

Corona: quantitative Analysen noch nicht möglich

Auch die DAV beschäftigt sich vielfältig mit der Coronapandemie. Noch ist die Datenlage für tieferegehende Analysen aber nicht ausreichend. Deshalb nehmen wir in diesem Heft eine erste qualitative Einordnung vor und konzentrieren uns auf andere interessante Themen der Aktuar*innen.

Seite 2

Moderne Garantieprodukte für die Nullzinsphase

In Anbetracht der anhaltenden Tiefzinssituation wird seit Langem über den Sinn und die Kosten von Garantien diskutiert. Doch auch in den heutigen Zeiten haben sie ihren Wert. Sie müssen aber an die veränderten Marktbedingungen angepasst werden.

Seite 12



Prämiendifferenzierung sichert Funktionsweise der Versicherungen

Private Versicherungen beruhen auf einem Grundprinzip: Die Beiträge orientieren sich an der Risikosituation der einzelnen Versicherungsnehmer*innen. Damit werden für unterschiedliche Risiken auch unterschiedliche Prämien gezahlt. Diese Prämiendifferenzierung sichert die Funktionsweise der Versicherungen und erhält damit die Versicherbarkeit im Ganzen. *Seite 6*

Aktuar Aktuell

Mitteilungen der Deutschen Aktuarvereinigung e.V.
Ausgabe 49 • April 2020



DAV

DEUTSCHE
AKTUARVEREINIGUNG e.V.

Auswirkung der Corona- pandemie auf die Ver- sicherer

Mit zunehmender Dauer wirken sich die Corona-Pandemie und die begleitenden Maßnahmen auch massiv auf die Versicherungswirtschaft aus.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die Deutsche Aktuarvereinigung e.V. (DAV) das kürzlich veröffentlichte 10-Punkte-Papier der Europäischen Versicherungsaufsicht EIOPA, das sich auf die Fortführung des Geschäftsbetriebs und die Solvenz des Unternehmens konzentriert sowie verschiedene Vorschläge zur Risikominderung enthält. Die DAV unterstützt wie die BaFin ausdrücklich EIOPAs Vorschlag, den Berichtsaufwand unter Solvency II in den kommenden Monaten zu begrenzen und damit einen Beitrag zur operativen Entzerrung des Berichtswesens zu leisten.

Besorgt zeigt sich die DAV, da eine hohe Unsicherheit besteht, wie sich die Pandemie weiter entwickeln und die Realwirtschaft sowie die Finanzmärkte beeinflussen wird. Die schweren Einbrüche an den Aktienmärkten wirken sich auf die Aktivseite aus. Ähnliches ist für die Immobilien und alternative Anlagen im weiteren Verlauf des Jahres zu befürchten. Besonders schwer wiegen bei den Anleihemärkten die Rückgänge des sicheren Zinses in Verbindung mit stark angestiegenen Spreads. Darüber hinaus werden sich vermutlich die Ausfallrisiken bei Lebensversicherern erhöhen.

Auf der Passivseite sind die Lebensversicherer verpflichtet, unabhängig von diesen Entwicklungen die Deckungsrückstellungen unter Verwendung des Rechnungszinses zu stellen. Durch das weitere Absinken des Referenzzinses muss die Zinszusatzreserve weiter ausgebaut werden. Aufgrund des Zinsverfalls sowie der gestiegenen Spreads ist unklar, ob die Versicherer hinreichend viel außerordentlichen Ertrag für die Zinszusatzreserve erwirtschaften können. Ob der Aufwand wie in der Vergangenheit durch das Heben von stillen Reserven finanziert werden kann, hängt von der Entwicklung der Aktien- und Anleihemärkte ab. Zusammengefasst besteht nach Analyse der DAV ein großes Risiko der Coronapandemie in einem deutlichen Wertverlust der Kapitalanlagen, bei gleichzeitig steigenden Anforderungen an die Rückstellungen.

Inhalt

News Bulletin

Auswirkung der Coronapandemie auf die Versicherer	2
Rentenpolitik darf Regeln der Versicherungsmathematik nicht ignorieren	
actuvie feiert erfolgreiches erstes Jahr	
Zahl des Tages	3

Interview

mit Prof. Dr. Christian Hagist, Chair of Economic and Social Policy an der WHU – Otto Beisheim School of Management	4
---	---

Analyse

Risikodifferenzierung ist keine Diskriminierung	6
---	---

Fokus

Medizinischer Fortschritt: Finanzierungsherausforderung für die PKV	8
---	---

Hintergrund

Welche Aufgaben haben Aktuar*innen in der Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen	10
Garantien im Nullzinsumfeld	12

Der Begriff zum Schluss

Die teilkollektive RfB	15
------------------------	----

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Aktuarvereinigung e.V.
Hohenstaufenring 47–51 · 50674 Köln
Tel.: 0221 912554-231 · Fax: 0221 912554-9231
E-Mail: presse@aktuar.de · www.aktuar.de

Redaktion:

Birgit Kaiser (verantwortlich)
Erik Staschöfsky

Autoren:

Dr. Jürgen Bierbaum
Wolfgang Deichl
Nils Dennstedt
Jürgen Fischer
Dr. Olaf Schmitz
Dirk Stötzl

Rentenpolitik darf Regeln der Versicherungsmathematik nicht ignorieren

„Die Rentenkommission der Bundesregierung hat bedauerlicherweise die Chance verstreichen lassen, das deutsche Rentensystem dauerhaft zukunftsfest zu machen“, betont der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. (DAV) Dr. Guido Bader.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der absehbaren wirtschaftlichen Verwerfungen durch das Coronavirus seien die neu definierten Korridore für den Beitragssatz und das Rentenniveau in der gesetzlichen Rentenversicherung aus finanz- und versicherungsmathematischer Sicht das Gegenteil von ausgewogener Finanzplanung.

Kritisch sehen DAV und sein Zweigverein IVS darüber hinaus die Entscheidung, dass erst der neu einzusetzende Alterssicherungsbeirat Anfang 2026 eine Empfehlung abgeben soll, ob und wie eine Anhebung des Renteneintrittsalters erfolgen sollte. „Wenn einerseits der Beitrags- sowie der Leistungskorridor eingehalten werden sollen und andererseits der Versicherungscharakter der gesetzlichen Rente bewahrt werden soll, dann steht nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik bereits jetzt fest, dass wir ohne eine Flexibilisierung des Rentenbeginns nicht auskommen“, so Dr. Bader weiter. Die Zahlen sprächen eine klare Sprache, die nicht ignoriert werden dürfe. „Denn Rentenpolitik ohne Mathematik ist genauso verfehlt wie Rentenpolitik ohne sozialen Ausgleich“, erklärt Dr. Bader.

Positiv bewerten DAV und IVS das klare Bekenntnis der Rentenkommission, die kapitalgedeckte zweite und dritte Säule durch entsprechende Reformen zu stärken. „Die unverzichtbare zusätzliche Absicherung kann zusätzlichen Schwung erhalten, wenn auch in staatlich geförderten Produkten wie der Riesterrente sowie in der betrieblichen Altersversorgung neue Garantiekonzepte und Gestaltungsmöglichkeiten zugelassen werden, die ein angemessenes Verhältnis von Sicherheit, Renditechance und Risiko aufweisen“, erläutert Dr. Bader abschließend.

actuvview feiert erfolgreiches erstes Jahr

Am 28. März 2019 hat die Deutsche Aktuarvereinigung e.V. (DAV) die erste weltweit agierende Streaming-Plattform speziell für Aktuar*innen gestartet. actuvview ging als Nachfolger eines erfolgreichen „1st Virtual International Congress of Actuaries (VICA)“ online, um Expert*innen der Versicherungs- und Finanzbranche über die Landesgrenzen hinweg hochwertige Fachinhalte zu präsentieren.

Seitdem ist viel passiert: Hunderte Videos wurden veröffentlicht, ein halbes Dutzend internationale Konferenzen begleitet und viele Tausend Aktuar*innen aus aller Welt in die Community aufgenommen. Im Dezember 2019 schloss die Actuarial Association of Europe (AAE) eine zweijährige Partnerschaft mit actuvview, die mehr als 30.000 Aktuar*innen in ganz Europa den Zugang zur Plattform ermöglicht.

Mittlerweile umfasst das actuvview-Archiv mehr als 650 Videos zu Themen aus allen Sparten und Fachbereichen des Versicherungswesens. Zu den Highlights aus dem Jahr 2019 gehören die Aufzeichnungen des Section Colloquium der internationalen Aktuarvereinigung (IAA) in Kapstadt, des European Congress of Actuaries in Lissabon, der IME 2019 in München und der Asian Actuarial Conference in Singapur. Daneben haben actuvviews zentraler Sponsoring Partner RGA sowie mehrere Content-Partner exklusive Recording-Serien veröffentlicht, darunter die Ulm Actuarial Days der Universität Ulm und des ifa Ulm sowie die Event-Wochen der European Actuarial Academy (EAA). Weiterhin haben auch schon einzelne nationale Vereinigungen Inhalte eingebracht.

Für dieses Jahr ist die Begleitung vieler weiterer Großveranstaltungen geplant. Mit Blick auf die massiven Einschränkungen des weltweiten Konferenzgeschäfts durch das Coronavirus bemüht sich actuvview mit seinen Partnern, digitale Alternativen zu schaffen.

Zahl des Tages: 2023

soll nun nach mehreren Verschiebungen der neue internationale Rechnungslegungsstandard IFRS 17 eingeführt werden.



Interview

Prof. Dr. Christian Hagist, Chair of Economic and Social Policy an der WHU – Otto Beisheim School of Management

? Inzwischen haben fünf Bundesländer das sogenannte Hamburger Modell eingeführt, bei dem Beamte entscheiden können, ob sie in der Privaten Krankenversicherung (PKV) bleiben oder in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln. Können Sie kurz erläutern, warum die GKV bislang für viele Beamte keine Option war?

! Bisher müssen sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer von ihrem eigenen Gehalt „nur“ den Arbeitnehmeranteil bezahlen. Beamte hingegen müssen bei einer Absicherung in der GKV sowohl den Arbeitnehmer- als auch den Arbeitgeberbeitrag aus eigener Tasche begleichen. Das ist in den meisten Fällen viel teurer als die Absicherung über die Beihilfe und PKV. Daher haben sich bislang die meisten Beamten für die Absicherung über PKV und Beihilfe entschieden. Bei den sehr seltenen Ausnahmefällen kam meist viel zusammen, beispielsweise viele Kinder und/oder selbst Vorerkrankungen oder Familienmitglieder mit solchen, die dann die Kombination PKV/Beihilfe im Vergleich zur GKV teurer machte.

? Was waren Ihre ersten Gedanken, als Sie vom Hamburger Modell 2017 hörten?

! Ich dachte mir, dass diese Reform rein politisch motiviert sein muss – sozusagen eine Bürgerversicherung

Hamburger Modell ist eine Bürgerversicherung light durch die Hintertür

light durch die Hintertür. Zudem, dass ein solcher Vorschlag zur adversen Selektion führen muss – dass also nur bestimmte Risiken wechseln werden. Zeitgleich freute ich persönlich mich ein wenig, da meine Co-Autoren Stefan Fetzer, Christian Bühler und ich gerade an einem Simulationsmodell für die Bürgerversicherung saßen, das man nun in abgewandelter Form auch zur Analyse dieser Reform einsetzen konnte.

? Sie haben sich aus ökonomischer Sicht intensiv mit dem Ansatz auseinandergesetzt. Für welche Beamtengruppen könnte das Hamburger Modell interessant sein und für wen eher nicht?

! Unsere Analyse zeigt, dass es in der Tat zur adversen Selektion von Risiken kommen dürfte. Insbesondere werden aller Wahrscheinlichkeit nach vor allem Beam-

tenhaushalte mit Vorerkrankungen und/oder nicht erwerbstätigen Ehepartnern das Hamburger Modell wählen. Abhängig ist die Entscheidung ebenfalls von der Besoldungsstufe. Beamtenhaushalte mit niedrigerem Einkommen dürften sich häufiger für das Hamburger Modell entscheiden, da in der PKV absolute Prämien und in der GKV einkommensabhängige Beiträge verlangt werden. Auch für Haushalte, die bereits viele Kinder haben oder sich dies wünschen, könnte das Modell eine Option sein.

? Das bedeutet, mit wie vielen Wechseln vom PKV- ins GKV-System rechnen Sie? Die Brandenburgische Landesregierung geht von bis zu 20 Prozent aus.

! Eine Prognose ist schwierig, da wir beispielsweise die politischen Präferenzen oder die Risikoneigung der Beamtenhaushalte nicht kennen. Abstrahiert man aber von politischen Vorlieben und unterstellt einen kühlen Kopf bei der Wahl, geht unser Modell von einer Wechselrate von 1,4 bis 12,5 Prozent aus. Das kommt ganz darauf an, wie die Beamten einen Zusatznutzen aus Beihilfe und Privater Krankenversicherung gegenüber der gesetzlichen Absicherung einschätzen. Die ersten Zahlen aus Hamburg zeigen, dass unser Modell hier ganz gut liegt.

? Ein Argument für das Hamburger Modell ist, dass es dem Krankenversicherungssystem mehr Fairness bringt. Sie sprechen in Ihren Auswertungen aber sogar von einer Entsolidarisierung der GKV. Bitte erläutern Sie das.

! Aus versicherungsmathematischer Sicht sind es vor allem „schlechte“ Risiken, die aus der Beihilfe und PKV in die GKV wechseln werden oder sich beim Einstieg ins Beamtenleben für die GKV entscheiden. „Schlechte“ Risiken bedeutet hierbei, dass sie entweder Aufschläge in der PKV aufgrund von Vorerkrankungen bezahlen müssten oder aber mehrere mitversicherte Personen – Ehepartner und Kinder – unter einem Versicherungsschutz zusammenkämen. Auch für diese Risiken sollte das jeweilige System aufkommen, hier die Versicherten-gemeinschaft der PKV und der Steuerzahler in der Beihilfe. Nun werden diese Risiken auf den Beitragszahler in der GKV verlagert und monetär stehen PKV und Landeshaushalt sogar am Ende leicht besser dar. Das kann man „Entsolidarisierung“ nennen. Denn wenn es nur um die Verbesserung der Situation solcher belasteten Haushalte gegangen wäre, hätte man auch Lösungen innerhalb der Beihilfe finden können.

? Die Bertelsmann Stiftung prognostiziert, dass die öffentlichen Haushalte bis 2030 um rund 60 Milliarden Euro entlastet würden, wenn alle Beamten in die GKV wechselten. Wie bewerten Sie diese Prognoserechnungen?

! Man kann das so rechnen, aber es bleibt am Ende doch eine recht „naive“ Rechnung. Denn, wenn die Kombination von PKV und Beihilfe wirklich bessere Leistungen bietet, seien es geringere Wartezeiten oder mehr Leis-

tungen wie etwa beim Zahnersatz, dann sind diese bei der Berufswahl des Beamten eingepreist. Der Beamtenbund wird bei einer Bürgerversicherung nicht nur etwaige Differenzen von Prämien und Arbeitnehmerbeiträgen bei Tarifrunden nachfordern, sondern auch einen Ausgleich für die entgangenen Leistungen in der Krankenversicherung. Wenn die sehr gut organisierten Vertreter der Beamenschaft damit nur zu einem Drittel erfolgreich sind, also circa 30 Prozent der Ausgabendifferenzen pro Kopf zwischen Beihilfe/PKV und GKV als Lohnausgleich bekommen, sind laut unseren Berechnungen keine Einsparungen mehr zu erwarten.

? Der DGB verspricht sich vom Hamburger Modell eine Attraktivitätssteigerung für das Berufsbeamtentum. Wie beurteilen Sie das auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Mobilität der Beamten?

! Die Wahlmöglichkeiten klingen natürlich erst einmal gut. Das Problem dabei ist aber, dass diese Wahlmöglichkeit die Mobilität innerhalb des Beamtenstandes vorerst reduzieren wird. Wenn man sich zum Beispiel nun in Hamburg für das GKV-Modell entschieden hat, ist ein Wechsel nach Bayern nicht mehr so einfach, da die meisten Bundesländer das Modell noch nicht adaptiert haben. Hier gibt es also einen Trade-off. Ob die Mobilität zwischen dem Beamtentum und sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen wirklich erhöht wird, wird sich zeigen müssen. Ich würde aber nicht davon ausgehen, da insbesondere auch niedrigere Tarifgruppen das Hamburger Modell wählen dürften, die kaum zu den Wandlern zwischen den Welten gehören.

? Sie waren Experte in zahlreichen Anhörungen im Bundestag und mehreren Landtagen. Inwieweit rechnen Sie damit, dass das Hamburger Modell weitere Verbreitung findet und vielleicht der Einstieg zur erneuten Diskussion über eine Bürgerversicherung werden könnte?

! Ich glaube, darin liegt die insgeheime Hoffnung der Befürworter. Natürlich könnte sich politischer Druck aufbauen, weil insbesondere eher sozial schwächere Gruppen wechseln. Am Ende könnte dann der PKV ironischerweise wieder der Vorwurf der Rosinenpickerei gemacht werden, obwohl ihre Vertreter diese Reform vehement abgelehnt haben. Wahrscheinlich entfaltet das Modell aber keine so hohe Attraktivität, als dass es wirklich zu tektonischen Verschiebungen kommt. Denn zumindest kurzfristig sind Arbeitgeberbeiträge bei neuen Beamten auch höher als Beihilfezahlungen. Das bedeutet, ich kann als Ministerpräsident*in für das gleiche Geld weniger Lehrer und andere Landesbeamte einstellen – im Wahlkampf ein echtes Pfund. Außerdem löst das Hamburger Modell nicht das Problem des Bestandes an PKV-versicherten Beamten und ihren Altersrückstellungen. Deshalb bleibt die Kopfpauschale wie in der Schweiz der einzig gangbare Weg in eine Bürgerversicherung, auch wenn dies dann sehr lange dauert.

Risikodifferenzierung ist keine Diskriminierung

Die private Versicherungswirtschaft kalkuliert die Beiträge abhängig von der Risikosituation des Einzelnen. Im Ergebnis zahlen unterschiedliche Verbraucher unterschiedliche, aber dem jeweiligen Risiko angemessene Prämien. Die Politik und der Verbraucherschutz hinterfragen seit Jahren unter anderem die Beitragsunterschiede in der privaten Berufsunfähigkeitsversicherung. Dabei untersagt der Gleichbehandlungsgrundsatz im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) eine Preisdifferenzierung dort, wo es keine Grundlage für unterschiedliche Preise gibt. Umgekehrt erlaubt er eine Differenzierung dort, wo es solche objektiven kalkulatorischen Unterschiede gibt. Dies verhindert eine Antiselektion und erhält damit die Versicherbarkeit. Eine unterschiedliche Risikoexposition führt objektiv zu unterschiedlichen Prämien, was keine Diskriminierung darstellt.

Wie jeder in unserer Gesellschaft ist auch der Berufsstand der Aktuar*innen gefordert, Diskriminierung zu vermeiden. Dies verlangt explizit der zentrale Gleichbehandlungsgrundsatz des VAG: „Bei gleichen Voraussetzungen dürfen Prämien und Leistungen nur nach gleichen Grundsätzen bemessen werden.“ Eine Ungleichbehandlung bedarf also eines sachlichen Grundes. Liegt ein solcher vor, so ist nach allgemeiner Auslegung der Gesetzesnorm eine Ungleichbehandlung ausdrücklich erlaubt. Gleichbehandlung heißt also, gleiche Risiken gleich zu behandeln, aber auch unterschiedliche Risiken unterschiedlich.

Risikodifferenzierung sichert Risikoausgleich im Kollektiv

Eine Versicherung ist die kollektive Absicherung individueller Risiken. Um am Risikoausgleich im Kollektiv und über die Zeit teilzunehmen, müssen die Mitglieder des Kollektivs einen dem eigenen Risiko entsprechenden Beitrag entrichten. Auftretende Schäden werden durch das Kollektiv getragen. Passen das Risiko und der Beitrag nicht zusammen, kommt es zu einer Antiselektion: Im Falle nicht angemessener Beiträge werden Personen mit einem unterdurchschnittlichen Schadenpotenzial das Kollektiv verlassen oder ihm erst gar nicht beitreten. Hingegen werden Personen mit einem überdurchschnittlichen Schadenpotenzial im Kollektiv überproportional stark vertreten sein. Im Ergebnis funktioniert der Risikoausgleich im Kollektiv nicht (mehr) richtig, die Versicherbarkeit droht verloren zu gehen. Solange der Versicherungsschutz freiwillig ist, ist eine Risikodifferenzierung der einzige Weg, das Kollektiv und damit das

Angebot zu erhalten. Es kommt dadurch nicht zu einer Entsolidarisierung, wie Kritiker der Risikodifferenzierung behaupten, sondern die Risikodifferenzierung schützt die Funktionsweise des Risikoausgleichs im Kollektiv (siehe Abbildung 1).

Anders ist die Situation bei der staatlich organisierten Sozialversicherung. Es herrscht eine Versicherungspflicht für den überwiegenden Teil der Bundesbürger. Diese Pflicht verhindert den oben beschriebenen Mechanismus der Antiselektion. Deshalb können sich die Beiträge auch weniger am Risiko orientieren, sondern mehr am Bedarf der Sozialversicherung und an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Die Sozialversicherung bietet eine Basisabsicherung, darüber hinausgehende, individuelle Absicherungsbedarfe bedient die private Versicherungswirtschaft auf freiwilliger Basis. Dies erfordert eine angemessene Berücksichtigung des individuellen Risikos.

Risikomerkmale müssen statistisch belastbar sein

Wie bereits ausgeführt, bedarf eine Risikodifferenzierung sachlicher Gründe. Diese sind üblicherweise an geeigneten Risikomerkmalen festzumachen. Im Allgemeinen unterscheidet man zwischen objektiven Risikomerkmalen, wie Alter oder Beruf, und subjektiven Risikomerkmalen. Hierzu zählen Rauchen oder das Freizeitverhalten. Ein objektives oder subjektives Risikomerkmal eignet sich im Rahmen des ethisch Vertretbaren als Differenzierungskriterium zur Risikoeinschätzung, wenn es (a) messbar ist, (b) eine statistische Relevanz mit Blick auf das Risiko hat und (c) über die Zeit stabil und gegenüber kleineren Methoden Anpassungen robust ist. Die Eignung eines Risikomerkmals als Differenzierungskriterium wird generell auch qualitativ plausibilisiert, so werden unter anderem die Ergebnisse medizinischer Studien oder Sozialversicherungsstatistiken herangezogen. Die drei zuvor erwähnten Kriterien machen deutlich, dass es Grenzen bei der Risikodifferenzierung gibt. Unterschiede müssen statistisch belastbar sein.

Immer mehr Risiken versicherbar

Der medizinische Fortschritt hat in den letzten Jahrzehnten durch ein besseres Verständnis von Krankheitsbildern die Grenzen der Versicherbarkeit immer weiter verschoben. Heute stehen viele Vorerkrankungen ei-

Abbildung 1: Folgen eines Differenzierungsverbots nach Beruf

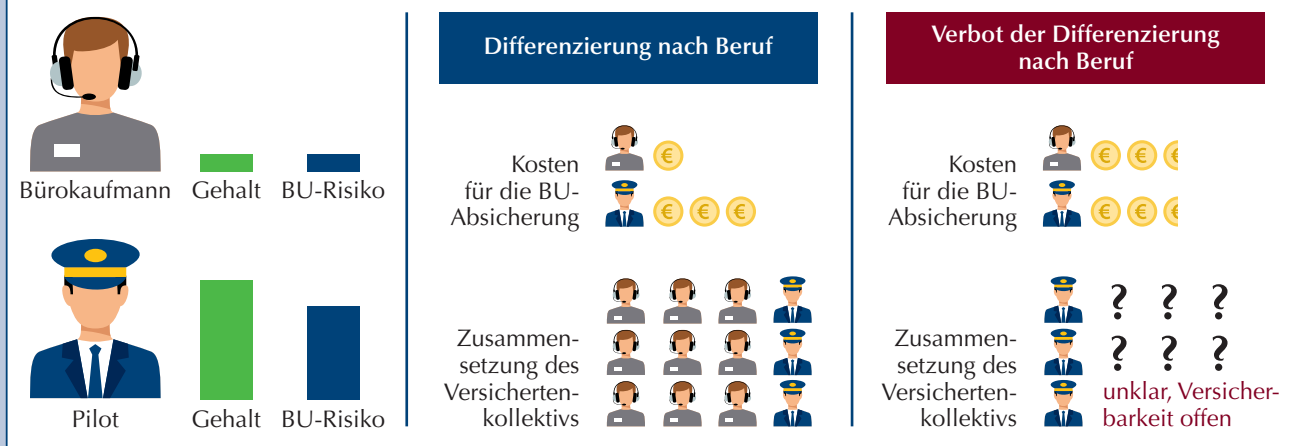
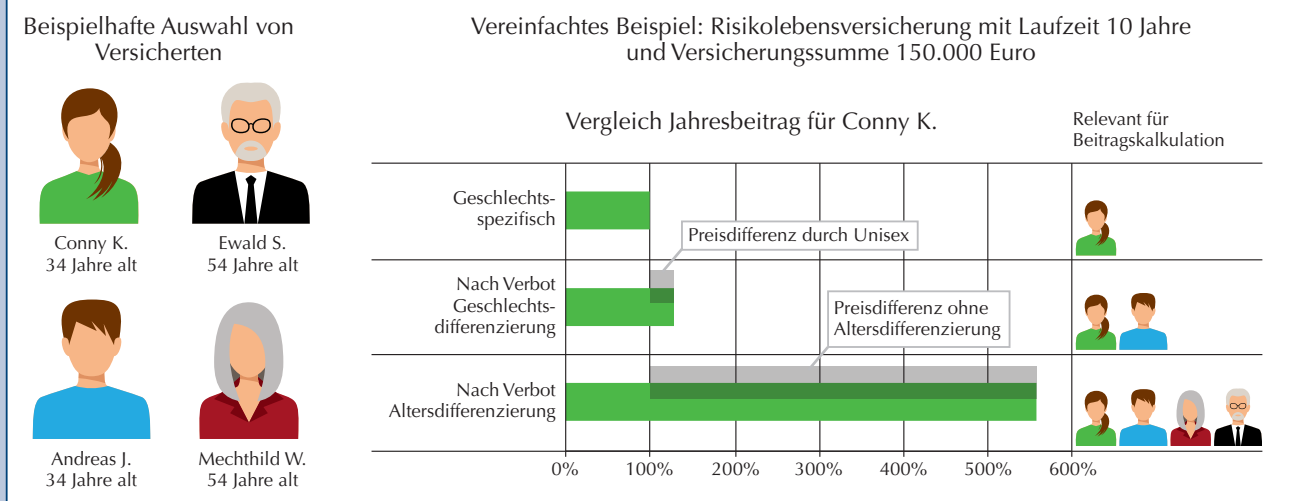


Abbildung 2: Beitragsauswirkungen von Differenzierungsverboten



nem Versicherungsschutz nicht mehr entgegen, weil eine fundierte Einschätzung des Risikos möglich ist. Im Lebensversicherungskontext wurden unter anderem bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes zentrale Fortschritte erzielt. Aber die Versicherbarkeit dieser nach wie vor erhöhten Risiken ist nur in Kombination mit der Möglichkeit der Risikodifferenzierung darstellbar.

Bis Ende 2012 war das Geschlecht als Differenzierungskriterium üblich, die statistische Relevanz ist für viele Risiken unzweifelhaft nachgewiesen. Trotzdem ist seit einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs dieses zentrale Differenzierungskriterium nicht mehr anwendbar. Im Ergebnis gibt es seitdem eine Mischkalkulation mit einheitlichen Prämien für beide Geschlechter. Die Auswirkungen weiterer Differenzierungsverbote wie zum Beispiel das Verbot der Differenzierung nach Beruf oder Alter erreichen im Vergleich zum Verbot der Geschlechterdifferenzierung jedoch eine ganz andere Größenordnung. Ein Verbot der Differenzierung nach Alter bei der

Risikolebensversicherung führt zu extremen Beitragsprüngen, sodass eine Absicherung für breite Bevölkerungsschichten nicht mehr finanzierbar wäre (siehe Abbildung 2).

Fazit

Prämiendifferenzierung sichert Funktionsweise der Versicherungen

Die Differenzierung der Prämien nach belastbaren Risikomerkmale ist eine Konsequenz des Gleichbehandlungsgrundsatzes und stellt den Risikoausgleich im Kollektiv sicher und damit die Funktionsweise der Versicherung. Ein weiteres Verbot von Differenzierungsmerkmalen neben dem Geschlecht wird die Versicherbarkeit von individuellen Risiken für breite Bevölkerungsschichten einschränken.



Medizinischer Fortschritt: Finanzierungsherausforderung für die PKV

Die Kosten für die medizinische Versorgung steigen – in der Regel sogar deutlich stärker als die Inflation. Mit steigender Tendenz tragen dazu besonders hohe Kostenfälle bei. Welche Faktoren treiben diese Entwicklung? Erhöhen sich die stationären Kosten so stark, weil es immer aufwendigere Therapien und modernere Medizintechnik gibt? Um ein Ergebnis des Beitrags vorwegzunehmen: Hochkostenfälle werden fast immer durch sehr teure Medikamente verursacht. Dieser klare Trend der Vergangenheit wird in Zukunft noch zunehmen. Krankenversicherer und Politiker sind dabei gleichermaßen gefordert, die Krankenversicherungsbeiträge und damit das Gesundheitssystem bezahlbar zu halten.

Zunächst eine kurze Betrachtung historischer Daten: Der weltweit größte Rückversicherer hat seit 2010 dreimal die PKV-Hochkostenfallanalyse durchgeführt. Ein Hochkostenfall wird dabei definiert als alle Leistungsausgaben für eine versicherte Person in einem Kalenderjahr von 100.000 Euro oder mehr. Die jüngste Analyse von 2017 betrachtete 70 Prozent der PKV-Versicherten. Zugrunde gelegt wurde ein Zeitraum von 2008 bis 2016. Dabei wurden die erstattungsfähigen Beträge ohne Inflationseffekte ausgewertet. Beihilfeberechtigte wurden auf 100 Prozent hochgerechnet, um eine Vergleichbarkeit zu erzielen. Das Ergebnis zeigt für den Betrachtungszeitraum, dass von den teilnehmenden Gesellschaften insgesamt 30.119 Hochkostenfälle gemeldet wurden. Sowohl die Anzahl als auch die Gesamtausgaben haben in diesem Zeitraum deutlich zugenommen. Während 2009 noch 2.400 Fälle und Versicherungsleistungen in Höhe von 385 Millionen Euro zu verzeichnen waren, lagen 2016 bereits 5.000 Fälle und Versicherungsleistungen von über 800 Millionen vor. Setzt man die Hochkosten-

fallzahlen ins Verhältnis zu je 100.000 PKV-Versicherten, bestätigt sich der Anstieg: In der Auswertung von 2009 waren es noch 38 Fälle, 2016 hatte sich die Zahl verdoppelt.

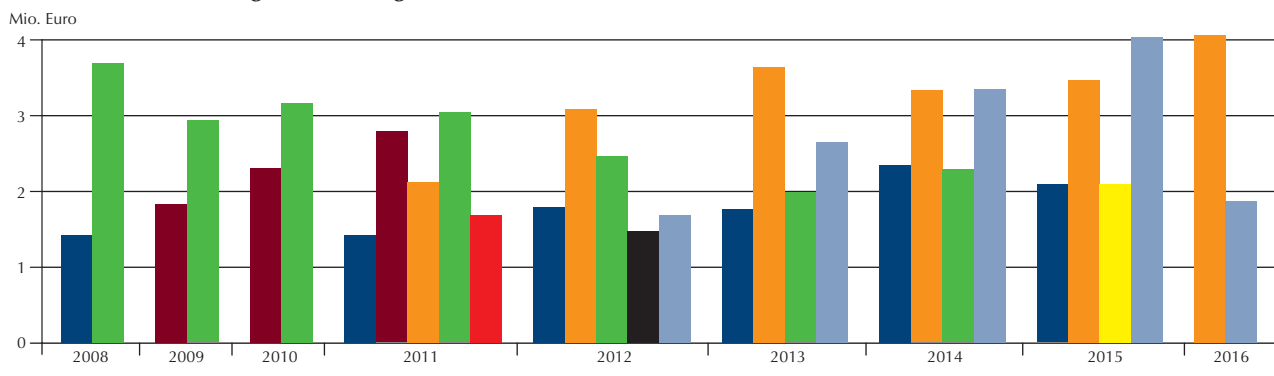
Mittel gegen Krebs und Bluterkrankheit besonders teuer

Analysiert man die Daten intensiver und filtert nach den Diagnosen, so lässt sich feststellen, dass drei von zehn Fällen auf eine Krebserkrankung zurückzuführen sind. Befunde mit Blutgerinnungsstörungen – oft auch als Bluterkrankheit bezeichnet – sind hier noch unterrepräsentiert. Definiert man einen neuen Schwellenwert für den Hochkostenfall mit 500.000 Euro, verändert sich das Bild und Blutgerinnungsstörungen dominieren mit einem Drittel die Fallzahlen. Die hohen Leistungssummen von mehr als einer halben Million Euro resultieren dabei fast ausschließlich aus den Medikamentenkosten.

Blutgerinnungsstörungen werden durch eine kostenintensive Medikation behandelt, können jedoch leider nicht geheilt werden. Einzelne Dosen der Medikation kosten Tausende Euro und verursachen pro Jahr eine sechs-, manchmal siebenstellige Eurosumme an Kosten, und dies Jahr für Jahr.

Die Abbildung 1 illustriert die 30 größten Hochkostenfälle im Beobachtungszeitraum der PKV-Hochkostenfallanalyse. Eine Balkenfarbe bezieht sich jeweils auf eine versicherte Person im Zeitverlauf. So zeigt sich insbesondere anhand des orangen Balkens, dass die versicherte Person sechs der 30 größten Hochkostenfälle verursacht hat – mit einem Maximalbetrag von knapp über vier Mil-

Abbildung 1: Verteilung der 30 höchsten Hochkostenfälle von 2008 bis 2016 auf 8 Personen



tionen Euro im Jahr 2016. Auch dieser Versicherte weist eine Blutgerinnungsstörung auf.

Die nachfolgende Auswertung besonders teurer Medikamente zeigt, dass insbesondere zwei Präparate bis zu 2 Millionen Euro Kosten pro Jahr und Versichertem verursachten. Hierbei handelt es sich um die Arzneimittel Wilate und Haemoctin, beides Medikamente zur Behandlung von Blutgerinnungsstörungen.

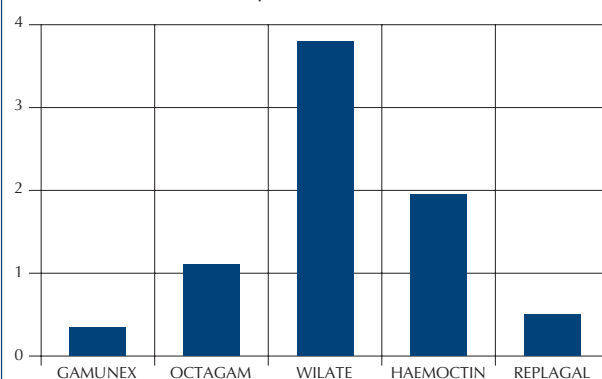
Neue Medikamente in der Zulassung

Die Medikation zur Behandlung von Krebserkrankungen ist ebenfalls hochpreisig. Auch wenn diese Arzneimittel selten den Millionen-Euro-Bereich erreichen, sind die Kosten mit 200.000 bis 500.000 Euro pro Jahr vergleichsweise hoch. In der Analyse ist das neue Medikament Kymriah zur Behandlung von Blutkrebs nicht enthalten, weil es zu dem Zeitpunkt noch nicht auf dem Markt verfügbar war. Im August 2018 wurde es für den europäischen Markt zugelassen und kostete mehrere Hunderttausend Euro. Die Liste kostenintensiver Medikamente ist speziell für Krebserkrankungen, die in den USA bereits zugelassen sind und in Europa in näherer Zukunft auf den Markt kommen werden, lang.

Mit der Entwicklung von Zolgensma gegen spinale Muskelatrophie ist ein neues Medikament zum Hochkostenspektrum hinzugekommen. Die Erkrankung ist als Muskelschwund bekannt und war bislang lediglich behandelbar, nicht aber heilbar. Im Mai 2019 hat die US-Behörde FDA Zolgensma für die USA zugelassen. Dort kostet das Medikament über 2 Millionen US-Dollar. Aktuell steht die Zulassung in Europa noch aus. Nachdem in den vergangenen Monaten mehrfach deutsche Krankenkassen die Kosten für das Medikament übernommen haben, ist auch in Deutschland eine Zulassung zu erwarten. Die betroffenen Kassen haben für eine einmalige Anwendung jeweils 2,1 Millionen Euro bezahlt.

Abbildung 2: Auswahl kostenintensiver Medikamente

Kosten pro Jahr in Mio. Euro



Fazit

Hochpreisige Medikamente lassen Beiträge steigen

Angesichts der dargelegten Daten ist von einer deutlichen Zunahme kostenintensiver Behandlungen auszugehen. Wie lassen sich hochpreisige Arzneimittel finanzieren? Ganz objektiv werden hochpreisige Medikamente die Behandlungskosten in der Zukunft erhöhen. Den Krankenversicherern und der Politik stellt sich die Frage, ob die Gesundheitssysteme generell, wie auch das deutsche PKV-System im Besonderen, darauf vorbereitet sind. Möglicherweise sind Beitragsanpassungen erforderlich. Den Aktuar*innen wird in der Umsetzung eine wichtige Rolle zukommen, denn überproportionale Beitragsanpassungen sind den Versicherten nur schwer vermittelbar. Die tatsächliche inhaltliche Debatte muss jedoch auch gesundheitspolitisch erörtert werden, denn nicht nur die PKV, sondern auch die gesetzliche Krankenversicherung muss auf der Basis gesellschaftlicher Kompromisse tragfähige Antworten auf die Frage der Finanzierung finden können. Der Ausgangspunkt der Debatte ist dabei unstrittig: Der medizinische Fortschritt durch Medikamente wie Zolgensma und Kymriah ist ein Segen für die Menschheit.



Welche Aufgaben haben Aktuar*innen in der Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen?

Die Rechnungslegung dient der Information externer Adressaten über die finanzielle Lage und Entwicklung eines Unternehmens. Wesentlicher Bestandteil dieser Informationen ist der Jahresabschluss mit Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) sowie mit Anhangangaben, deren Veröffentlichung sich bei Versicherungsunternehmen in erster Linie an Investoren, Versicherungsnehmer und die Versicherungsaufsicht richtet.

Bis zur Jahrtausendwende orientierte sich die Rechnungslegung deutscher Versicherungsunternehmen hauptsächlich an den Vorgaben des Handelsgesetzbuchs (HGB), das grundsätzlich eine vorsichtige Bilanzierung und Gewinnausweisung für alle Vermögenswerte (Aktiva) und Verbindlichkeiten (Passiva) im Bestand fordert (Vorsichtsprinzip). Den größten Teil der Verbindlichkeiten stellen Rückstellungen für Versicherungsleistungen aus den mit Kunden abgeschlossenen Verträgen dar. Da sich die Vertragskonstruktionen in der Kranken-, Lebens- und Unfallversicherung über mehrere Jahrzehnte erstrecken und relativ komplexe Strukturen aufweisen, sind für die korrekte Ermittlung der Rückstellung in diesen Sparten versicherungsmathematische Berechnungen nötig. Analog verhält es sich bei Rentenverpflichtungen gegenüber Geschädigten in der Haftpflicht- und in der Unfallversicherung.

Diese Berechnungen übernahmen seit jeher Aktuar*innen. Sie stützten sich dabei anfänglich auf vorgegebene Rechenformeln und tabellarische Zwischenergebnisse, aus denen die einzelnen Bilanzpositionen händisch kalkuliert wurden. Nach und nach übernahmen Computer die Berechnungen und das Aufgabengebiet der Aktuar*innen in der Rechnungslegung entwickelte sich entsprechend weiter: Anstelle der Rechentätigkeit übernehmen

sie heute die Konzeption der versicherungsmathematischen Software. Denn die Ergebnisverantwortung für die millionen- oder häufig milliardenschweren Ergebnisse bleibt bei den Aktuar*innen. Geregelt ist diese Verantwortung im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), das für die Rückstellungsbewertung einen sogenannten Verantwortlichen Aktuar (VA) fordert. Dem VA und deren Teams kommt zudem eine weitere wichtige Aufgabe zu, nämlich die Aufteilung der Überschüsse, die aufgrund des bereits genannten HGB-Vorsichtsprinzip im Unternehmen entstehen. Die Aktuar*innen ermitteln dafür sämtliche Gewinne aus den unterschiedlichen Gewinnquellen wie Kapitalanlageergebnis, Sterblichkeit, Storno, Krankheitskosten, Abschluss- und Verwaltungskosten etc. Darauf aufbauend erstellen sie einen Vorschlag für eine angemessene und vor allem gesetzeskonforme Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Diese Gewinnzerlegung und -verwendung berichtet der Verantwortliche Aktuar zuletzt auch an die Versicherungsaufsicht (BaFin).

Hohe Relevanz für Unternehmensplanung

Neben diesen klassischen Abschlussstätigkeiten übernehmen Rechnungslegungs-Aktuar*innen auch Aufgaben bei der Unternehmensplanung im Asset-Liability-Management, bei strategischen Planungen und bei der Produktentwicklung: Sie liefern hier den Planungsinput für die Entwicklung der wesentlichen Passiva des Versicherungsunternehmens und zeigen frühzeitig auf, wie sich neue Produkte auf die Finanzkennzahlen auswirken.

Aufgrund des Vorsichtsprinzips sind Aussagen über die langfristigen Gewinnpotenziale eines Versicherungsunternehmens basierend auf HGB-Rechnungslegung nur eingeschränkt möglich – eine vollständige Prognose

aller Gewinnquellen liegt nicht vor. Aktuar*innen größerer Versicherungsunternehmen begannen daher in den 1990er-Jahren Finanzkennzahlen zu entwickeln, die eine Unternehmensbewertung unter Einbeziehung aller erwarteten künftigen Gewinne ermöglichen. In der Personenversicherung wurde dieses Prinzip unter dem Namen Embedded Value oder später Markt Consistent Embedded Value (MCEV) etabliert – übergreifend spricht man von ökonomischen Bewertungsmethoden. Den Aktuar*innen kommt seither eine zentrale Rolle bei der Berechnung und der Berichterstattung dieser Kennzahlen zu. Sie setzen dabei komplexe stochastische Verfahren zur Optionsbewertung ein, die aus der Finanzmathematik übernommen und weiterentwickelt wurden.

Um ähnliche Unternehmensbewertungsmethoden in der Schaden-/Unfallversicherung einzuführen, begannen Aktuar*innen auch in diesen Sparten für sämtliche Schäden versicherungsmathematische Bewertungen durchzuführen. Ziel ist es auch hier, die künftige Gewinnerwartung, die sich bei der teilweise jahre- oder jahrzehntelang laufenden Schadenabwicklung ergeben, transparent zu machen.

Mit der Einführung von Solvency II wurden derartige ökonomische Bewertungen verpflichtend. Aktuar*innen berechnen die Rückstellungen seither parallel zu HGB gemäß eines zweiten Rechnungslegungssystems, das sich an den vorgenannten Grundsätzen orientiert und im VAG definiert ist. Bei dem unter Solvency II geforderten „Own Risk and Solvency Assessment (ORSA)“ kommt den Aktuar*innen außerdem die Aufgabe zu, den Input für die künftige Entwicklung des Unternehmens zu liefern – ähnlich wie bei den Aktivitäten im Rahmen der Unternehmensplanung. Eine wichtige Rolle übernehmen Aktuar*innen zudem im Rahmen der im Zuge von Solvency II neu eingerichteten versicherungsmathematischen Funktion, in der sie Kontrollfunktionen für die aktuariellen Tätigkeiten ausüben. Darüber hinaus haben Aktuar*innen mit Ihren Analysen eine sehr wichtige Funktion im Rahmen der laufenden Weiterentwicklung des Aufsichtssystems.

Internationaler Rechnungslegungsstandard erweitert Aufgaben

Versicherungsunternehmen, die Teil eines kapitalmarkt-orientierten Konzerns sind, müssen bereits seit 2005 einen weiteren Jahresabschluss gemäß den International Financial Reporting Standards (IFRS) aufstellen. Der versicherungstechnische Teil des IFRS-Abschlusses wird wieder von Aktuar*innen übernommen. Anders als bei HGB oder Solvency II gibt es allerdings unter IFRS derzeit noch keine expliziten Vorgaben zur Berechnung der versicherungstechnischen Rückstellungen. Daher werden von Aktuar*innen in deutschen Unternehmen für die versicherungstechnischen Rückstellungsberechnung unter IFRS entweder HGB-Rückstellungen angesetzt oder es wird der US-Standard US-GAAP verwendet.

Dieser Ansatz wird sich bald ändern: Nach jahrelangen Vorbereitungen befindet sich ein neuer IFRS-Standard (IFRS 17) zur versicherungstechnischen Rechnungslegung bereits in der finalen Abstimmung. Die verpflichtende Anwendung ist ab dem Jahr 2023 geplant. Aktuar*innen in den Unternehmen und in der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. (DAV) beschäftigen sich schon seit geraumer Zeit mit der sachgerechten Auslegung des neuen Standards. Eine derartige Auslegung ist nötig, da der prinzipienbasierte IFRS 17 oftmals großen Ermessensspielraum für die Umsetzung bietet. An einzelnen Stellen setzt er jedoch einen engen Rahmen, der einen angemessenen und transparenten Ausweis der Geschäftsergebnisse für einige Geschäftsmodelle sehr schwierig macht. Aufgabe der Aktuar*innen ist es daher, Umsetzungsvarianten zu entwickeln und für diese aufzuzeigen, ob sie zur Transparenz beitragen und gegenüber externen Adressaten verständlich kommunizierbar sind oder zu einer zu komplexen beziehungsweise unrealistischen Darstellung der Geschäftsergebnisse führen. Auch wenn die finale Auslegung an einigen wesentlichen Punkten noch nicht vorliegt, sind Aktuar*innen in den Versicherungsgesellschaften bereits jetzt federführend an den Umsetzungsprojekten zu IFRS 17 beteiligt.

Zu allen vorgenannten Rechnungslegungsregimen – HGB, Solvency II und IFRS – ist für deutsche Versicherungsunternehmen eine Abschlussprüfung durch eine unabhängige Wirtschaftsprüfungsgesellschaft vorgeschrieben. Aktuar*innen nehmen auch bei diesen Abschlussprüfungen eine wichtige Rolle ein: Sie sind in den Prüfungsteams für die Prüfung der versicherungstechnischen Teile der Abschlüsse zuständig, übernehmen in diesem Zusammenhang die Kommunikation mit den Aktuar*innen im geprüften Unternehmen, prüfen die Angemessenheit der angewandten Methoden, die verwendeten Daten und letztlich die Korrektheit der einzelnen Bilanz- und GuV-Positionen.

Fazit

Großes Betätigungsfeld mit Entwicklungspotenzial

Die Rechnungslegung ist und bleibt einer der Kernbereiche aktuarieller Tätigkeiten. Aktuar*innen sind in diesem Umfeld als Versicherungs- und Finanzmathematiker, IT-Konzeptentwickler, Softwarespezialisten oder Prüfer tätig. Anders als es der Name auf den ersten Blick vielleicht suggeriert, handelt es sich aufgrund der sehr dynamischen Entwicklungen in den modernen Rechnungslegungsstandards und aufgrund der sehr hohen Relevanz der Arbeitsergebnisse um ein Berufsfeld, das auch langfristig extrem spannende Entwicklungsmöglichkeiten bietet.



Garantien im Nullzinsumfeld

Seit Jahren fallen die Zinsen und es wächst in der Bevölkerung zunehmend die Unsicherheit bei der Frage, wie eine private oder betriebliche Altersvorsorge gestaltet werden kann. Wie kann eine junge Frau für ihre Zukunft vorsorgen? Welche Lösung ist für den Familienvater die richtige? Sind Garantien noch sinnvoll? Oder sind Garantien zu kostspielig und „verbrauchen“ sie zu große Teile des Ersparnen? Zudem hat die Deutsche Aktuarvereinigung e.V. (DAV) Ende 2019 eine Senkung des Höchstrechnungszinses auf 0,5 Prozent vorgeschlagen. Was heißt das alles für Versicherungen mit Garantien? Kann eine Rentenversicherung den Lebensstandard im Alter noch sichern? Mit diesen Fragen beschäftigt sich der folgende Artikel.

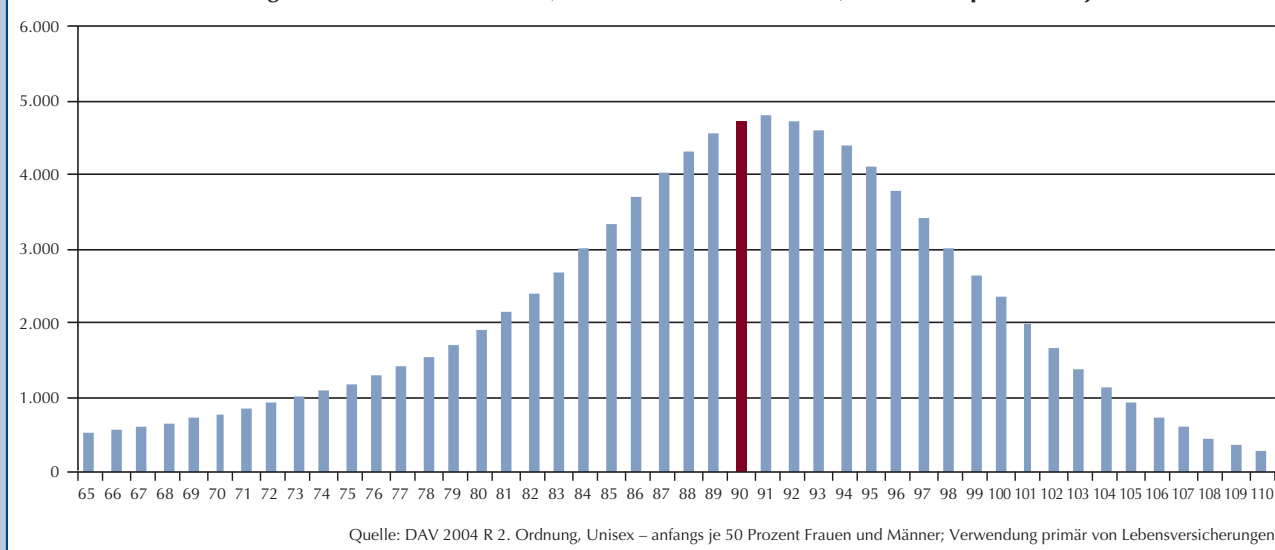
Um über Garantien zu sprechen, ist es zweckmäßig, zunächst festzulegen, was hier mit Garantien gemeint ist. Laut Duden ist eine Garantie unter anderem eine verbindliche Zusage beziehungsweise vertragliche Sicherheit, die einen bestimmten Sachverhalt betrifft. In unserem Kontext ist das eine Altersvorsorgeleistung, die ohne Möglichkeit der nachträglichen Änderung der Konditionen fest versprochen oder zugesagt wird. Dies ist sinngemäß so auch im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) festgeschrieben. Diese Leistung hat typischerweise die Form einer Kapitalzahlung oder einer Rente, die für eine bestimmte Zeit beispielsweise bei Berufsunfähigkeit oder lebenslang (Leibrente) gewährt wird. Im Folgenden konzentrieren wir uns daher auf garantierte Renten- und Kapitalzahlungen, die sowohl in der privaten Altersvorsorge als auch bei der betrieblichen Altersvorsorge in Form der Direktversicherung eine wesentliche Rolle spielen.

Schließlich ist es noch wichtig, zwischen Garantien und ihrer Konstruktion zu unterscheiden. So werden Garantierenten zwar üblicherweise mithilfe eines Zinses und einer Sterbetafel berechnet. Tatsächlich garantiert wird aber ein Betrag in Euro, der in Form einer Rente über einen definierten Zeitraum, zum Beispiel lebenslang, gezahlt wird.

Garantien vs. Sicherheit

Sofern in der Altersvorsorge (Mindest-)Leistungen und (Höchst-)Beiträge festgelegt werden, wird damit auch ein Verhältnis von Einzahlungen und Auszahlungen fixiert sowie das Verlustrisiko absolut begrenzt. Das Verlustrisiko kann aber auch ohne explizite Garantien begrenzt werden. Bei der kapitalgedeckten Altersvorsorge besteht das zentrale Risiko darin, dass sich der Wert der Kapitalanlagen ungünstig entwickelt. Ebenfalls von hoher Relevanz ist das Langlebkeitsrisiko, das aus individueller Sicht darin besteht, dass man länger lebt, als das eigene Vermögen ausreicht. Sind die Leistungen garantiert, tragen die Anbieter diese Risiken – hierzu zählen Lebensversicherer, Pensionskassen oder auch Pensionsfonds. Sind die Leistungen nicht garantiert, tragen sie die Kunden beziehungsweise die Begünstigten, deren Leistungen geringer als erwartet ausfallen können. Aber auch ohne Garantien können Leistungen durch risikomindernde Techniken, zum Beispiel durch eine kollektive Kapitalanlage und einen biometrischen Risikoausgleich im Kollektiv, mit einer gewissen Sicherheit in Aussicht gestellt werden.

Abbildung 1: Von 100.000 Personen, die heute 65 Jahre alt sind, versterben pro Lebensjahr



Dabei wird der Begriff Sicherheit im Folgenden als das Gegenteil des Begriffs Risiko verstanden. Anders als die in der Altersvorsorge vorherrschenden Garantien, die unabhängig von der Entwicklung der (ökonomischen) Rahmenbedingungen und insofern „robust“ sind, ist Sicherheit damit eine statistische Größe, die von der Verteilung der Zukunftsszenarien abhängt. Deshalb wird hier Sicherheit analog zu Risiko verstanden.

Mechanismen der Garantieabsicherung

Um die oben beschriebenen Garantien anbieten zu können, sind Mechanismen zur Reduktion beziehungsweise zum Ausgleich von Kapitalmarktrisiken auf der einen Seite und zum Ausgleich von biometrischen Risiken auf der anderen Seite erforderlich. Diese werden im Folgenden beschrieben.

Der klassische Rahmen, in dem die Begriffe Rendite und Risiko beziehungsweise Sicherheit zusammen betrachtet und quantifiziert werden, ist die Portfoliotheorie von Markowitz. Auch wenn deren Annahmen teilweise idealtypisch sind und resultierende Aussagen von der ökonomischen Wissenschaft durchaus kritisch bewertet werden, stellt sie einen nützlichen Rahmen bereit, mit dem sich der Trade-off zwischen Chancen und Risiken, aber auch Sicherheit analysieren lässt.

Wichtigster Punkt für das hier infrage stehende Thema der Sicherheit und Planbarkeit der Erträge ist zunächst, dass es außerhalb des risikolosen Zinses keine sichere Ertragsquelle gibt. Für ein effizientes Portfolio wird eine

höhere Rendite immer durch ein Mehr an Risiko erkaufte. Auch in der Realität ist davon auszugehen, dass höhere Renditen mit höherem Risiko einhergehen, sodass umgekehrt mehr Sicherheit durch eine Reduktion zukünftiger Renditechancen erkaufte wird.

Die Portfoliotheorie geht dabei von einer individuellen, marktwertbasierten Kapitalanlage in einem vollkommenen Markt aus. In der Altersvorsorge sind dagegen kollektive Modelle und Pufferbildungen üblich. Diese ermöglichen es, unter gleichen Kapitalmarktbedingungen zum Wohle aller Kunden im Kollektiv höhere Risiken einzugehen als im individuellen Fall. Denn dadurch, dass aus dem Kollektiv neue Beiträge zur Anlage hinzukommen, müssen Wertpapiere nicht unnötig veräußert werden, wenn der Zeitpunkt dazu vielleicht ungünstig ist. Außerdem ist eine Glättung von Risiken über die Zeit durch die Bildung von Puffern möglich. So können kaum gehandelte Wertpapiere, wie besondere Inhaberschuldverschreibungen, mit höherer Rendite gekauft werden, weil es Freiräume bei der Haltedauer gibt. Außerdem können kritische Marktphasen, zum Beispiel an den Aktienmärkten, eine Zeit lang ohne Veränderung der Anlagestruktur beobachtet werden, ohne Aktien mit Kursverlusten verkaufen zu müssen.

In der Altersvorsorge spielt naturgemäß die in der Regel lebenslange Rentenphase eine zentrale Rolle, da in dieser die Alterseinkommen ausgezahlt werden. Nur der Ausgleich biometrischer Risiken im Kollektiv – namentlich die finanziellen Folgen der Langlebigkeit – ermöglicht eine Stabilität des Einkommens über die gesamte

Hintergrund

Rentenphase hinweg. Für das einzelne Individuum ist die Dauer der Rentenphase nämlich ungewiss, während die Verteilung der Rentenzahlungsdauern im hinreichend großen Kollektiv – abgesehen von Änderungs- und Irrtumsrisiken – relativ stabil ist. Die Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Lebensdauern von Menschen, die im Jahr 2018 ein Alter von 65 Jahren erreicht hatten. Offenbar streuen die Lebensdauern sehr stark und die mittlere, restliche Lebenserwartung von ca. 24,9 Jahren entspricht nur für eine sehr geringe Anzahl von Personen der individuellen Lebenserwartung. Ungefähr die Hälfte der heute 65-jährigen Lebensversicherten wird mindestens 90 Jahre alt und etwa ein Drittel erreicht ein Alter von 95 Jahren und mehr. Die kollektive Absicherung der Altersleistungen ist daher für die meisten Personen sinnvoll, da sich die individuelle Lebenserwartung nicht verlässlich einschätzen lässt.

Bewertung von Garantien

Nachdem wir nun wissen, was Garantien sind und wie sie dargestellt werden können, wollen wir die Frage beantworten, was sie wert sind beziehungsweise kosten. In der Finanzmathematik werden Kosten von Garantien üblicherweise als die Kosten der (vollständigen) Absicherung für ein konkretes Investmentportfolio definiert. Dies ist auch sinnvoll, weil sich damit für Garantien, die an Märkten gehandelt werden können, beobachtbare Marktpreise reproduzieren lassen.

Beispiel: Wir betrachten ein Produkt, bei dem die Beiträge des Kunden in Fondsanteile mit Wert F investiert werden, und das eine Mindestleistung M bei Ablauf zum Zeitpunkt n garantiert. Mathematisch gilt damit zum Ablaufzeitpunkt n

$$\text{Leistung}(n) = \max(F(n), M) = F(n) + \max(M - F(n), 0)$$

Die Rechnung zeigt, dass die Leistung in zwei Komponenten zerlegt werden kann. Dabei entspricht die erste Komponente einer Fondsanlage mit Wert F und die zweite einer sogenannten Put-Option auf diesen Wert, mit einem Ausübungspreis M in Höhe der Garantie (Mindestleistung). Die Put-Option gleicht den Differenzbetrag zwischen Fondswert und Mindestleistung aus, falls der Fondswert zum Ablaufzeitpunkt unter der Mindestleistung liegt. Da die Put-Option der Unterschied zwischen dem Garantieprodukt und der reinen Fondsanlage ist, entspricht der Wert der Garantie (die Garantiekosten) folgerichtig dem Preis der Put-Option. Dabei gilt: Je riskanter das Portfolio ist, desto höher sind die Garantiekosten. Gleichzeitig gilt jedoch: Die Put-Option liefert in negativen Szenarien für ihren Käufer einen

realen Wert. Es gibt damit nicht nur Kosten der Garantie, sondern auch einen Wert der Garantie. Je riskanter eine abgesicherte Anlage ist, umso höher kann der Verlust dieser Anlage vor Absicherung ausfallen, und umso höher ist der Wert der durch die Option gelieferten Garantie. Nach dem Optionspreismodell ist dieser Wert der Garantie gerade gleich den Kosten der Garantie.

Garantien aus Sicht des Kunden

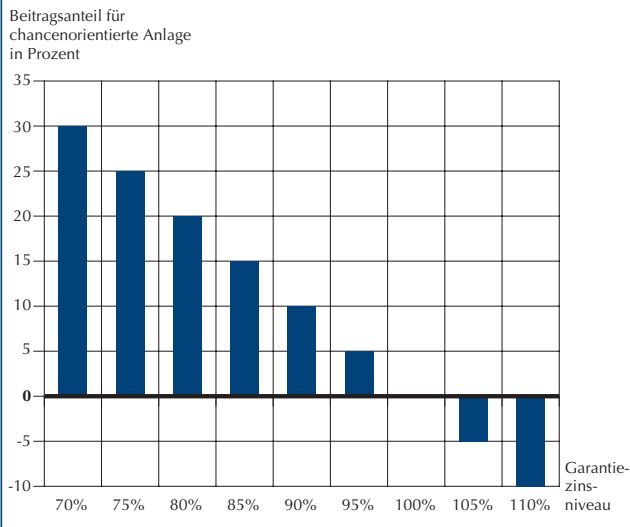
Als Nächstes betrachten wir Garantien aus Sicht des Kunden. Dabei ist es wichtig, zu erwähnen, dass die verschiedenen Kunden unterschiedliche Risikoneigungen haben und damit auch unterschiedliche Erwartungen an sichere Renditen oder mögliche Verluste. Renditechancen können deutlich steigen, wenn Kunden gewisse Schwankungen in den möglichen Leistungsentwicklungen hinnehmen oder geringere Garantien akzeptieren. Deshalb ist es für Kunden wichtig, den Zusammenhang zwischen Renditechancen und Risiken zu verstehen. Das folgende Beispiel illustriert diesen Zusammenhang auf einfache Weise.

Beispiel: Wir betrachten Altersvorsorgeverträge mit einer Laufzeit von 30 Jahren. Wir nehmen an, dass nach Kosten eine sichere Verzinsung von 0,0 Prozent erzielt werden kann. Weiter nehmen wir stark vereinfachend an, dass die Garantie vollständig durch sichere Kapitalanlagen abgesichert wird und nur die nicht dafür benötigten Beitragsanteile für chancenreiche Investments, zum Beispiel in Aktien, zur Verfügung stehen. In der Praxis ist es bei kollektiver Kapitalanlage möglich, die Garantie nicht vollständig abzusichern, sodass ein höherer Anteil der Beiträge für chancenreiche Investments zur Verfügung steht. Durch dynamische Garantieabsicherung kann dieser Anteil noch weiter erhöht werden.

Die Abbildung 2 zeigt den Anteil der Beiträge, der nach Absicherung der Garantie für chancenreiche Investments zur Verfügung steht, in Abhängigkeit vom Garantieniveau.

Offenbar wird der Spielraum für chancenreiche Investments mit steigender Garantie immer weiter eingeschränkt. Damit sinkt zwar das Verlustrisiko, aber auch die Aussicht auf Leistungen, die über die Garantie hinausgehen. Bei einem Garantieniveau von 100 Prozent – die Mindestablaufleistung entspricht dann den gezahlten Beiträgen – kann ohne die Nutzung von Eigenmitteln nur noch die Garantie dargestellt werden. Damit ergibt sich bei positiver Inflationsrate ein sicherer, realer Verlust. Eine noch höhere Garantie oder eine riskantere Kapitalanlage wäre nicht vollständig aus den Beiträgen finanzierbar und würde dann zulasten des Anbieters gehen.

Abbildung 2:
Chancenorientierte Kapitalanlage in
Abhängigkeit vom Garantieniveau



Fazit

Im Nullzinsumfeld sollten Garantien reduziert werden

Garantien, insbesondere biometrische (garantierte Renten!) haben auch im Nullzinsumfeld eine Berechtigung. Aber das Niveau ist mit Bedacht zu wählen – sowohl aus Sicht der Anbieter als auch aus Sicht der Kunden. Ab einem gewissen Garantieniveau, das vom vorherrschenden Zinsumfeld abhängt, reduzieren sich einerseits die Ertragschancen für die Kunden und erhöhen sich andererseits die Risiken und damit die Kapitalkosten für die Anbieter. Im Nullzinsumfeld ist insbesondere eine Garantie der gezahlten Beiträge nicht mehr sinnvoll, da bei positiver Inflationsrate eine Entwertung der Beiträge droht. Um eine realistische Chance auf einen Inflationsausgleich und damit einen Erhalt des Wertes der Beiträge zu haben, ist eine Reduktion der Garantien erforderlich. Zur Bestimmung sinnvoller Garantieniveaus können Aktuar*innen einen Beitrag leisten. Während sich das Kapitalmarktumfeld sehr dynamisch entwickelt und die Veränderungen erheblichen Einfluss auf die Garantiekonzepte haben, sind die Anbieter jedoch an gesetzliche Rahmenbedingungen gebunden, die sich nicht in der gleichen Geschwindigkeit mitentwickeln. Diese Situation wirkt sich auf die Gestaltung und die Geschwindigkeit aus, mit der Anbieter in der letzten Zeit neue Garantiekonzepte vorgestellt und zur Verfügung gestellt haben.

Die teilkollektive RfB

Die teilkollektive Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB), die den Verträgen insgesamt zugeordnet ist. Sie enthält Mittel, die innerhalb der RfB dem gesamten Bestand zur Verfügung stehen. Dadurch wird das Kollektiv stabilisiert und ein angemessener Interessenausgleich innerhalb der Versichertengemeinschaft sowie zwischen dem regulierten und deregulierten Bestand ermöglicht.

Woher stammen die Mittel der teilkollektiven RfB?

Die teilkollektive RfB wird durch die verfügbare RfB gespeist. Dazu werden die verfügbaren Mittel der Teilbestände oberhalb einer einmalig gewählten, unternehmensindividuellen Grenze entnommen und den kollektiven Teilen zugeführt. Sobald die Mittel der teilkollektiven RfB eine bestimmte Obergrenze überschreiten, werden sie wiederum mit einem verursachungsorientierten Schlüssel in die RfB der Teilbestände zurückgeführt.

In der Regel dürfen diese Mittel aber nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Die Höhe der Überschussbeteiligung wird daher nicht von der Bildung oder der Größe der kollektiven RfB beeinflusst.

Wie groß ist die teilkollektive RfB?

Die Obergrenze der teilkollektiven RfB beträgt 60 Prozent der Solvabilitätsspanne. Da diese Grenze unternehmensindividuell gewählt wird, kann sie auch niedriger liegen. Eine Änderung der Obergrenze darf ausschließlich mit Zustimmung der Versicherungsaufsicht BaFin erfolgen.

Wann wurde die teilkollektive RfB eingeführt?

Ab dem Geschäftsjahr 2014 durften Lebensversicherungsunternehmen erstmals eine teilkollektive RfB einführen. Bei der erstmaligen Einrichtung konnten mehrere teilkollektive Teile gebildet werden. Die Lebensversicherungsunternehmen mussten die Obergrenze für die kollektiven Teile sowie die Obergrenze der verfügbaren RfB der Abrechnungsverbände und der Bestandsgruppen festlegen und bei der BaFin zur Genehmigung einreichen. Eine Änderung ist nur mit Genehmigung der BaFin zulässig.