

Gedanken zum Thema Missbrauch in der Versicherung

Wikipedia umschreibt den Begriff Versicherung zutreffend wie folgt: "Mit Versicherung wird das Grundprinzip der kollektiven Risikoübernahme bezeichnet. Viele zahlen einen Geldbetrag in die Kapitalsammelstelle Versicherer ein, um beim Eintreten eines entsprechenden Schadens, dem Versicherungsfall, aus dieser Kapitalsammelstelle einen Schadenausgleich zu erhalten. Da der Versicherungsfall nur bei wenigen Versicherten eintreten wird, reicht das Vermögen der Kapitalsammelstelle bei bezahlbarem Beitrag aus. Voraussetzung ist, dass der Umfang der Schäden statistisch abschätzbar ist und demnach mit versicherungsmathematischen Methoden der von jedem Mitglied des Kollektivs benötigte Beitrag bestimmbar ist."

Versicherung hat also gewisse Voraussetzungen:

- Es muss ein Kollektiv bestehen, innerhalb dessen eine Solidarität der Mitglieder gilt in Bezug auf den versicherten Schaden. Z.B. werden in der Krankenversicherung die Gesunden die Kranken subventionieren, in der Autoversicherung die unfallfreien Fahrer diejenigen, die einen Unfall hatten etc.

Die Bestimmung des Kollektivs ist bei der Sozialversicherung Sache der Politik, z.B. ist bei der AHV die Solidaritätsgemeinschaft die ganze Schweizer Bevölkerung oder beim BVG die arbeitende Bevölkerung.

In der Privatversicherung nach VAG regelt der Markt via Angebot und Nachfrage, ob eine Solidaritätsgemeinschaft akzeptiert wird. Allgemein anerkannt sind z.B. die Kollektive für Hausrat- oder Motorfahrzeugversicherung. Ist aber eine Hausratversicherung bei Versicherer A teurer als die von Versicherer B, so wird es zu einem Wechsel der Kunden von A zu B kommen. Der Kunde kann somit zwischen verschiedenen Solidaritätsgemeinschaften wählen.

- Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Gesamtschadenlast eines Kollektivs statistisch abschätzbar sein muss. Dies ist bei der Hausratsversicherung oder Motorfahrzeugversicherung durch die hochfrequenten Schäden gut möglich, wird aber bei z.B. der Erdbebenversicherung schon schwieriger. Hier stützen sich Aktuar auf Modelle, mit der sie eine durchschnittliche Schadenlast pro Jahr abschätzen.

Die Herausforderung für eine Privatversicherung ist es die Solidaritätsgemeinschaft so zu bilden, dass diese längerfristig bestehen bleibt. Das heisst sie darf nur ähnliche Risiken in die Solidaritätsgemeinschaft hineinlassen und muss alle in dem Kollektiv gleich und fair behandeln. Nur dann werden die Kunden im Kollektiv verbleiben und damit in der Solidaritätsgemeinschaft für den nötigen Ausgleich sorgen.

Probleme können dann auftauchen, wenn die Kunden keine Wahl haben, ob sie in ein neues Kollektiv wechseln können. Z.B. ist in der Krankenzusatzversicherung ein Wechsel für chronisch Kranke Personen nicht möglich, da andere Anbieter diese Person nicht aufnehmen werden – notabene aus gutem Grund: der andere Anbieter ist seiner Solidaritätsgemeinschaft verpflichtet, nur Personen mit einem ähnlichen Risikoprofil aufzunehmen und keine "sicheren Schäden" ins Kollektiv zu lassen.

In diesen Situationen, ist es angezeigt dass die Politik oder der Regulator Kunden, die keine Wahl mehr haben, schützt. Sobald aber ein Kunde die freie Wahl hat, wird der Markt die Sache regeln.

Im Falle einer Person ohne Wechselchance, gibt es zwei Aspekte:

- ein solcher Kunde muss vor zu hohen Prämien geschützt werden, so dass er nicht über den Preis aus dem Kollektiv geworfen wird, aber
- das Kollektiv auf der anderen Seite muss vor zu tiefen Prämien für eine solche Person geschützt werden, da sonst insgesamt zu wenig Prämien vorhanden sind um die Schäden zu zahlen (Solvenzgefährdung)

Der Regulator, welcher im Auftrag des Staates handelt, ist also in der schwierigen Situation, zwischen diesen beiden sich widersprechenden Zielsetzungen eine Linie zu finden, die für beide Seiten einen akzeptablen Kompromiss bilden. Ein grobes Abweichen von diesem Kompromiss würde dann als missbräuchlich zu interpretieren sein. Es ist zu bemerken, dass in der Krankenversicherung das Vorhandensein von angemessenen Alterungsrückstellungen das Problem wesentlich entschärft.

Ein ähnliches Problem stellt sich bei der Beruflichen Vorsorge. Sucht eine Firma, die in der Vergangenheit hohe Schäden hatte, einen neuen Anbieter für die Risikoabdeckung, so muss der neue Anbieter darauf achten, dass er seine bisherigen Kunden nicht belastet durch die Übernahme der Risiken dieser Firma. Umgekehrt sollte die Prämie für diese Firma immer noch im Rahmen bleiben. In der Vergangenheit gab es die Richtlinie, dass die Risikoprämien für gute bzw. risikoreiche Gruppen sich höchstens um einen Faktor vier unterscheiden dürfen, was als ein Kompromiss, wie oben beschrieben, darstellen kann. Für Ausnahmesituationen von sehr hohen Risiken gibt es im Bereich des BVG das Fallbackszenario über die Auffangeinrichtung, daher ist hier die Kompromissfindung vergleichsweise einfacher.

Es stellt sich somit letztlich die Frage, welche Kriterien zu einer Kompromissfindung herbeigezogen werden sollen um zu entscheiden, ob eine Prämie zu hoch oder zu tief ist. Hierzu ein paar Gedanken:

- Die Prämie für eine Solidaritätsgemeinschaft muss aktuariell auf soliden Füßen stehen, d.h. die Risikoprämie muss durch Statistiken und / oder Modelle begründbar sein. Dies bedeutet u.a. dass eine Segmentierung nur dann angebracht ist, wenn die Solidaritätsgemeinschaft in einem solchen Segment noch genügend gross ist, um einen Ausgleich zu gewährleisten. Diese Grösse ist abhängig von der Anzahl Versicherten, Höhe bzw. Frequenz der Schäden und somit unterschiedlich für jede Versicherung bzw. Deckung.
- Ausgehend von dieser aktuariellen Prämie stellt sich nun die Frage, wie gross Abweichungen von dieser sein dürfen. Ist ein Faktor der richtige Ansatz, ist es eher die Profitabilität oder muss eine Absicht zu Missbrauch erkennbar sein?

Profitabilität sollte aus aktuarieller Sicht kein Kriterium sein, da zB. bei einer Erdbebedeckung ein Profit von nahezu 100% zu erwarten ist, solche Deckungen machen aber trotzdem sehr viel Sinn. Auch ein Faktorbasierter Ansatz ist nicht wirklich zielführend, da es durchaus Deckungen gibt, bei denen die einzelnen Risikoausprägungen sehr stark variieren, bei anderen dagegen kaum. Eine Versicherung A mag z.B. sämtliche Berufe gegen Invalidität versichern, eine andere Versicherung B dagegen nur Büroangestellte; hier denselben Faktor anzuwenden wäre ganz sicher falsch.

- Für uns das wichtigste Kriterium zur Beurteilung von Missbrauch ist, ob die Solidaritätsgemeinschaft die Risiken tragen und somit weiter bestehen kann oder ob es die Absicht ist, entweder die Solidaritätsgemeinschaft oder den einzelnen Versicherten zu übervorteilen. Diese Beurteilung kann nicht durch starre Regeln erfolgen.
- Vorbeugend gegen Missbrauch und zugleich wettbewerbsfördernd wirkt auch die Schaffung von guter Transparenz für die Versicherten.

Kurz zusammengefasst ist es unsere Überzeugung, dass die Aufgabe des Regulators zur Bekämpfung von Missbrauch nur dann angezeigt ist, wenn ein Privatversicherter keine Alternativen zu der bestehenden Deckung hat. Kriterium zur Beurteilung von Missbrauch ist eine erkennbare Absicht entweder eine Solidaritätsgemeinschaft oder ein Individuum zu übervorteilen. Rendite- oder Faktorbasierte Ansätze zur Definition von Missbrauch sind nicht zielführend.

Die obigen Überlegungen sind auf den Umgang mit der technischen Risikokomponente bezogen. Ganz ähnlich sind Aspekte der finanziellen Risikokomponente zu beurteilen, d.h. wie sollen positive und negative Anlageerträge auf den technischen Reserven innerhalb der Anspruchsgruppen (Versicherte bzw. Versichertengruppen und Aktionäre) verteilt werden. Dabei ist aber insbesondere zu beachten, wer die Anlagerisiken trägt und welche (erwarteten) Anlageerträge bereits in den technischen Tarif eingerechnet sind. Missbrauch ist auch hier hinsichtlich einer absichtlichen Übervorteilung einer Anspruchsgruppe zu beurteilen, wobei die Beurteilung risikobasiert erfolgen muss.

Für Ihre Fragen wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle der Vereinigung.

Schweizerische Aktuarvereinigung, 29. März 2019