden Teils der Beschäftigten sollte die Tendenz, daß sich „schlechte Risiken eher versichern als gute wesentlich abschwächen Anders als in der Einzelversicherung besteht daher keine Notwendigkeit der Beendigung des Versicherungsvertrags einen Riegel vorzuschieben: Der Gruppenversicherungsvertrag hat eine Laufzeit von nur einem Jahr und kann auch vom Versicherer gekündigt (d. h. nicht verlängert) werden Allerdings haben die Gruppenversicherten das Recht innerhalb eines Monats nach Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. bei Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis die Übernahme in die Einzelversicherung unter Anrechnung der in der Gruppenversicherung erworbenen Ansprüche zu verlangen Daher besteht auch in der Gruppenversicherung für die Versicherten ein Anreiz, beim einmal gewählten Anbieter zu bleiben

Rein theoretisch müßte die Einschränkung der Wahlmöglichkeit des Versicherten kein Problem bedeuten Blieben die Tarife während der gesamten Vertragsdauer unverändert dann könnte ein gut informierter Versicherungsnehmer — wie auf anderen Märkten — das für ihn günstigste Angebot ermitteln und danach seine Entscheidung treffen Tatsächlich ist diese Voraussetzung allerdings nicht erfüllt, da sich — etwa infolge des medizinisch-technischen Fortschrittes und demographisch bedingter Verschiebungen der Struktur des Versichertenbestands — die Grundlagen der Tarifikalkulation und damit die Tarife in der Krankenversicherung laufend ändern:

- Die Inflation ist im Gesundheitswesen besonders hoch Seit 1976 sind z. B. die Spitalskosten (Tages- und Pflegesätze der Landes-

²⁾ Um diesen Vorteil des Systems zu erhalten ist es daher in der Krankenversicherung nicht sinnvoll, wie in der Lebensversicherung die Ansprüche an das Deckungskapital anlässlich einer Kündigung auszuzahlen Dadurch käme es zu adverser Selektion und in Verbindung damit zu Marktinstabilitäten (Finsinger 1988 S. 146)

krankenanstalten) — sie sind die bei weitem bedeutendste Leistungsposition der privaten Krankenversicherung — rund doppelt so rasch gestiegen wie die Verbraucherpreise

- Die Struktur der Leistungen verschiebt sich. So verlagern sich etwa die Krankenhauskosten von der eigentlichen Behandlung zu den vorangehenden diagnostischen Untersuchungsleistungen
- Die Schadenhäufigkeit weist einen steigenden Trend auf. 1988 war die Schadenhäufigkeit um rund 30% höher als noch Mitte der siebziger Jahre
- Die Vermögenserträge schwanken, sie hängen von den Bedingungen auf den Kapitalmärkten und vom Geschick der Portfeuilleverwaltung ab
- Selbstverständlich steigen auch in der Versicherungswirtschaft, wie in den übrigen Wirtschaftssektoren, die Löhne und Gehälter der Beschäftigten und damit die Verwaltungskosten der Unternehmen
- Technischer Fortschritt, etwa verstärkter Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung, steigert die Produktivität und dämpft die Verwaltungskosten.

Insgesamt bewirkten diese Faktoren in der Vergangenheit eine beständige, im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Inflation überdurchschnittliche Erhöhung der Krankenversicherungstarife. Von 1976 bis 1988 stiegen die im Verbraucherpreisindex (VPI) erfaßten Krankenversicherungstarife im Durchschnitt um 4,9% pro Jahr, der VPI insgesamt um 4,0%. In der Gruppenversicherung verteuerten sich die Tarife noch viel kräftiger, wie sich anhand von Verbandsdaten zeigen läßt, die seit 1979 verfügbar sind. Demnach stieg die durchschnittliche Prämie je versichertes Risiko in der Gruppenversicherung von 1979 bis 1987 um fast 14% pro Jahr (bzw. um 9%, wenn man den Anstieg von 1979 auf 1980 von 55% ausschaltet, der möglicherweise nur statistische Ursachen hat). Ausschlaggebend dafür war, daß sich die Annahmen, auf denen das Modell des Gruppengeschäftes beruht, nicht ganz erfüllten. Insbesondere die Einbeziehung pensionierter Beschäftigter in die Gruppenversi-

cherung verschlechterte die Altersstruktur des Risikobestands und verursachte eine deutliche Erhöhung der durchschnittlichen Leistung je Risiko.

Die empirische Evidenz über den Verlauf der Tarifierungsgrundlagen und Tarifindizes ist zu allgemein, um danach zu beurteilen, ob das tatsächliche Tarifniveau und seine Entwick-

Die staatliche Aufsicht über die Tarife in der privaten Krankenversicherung zählt nicht zu jenen Bereichen der Versicherungswirtschaft, in denen eine Deregulierung angebracht ist.

lung gerechtfertigt sind — schon deshalb, weil sich die einzelnen Anbieter durch die Zusammensetzung ihres Risikobestands und durch ihre Geschäftsstruktur beträchtlich voneinander unterscheiden. Die Daten illustrieren jedoch, wie rasch sich die Rechnungsgrundlagen in der privaten Krankenversicherung ändern und welchen — in ihrem Ausmaß unvorhersehbaren — Einflüssen der Krankenversicherungsvertrag unterliegt. Der Versicherungsnehmer kann also zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses den genauen Preis der gewünschten Risikodeckung gar nicht kennen. Die private Krankenversicherung ist daher, wie eingangs bemerkt, ein „Erfahrungsgut“ — jedoch hat der Konsument kaum die Möglichkeit, seine Erfahrung bei einem Wiederholungskauf zu verwerten.

Unter den beschriebenen Rahmenbedingungen — also angesichts der hohen Transaktionskosten, die ein Wechsel des Versicherungsunternehmens für den Konsumenten hervorruft — wäre aus Gründen des Konsumentenschutzes ein Verzicht auf die staatliche Tarifaufsicht (und in Verbindung damit auf die Bedingungsgeheimung) problematisch. Da die Sanktionsmöglichkeit des Versicherungsnehmers nach Vertragsabschluß nachhaltig eingeschränkt ist, muß die Versicherungsaufsicht, gleichsam als Stellvertreter, eine Kontrollfunktion ausüben. Um dieses Urteil zu untermauern: Auch in der Bundesrepublik Deutschland, in der die private Krankenversicherung auf den gleichen Grundsätzen wie in Österreich beruht, warnen selbst die Befürworter

einer weitgehenden Deregulierung des Versicherungsmarktes vor einem Verzicht auf die staatliche Aufsicht über die Krankenversicherungstarife (Finsinger, 1988, S. 194-196).

Finsinger (1988, S. 196) weist auf einen zusätzlichen Gesichtspunkt hin: Angesichts der langen Vertragsdauer in der Krankenversicherung sind innerhalb der Laufzeit institutionelle Änderungen im Gesundheitswesen nicht auszuschließen, die eine grundlegende Reform der Versicherungsbedingungen und damit eine Neufassung des Tarifs erfordern. Auch dann ist es Aufgabe der Aufsichtsbehörde darauf zu achten, daß die vertraglich bedingte Unbeweglichkeit des Versicherungsnehmers nicht ausgenutzt wird.

Eine gewisse Relativierung der Argumentation für eine Beibehaltung der Tarifregulierung ist in bezug auf das Gruppengeschäft angebracht. Der Gruppenversicherungsvertrag hat — wie erwähnt — eine Laufzeit von nur einem Jahr, sodaß der Versicherungsnehmer (das Unternehmen, der Betriebsrat) in einer wesentlich besseren Position ist als in der Einzelversicherung. Er hat grundsätzlich die Option, auf einen überhöhten Anstieg des Tarifs mit dem Wechsel des Versicherungsunternehmens zu reagieren. Darüber hinaus wird seine Verhandlungsmacht auch dadurch gestärkt, daß er eine Vielzahl — oft mehrere hundert — von Versicherten vertritt. Allerdings erwachsen auch in der Gruppenversicherung aus einem Wechsel zu einem anderen Anbieter Transaktionskosten, denn der Gruppenversicherte erwirbt — wie in der Einzelversicherung — gewisse Ansprüche, die im Zuge eines Wechsels verlorengehen. Das Argument für die Beibehaltung der Tarifregulierung ist daher auch in der Gruppenversicherung nicht ganz ohne Berechtigung, wenngleich es von geringerer Bedeutung ist als in der Einzelversicherung.

Literaturhinweise

Finsinger, J. Verbraucherschutz auf Versicherungsmärkten: Wettbewerbsbeschränkungen staatliche Eingriffe und ihre Folgen. VVF München 1988.

Nelson P. „Information and Consumer Behavior“ Journal of Political Economy 1970 78(2) S. 311-329.