

Der Verantwortliche Aktuar

Seit 20 Jahren spielt der Verantwortliche Aktuar eine zentrale Rolle in der deutschen Versicherungsaufsicht und trägt Verantwortung für Unternehmen und Verbraucher. Die Erhaltung dieser wichtigen Funktion auch unter Solvency II ist daher uneingeschränkt zu begrüßen.

Seite 8

Altersvorsorge in der Schweiz

Mit ihrem bewährten Drei-Säulen-Modell setzt die Schweiz seit langem auf eine Altersvorsorge, die zwei Finanzierungssysteme miteinander kombiniert: Umlageverfahren und Kapitaldeckung. Trotz aktueller Herausforderungen hat dieses erfolgreiche Modell eine aussichtsreiche Zukunft.

Seite 10

Pflegeversicherung
1984 2014



30 Jahre Private Pflegeversicherung

Die Aktuar blicken in diesem Jahr auf die 30-jährige Erfolgsgeschichte der kapitalgedeckten Privaten Pflegeversicherung zurück und ziehen eine positive Bilanz. *Seite 6*

Aktuar Aktuell

Mitteilungen der Deutschen Aktuarvereinigung e.V.

Ausgabe 26 • April 2014



DAV

DEUTSCHE
AKTUARVEREINIGUNG e.V.

News Bulletin

Neuregelung der Beteiligung
an den Bewertungsreserven

Verabschiedung der Omnibus-II-Richtlinie

Zahl des Tages

3

Interview

mit dem Vorsitzenden des Verbandes
der Privaten Krankenversicherung (PKV), Uwe Laue

4

Fokus

Kapitalgedeckte Private Pflegeversicherung:
30 Jahre positive Erfahrung

6

Hintergrund

Der Verantwortliche Aktuar:
Verantwortung für Unternehmen und Verbraucher

8

Analyse

Altersvorsorge in der Schweiz –
erfolgreiches Drei-Säulen-Modell

10

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Aktuarvereinigung e. V.
Hohenstaufenring 47-51
50674 Köln
Tel.: 0221 912554-0
Fax: 0221 912554-44
E-Mail: info@aktuar.de - www.aktuar.de

Redaktion:

Michael Steinmetz (verantwortlich)
Jürgen Merkes
Dr. René Frings

Autoren:

Dr. Marc Chuard
Karol Musialik
Wiltrud Pekarek
Roland Weber

Neuregelung der Beteiligung an den Bewertungsreserven

Die DAV begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung, die Beteiligung an den Bewertungsreserven auf festverzinsliche Wertpapiere neu zu regeln. Hierdurch wird eine wesentliche Gerechtigkeitslücke geschlossen, denn die Erträge kommen weiterhin dem versicherten Kollektiv zu Gute.

Die deutsche Lebensversicherung ermöglicht durch individuelle Vorsorge eine wichtige Ergänzung der gesetzlichen Rentenversicherung zur Aufrechterhaltung des Lebensstandards im Alter. Das grundsätzliche Prinzip hierbei lautet – Sparen im Kollektiv. Die Kapitalanlage erfolgt nicht vertragsindividuell, sondern für die gesamte Versichertengemeinschaft. So können unabhängig von der jeweiligen Laufzeit des einzelnen Vertrags Anlagen in Zinspapieren mit langen Laufzeiten und entsprechend höheren Zinsen erfolgen.

Seit der Novellierung des Versicherungsvertragsgesetzes im Jahr 2008 sind die Kunden der Lebensversicherer bei Vertragsende angemessen an den sogenannten Bewertungsreserven zu beteiligen. Diese entstehen, wenn der Marktwert einer Kapitalanlage zu einem bestimmten Stichtag oberhalb des ehemaligen Anschaffungs- oder Buchwertes liegt. Demnach sind Bewertungsreserven auf Staatsanleihen keine real erzielten Gewinne. Echte Gewinne entstehen erst dann, wenn die Buchungsposten tatsächlich aufgelöst oder diese Wertpapiere am Ende der Laufzeit fällig werden.

In der aktuellen Niedrigzinsphase haben die Versicherer überproportional viele Bewertungsreserven aus Zinspapieren in ihren Büchern. An diesen müssen abgehende Verträge zu 50 % beteiligt werden. Damit profitieren nur die wenigen Kunden mit heutigem Vertragsende: Sie erhalten einen erheblichen Zuschlag, während die Versicherungskunden, die zur Altersvorsorge ihre Verträge fortführen, diesen Zuschlag durch Renditeverzicht finanzieren.

Den Bewertungsreserven kommt zudem eine wichtige Funktion als kollektiver Risikopuffer zum Ausgleich von Kapitalmarktschwankungen zu. Insbesondere in Niedrigzinsphasen wird durch sie die Finanzierung der den verbleibenden Kunden zugesagten Zinsgarantien gesichert. Die aktuell hohen Ausschüttungen führen also auch dazu, dass die Risikotragfähigkeit der Unternehmen zusätzlich belastet wird. Auch deshalb ist eine Neuregelung dringend geboten.

Verabschiedung der Omnibus-II-Richtlinie

Am 11. März 2014 hat das Europäische Parlament die sogenannte Omnibus-II-Richtlinie verabschiedet und damit einen weiteren wichtigen Schritt auf dem Weg zu Solvency II gemacht. Nach der Zustimmung des Europarats können die noch ausstehenden Regelungen und die Umsetzung in nationales Recht vorangetrieben werden, um planmäßig zum 1. Januar 2016 mit Solvency II zu starten.

Das neue europaweit gültige risikobasierte Aufsichtssystem für die Versicherungswirtschaft erfordert von allen Beteiligten intensive Vorbereitungen. Für die Aktuarer bedeutet dies, dass sie zukünftig eine verantwortungsvolle Rolle im Rahmen der „versicherungsmathematischen Funktion“ und der „Risikomanagement-Funktion“ spielen.

Nachdem im November 2013 eine Einigung zwischen Europäischem Parlament, Rat und Kommission zur Omnibus-II-Richtlinie erzielt werden konnte, hat die Richtlinie im März das Europäische Parlament passiert. Die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) e.V. begrüßt diese Entscheidung, auch wenn Solvency II insbesondere im Hinblick auf die für den deutschen Versicherungsmarkt typischen Verträge mit lang laufenden Garantien noch keine Ideallösung darstellt. Die DAV wird gemeinsam mit den europäischen Aktuarvereinigungen weiterhin auf sachgerechte Lösungen hinarbeiten und ihre Fachkompetenz in die anstehenden Konsultationsprozesse von EU-Kommission und EIOPA einfließen lassen. Auch die Umsetzung in nationales Recht, die schon bis zum 31. März 2015 erfolgt sein muss, kann nun auf gesicherter Basis vorangetrieben werden. Die DAV wird die Meinungsbildung aktiv begleiten und durch eigene Analysen unterstützen.

Zahl des Tages: 4,4 Mrd.

Gemäß Regierungsentwurf vom 25. März 2014 wird das neue Rentenpaket nach dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz 2014 zu Mehrausgaben von 4,4 Mrd. € in der Gesetzlichen Rentenversicherung führen. Bis 2030 sollen die jährlichen Mehrausgaben auf 11 Mrd. € steigen.



Interview

Im Gespräch mit dem Vorsitzenden des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV), Uwe Laue

? Herr Laue, wie bewerten Sie den gesundheitspolitischen Kurs der neuen Bundesregierung?

! Wenn wir uns den Koalitionsvertrag von Union und Sozialdemokraten im Hinblick auf die Gesundheitspolitik anschauen, so ist festzustellen: Am wichtigsten für unser Gesundheitssystem ist etwas, was der Vertrag ganz bewusst nicht vorsieht, nämlich Veränderungen an der Dualität von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung. Das war so nicht unbedingt zu erwarten. Denn im Wahlkampf hatte sich die SPD ja zunächst für die Einführung einer sogenannten Bürgerversicherung stark gemacht. Das aber hätte die Wahlfreiheit der Bürger deutlich beschnitten und sie in eine Einheitsversicherung gezwungen.

Doch die Unionsparteien haben sich nicht in die Irre führen lassen. Ihnen ist die Bedeutung des lebendigen Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV sehr bewusst. Auf diesen beiden Säulen ruht schließlich eine Gesundheitsversorgung, die so gut ist wie in kaum einem anderen Land: Mit freier Arztwahl, mit im internationalen Vergleich rekordverdächtig kurzen Wartezeiten und mit Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle Bürger. Die Abschaffung dieser Dualität hätte Nachteile für alle Menschen gebracht.

? Manche sagen ja, im Koalitionsvertrag sei die Private Krankenversicherung verschont worden. Wie sehen Sie das?

Mehr Menschen und mehr Leistungen kapitalgedeckt privat absichern

! Mit „verschonen“ hat das doch nichts zu tun. Die Entscheidung, das bewährte duale Krankenversicherungssystem in Deutschland unangetastet zu lassen, belegt vielmehr das Vertrauen in die Stärken der Privaten Krankenversicherung. Und dieses Vertrauen besteht zu Recht: Zum einen, weil die PKV mit ihren Alterungsrückstellungen ein stabilisierendes Element in unserer alternden Gesellschaft ist. Bis Ende 2012 sind diese Rücklagen auf über 180 Milliarden Euro angestiegen und haben sich damit in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt. Und trotz anhaltender Niedrigzinsphase haben die PKV-Unternehmen im Jahr 2012 eine durchschnittliche Nettoverzinsung von 4,2 Prozent erreicht.

Zum anderen hat die PKV gezeigt, dass sie in der Lage ist, sich selbst weiter zu entwickeln und notwendige Reformen anzupacken. So haben die Unternehmen

die Einführung der Unisex-Tarife dazu genutzt, um auf breiter Front Mindestleistungen einzuführen. Die Billigtarife, die nie ein Markenkern der PKV waren, wurden von den meisten Anbietern inzwischen im Interesse ihrer Versicherten eingestellt. Und mit der Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte haben wir bewiesen, dass wir willens und in der Lage sind, gemeinsam mit den Ärzten eine Lösung für eine angemessene Vergütung zu finden.

? Sind damit alle Hausaufgaben gemacht? Oder anders gefragt: Kann sich die PKV-Branche nun bis zur nächsten Bundestagswahl bequem zurücklehnen?

! Nein, ganz gewiss nicht. Die Private Krankenversicherung will es beim Erreichten nicht belassen. So geht es als nächstes beispielsweise darum, das Tarifwechselrecht zu stärken und kundenfreundlicher auszugestalten. Wir wollen mehr Transparenz, damit unseren Versicherten alle notwendigen Informationen zum Tarifwechsel schnell und übersichtlich zur Verfügung stehen – mitsamt den zu zahlenden Beiträgen in den Zieltarifen.

Weitere Vorschläge zur Verbesserung der Kundenfreundlichkeit liegen auf dem Tisch, wir benötigen dafür aber die Unterstützung des Gesetzgebers. Hierzu gehören die Vermeidung von Beitragssprüngen durch eine Reform der Kalkulationsgrundlagen sowie die Schaffung von Alternativen für Privatversicherte in prekären Lebenslagen. So sollte etwa der gut funktionierende Standardtarif, der Sozialtarif der PKV, auch für all jene geöffnet werden, die sich erstmals ab 2009 privatversichert haben. Fest steht auf jeden Fall, dass sich die Branche mit dem impliziten Bekenntnis zur Dualität durch Union und SPD nun verstärkt diesen Reformprozessen widmen wird.

? Sie haben eben schon einmal kurz die neue Unisex-Tarifwelt angesprochen. Wie ist die Erfahrung der Branche mit diesen Tarifen gut ein Jahr nach ihrer Einführung?

! Hier gilt es zunächst noch einmal, ein ganz dickes Kompliment an unsere Aktuarer auszusprechen, die diese Unisex-Tarifwelt ja komplett neu kalkulieren mussten. Um die Anforderungen einer nachhaltig tragfähigen Berechnung zu erfüllen, mussten sie dabei zusätzliche Sicherheitspuffer einbauen. Dass sie dabei eine gute Arbeit gemacht haben, kann man nun daran ersehen, dass sich die neue Tarifwelt als ausgesprochen preisstabil erwiesen hat. Besonders bemerkenswert ist die Aktuarleistung bei Unisex nicht zuletzt deshalb, weil parallel dazu unter großem Zeitdruck auch noch die staatlich geförderten Pflegezusatztarife aufgelegt werden mussten.

? Wie entwickelt sich denn eigentlich diese sogenannte Bahr-Pflege?

! Sehr dynamisch. Derzeit werden Tag für Tag mehr als 1.600 Verträge neu abgeschlossen. Wir rechnen damit,

dass die geförderte Pflegezusatzversicherung in diesem Jahr die stolze Marke von einer Million Verträgen erreichen kann. Übrigens wird diese staatlich geförderte Zusatzversicherung besonders stark von jungen Leuten im Alter zwischen 25 und 35 Jahren abgeschlossen. Diese Altersgruppe macht fast 40 Prozent aller Anträge aus. Und jünger als 50 Jahre sind insgesamt 56 Prozent. Dies widerlegt übrigens eindrucksvoll die These mancher Verbraucherschützer, wonach sich die Fördertarife nur für ältere Menschen eignen.

Denn auch die jüngeren Leute erkennen den Bedarf einer zusätzlichen, kapitalgedeckten Vorsorge. Schließlich kann die gesetzliche Pflegeversicherung immer nur einen „Teilkasko“-Schutz bieten. Und je früher man mit der Zusatz-Vorsorge anfängt, desto günstiger ist es und desto stärker wirkt sich die Kapitaldeckung aus. Für kaum ein Risiko kann man finanziell so gut und langfristig vorsorgen wie für die Pflege.

? Die neue Bundesregierung scheint dies zu beherzigen: Sie will eine Demografiereserve bei der Bundesbank anlegen.

! Diese Pläne zum Aufbau eines „Pflegevorsorgefonds“ zeugen zwar von der richtigen Erkenntnis, dass die Umlagefinanzierung der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung an ihre Grenzen stoßen wird und deswegen mehr finanzielle Vorsorge der heute aktiven Jahrgänge nötig ist. Aber das von den Koalitionsparteien geplante Instrument ist falsch.

Der Konstruktionsfehler besteht darin, dass eine staatliche Kapitalreserve niemals vor der Gefahr einer Zweckentfremdung sicher ist. Daran ändert auch die geplante Verwaltung bei der Bundesbank nichts. Das beweist schon die aktuelle Gesetzgebung zu Lasten der Reserven der Rentenversicherung. Nur privatrechtlich garantierte Eigentumsansprüche können eine langfristige Vorsorge sichern.

Gleichzeitig bedeutet die Erhöhung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung eine Ausweitung des Umlageverfahrens, das jedoch mit der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung eine ausreichende Finanzierung immer schwieriger macht.

? Welche Rolle kann die PKV bei der Sicherung des Gesundheitssystems spielen?

! Die Private Krankenversicherung steht für den Ausbau der kapitalgedeckten Säule bereit, und zwar in der Krankenversicherung ebenso wie in der Pflegeversicherung. Sie trägt mit ihrer Vorsorge maßgeblich zur nachhaltigen und generationengerechten Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens bei. Mit dem Koalitionsvertrag hat die Politik das duale Gesamtsystem stabilisiert und Rückschritte vermieden. Nun müssen weitere Schritte folgen, damit die Gesundheits- und Pflegepolitik im Interesse aller Bürger zukunftsfest gemacht werden kann.



Kapitalgedeckte Private Pflegeversicherung: 30 Jahre positive Erfahrung

Bereits mehr als zehn Jahre vor der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 hat die Private Krankenversicherung eine privatversicherungsrechtliche Absicherung gegen das Pflegefallrisiko in Form von Pflegetagegeld- und Pflegekostentarifen angeboten. Die Beiträge waren damals schon risikorecht im Kapitaldeckungsverfahren kalkuliert. In den vom Bundesaufsichtsamt im Jahr 1984 genehmigten Musterbedingungen für die private Pflegekrankenversicherung wurde der bis heute gültige Pflegefallbegriff geschaffen. Dieser basiert auf der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach dem Hilfebedarf bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, wobei den einzelnen Verrichtungen Punkte zugeordnet sind. Die Einstufung des Pflegefalls wiederum richtet sich nach der Pflegeintensität, die anhand der Anzahl der Punkte des Pflegefalls gemessen wird.

Anders als bei der Tarifikalkulation in der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (GEPV) konnten die Krankenversicherungsaktuarien bei der Kalkulation der ersten Pfelegetarife in den 80er Jahren auf keinerlei veröffentlichte Kopfschadenstatistiken zurückgreifen. Über das Risiko der Pflegebedürftigkeit war nur wenig statistisches Material zu finden. Wesentliche Quelle für die aktuarielle Bewertung des Pflegefallrisikos und die Herleitung von Rechnungsgrundlagen war eine Arbeit von Socialdata aus dem Jahr 1978. Diese war damals die einzige umfassende Studie zu Anzahl und Situation der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen. Aussagen über die Anzahl der stationär Pflegebedürftigen basierten im Wesentlichen auf der Bundesstatistik „Empfänger von Hilfe zur Pflege“ und darauf aufbauenden Schätzungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

1984: Erste Statistiken

Helmut Holländer entwickelte aus den Ergebnissen dieser Studien erstmals Pflegehäufigkeiten für die einzelnen Pflegestufen in Abhängigkeit der Pflegeintensität. Seine 1984 veröffentlichte Ausarbeitung „Normierte Kopfschäden der Pflegekrankenversicherung“ stellte für die Aktuarien die Kalkulationsgrundlage für die ersten Pfelegetarife sowie für die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) dar. Die Pflegehäufigkeiten in den einzelnen Pflegegruppen sind in dieser Ausarbeitung als geschlechtsunabhängig angesehen und vorsichtig mit mindestens dem Maximum der geschlechtsabhängigen Werte bewertet. Bei der Ermittlung der Kopfschäden galt es für die Aktuarien neben den nach objektiven medizinisch festgestellten Pflegebedürftigkeiten auch die Erhöhung des Pfelegerisikos durch Versicherungsnahme in Abhängigkeit der Ausgestaltung des Pfelegetarifs – Selbstbehalt an den Pflegekosten, Höhe des Pflegetagegeldes bei Pflege durch Familienangehörige – zu berücksichtigen.

Beim Ansatz der Ausscheidewahrscheinlichkeiten für die Kalkulation der ersten Pfelegetarife konnte auf die üblich verwendeten Sterbetafeln sowie auf Stornowahrscheinlichkeiten, hergeleitet aus Erfahrungswerten in den Zusatzversichertenbeständen, zurückgegriffen werden.

1995: Einführung der Pflegepflichtversicherung

Bis 1986 wurden 28.000 und bis zum Jahr 1994, dem Jahr vor Einführung der Pflegepflichtversicherung, 315.900 private Pflegezusatzversicherungen abgeschlossen. Die Anzahl privater Pflegeversicherungen stieg mit Einführung der Pflegepflichtversicherung an. Vorbild hierfür sollte zu-

nächst das in der Privaten Kranken- und Lebensversicherung praktizierte Kapitaldeckungsverfahren sein. Ein rein kapitalgedecktes Finanzierungsmodell hätte allerdings anfangs hohe Kosten verursacht, weil Vorsorge durch Kapitaldeckung aufgebaut werden muss. In einer Übergangsphase hätten die Leistungsausgaben durch einen Steuertransfer abgedeckt werden müssen. Mit Wirkung zum 1. Januar 1995 trat dann das Pflegegesetz mit dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ in Kraft: Damit wurden Versicherte der PKV in der PPV und die gesetzlich Versicherten in der umlagefinanzierten Sozialen Pflegeversicherung (SPV) erfasst. Beide Systeme haben den gleichen gesetzlichen Leistungsumfang, beruhen jedoch auf unterschiedlichen Finanzierungsverfahren.

PPV: Kapitaldeckung mit sozialpolitischen Zusatzkomponenten

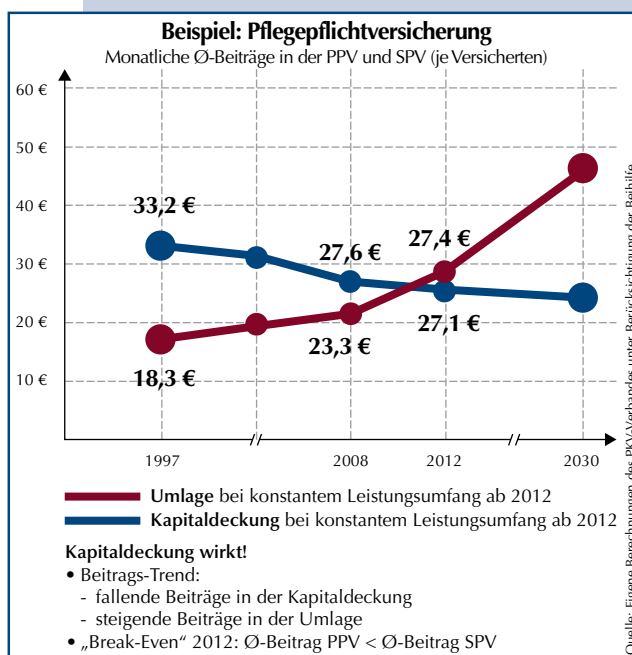
Im Gegensatz zur Kapitaldeckung berücksichtigt die Umlagefinanzierung weder den Umstand, dass die Bevölkerung immer älter wird und damit auch die Zahl der Pflegebedürftigen immer weiter wächst, noch dass gleichzeitig die nachkommende Generation aufgrund der niedrigen Geburtenrate schrumpft und das System immer weniger Beitragszahler hat, die die Kosten der Pflegebedürftigen tragen. Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV aus dem Jahre 2010 stellt fest, dass bei der Annahme von konstant altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten bis zum Jahr 2060 ein Anstieg von zwei Millionen auf circa vier Millionen pflegebedürftige Personen zu erwarten ist. Allein dieser Effekt führt dazu, dass sich die Ausgaben der SPV fast verdoppeln werden. Hinzu kommt die demografisch bedingte Abnahme der Erwerbstätigen, die mit ihren Beiträgen die Sozialsysteme speisen. Im Gegensatz dazu sorgt in der PPV jede Generation von Versicherten durch die Bildung von Alterungsrückstellungen frühzeitig und eigenverantwortlich für das Risiko der Pflegebedürftigkeit vor.

In der PPV werden zunächst alters- und geschlechtsabhängige Beiträge mit Alterungsrückstellungen bestimmt. Diese werden dann mit einem entsprechenden Faktor in geschlechtsunabhängige Beiträge umgerechnet, d. h. die Beiträge in der PPV waren von Anfang an „Unisex-Beiträge“. Andererseits wurden vom Gesetzgeber diverse soziale Komponenten bei der Beitragsgestaltung vorgeschrieben. Zur Finanzierung dieser systemfremden Komponenten, wie beispielsweise eine Höchstbeitragslimitierung, musste der Beitrag um eine Umlagekomponente erweitert werden, die von denjenigen gezahlt wird, deren Beitrag unterhalb des Höchstbeitrages liegt. Diese Umlage wird über den gesamten PPV-Bestand bestimmt, denn für einige Versicherungsunternehmen wäre diese Umlage nicht ausreichend, für andere wäre sie zu hoch. Aus diesem Grund wurde ein Poolausgleich installiert, der dafür sorgt, dass ein Ausgleich des Defizits zugunsten der Versicherungsunternehmen, deren Umlageanteil nicht ausreicht, von den anderen Versicherungsunternehmen stattfindet.

20 Jahre Pflegepflichtversicherung zeigen die Überlegenheit der Kapitaldeckung

Inzwischen zeigt der Vergleich der Beitragsentwicklung von SPV und PPV, dass die Kapitaldeckung in der PPV funktioniert. Während die Beiträge in der SPV durch Anhebung des Beitragssatzes und der Beitragsbemessungsgrenze immer weiter steigen, sinken sie in der PPV. Ein Grund hierfür ist, dass ein großer Teil der Umlageelemente durch die im Kapitaldeckungsverfahren erzielten Überschüsse mit der Zeit ausfinanziert werden konnten.

Die Politik hat die Vorteile der Kapitaldeckung erkannt und führte jüngst die geförderte ergänzende Pflegeversicherung ein. Die Nachfrage nach diesem Produkt ist groß. Auch ungeforderte Pflegezusatzversicherungen erfahren einen Zuwachs von 1,88 Millionen Versicherungsverträgen im Jahre 2011 auf 2,34 Millionen Verträge im Jahre 2013.



Fazit

Das Problem der Pflegebedürftigkeit ist in Anbetracht des demografischen Wandels eine der großen sozialpolitischen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte. Dies scheint auch immer mehr in das Bewusstsein der Bevölkerung vorzudringen. Weitere Aufklärung ist dennoch erforderlich. Der erste Schritt ist mit der Förderung des Kapitaldeckungsprinzips getan. Dieses Verfahren eignet sich besonders gut zur Finanzierung des Pflegerisikos, da dieses noch mehr als das Krankheitsrisiko altersbedingt ist.



Der Verantwortliche Aktuar: Verantwortung für Unternehmen und Verbraucher

Die Umsetzung von Solvency II in das deutsche Versicherungsaufsichtsgesetz, in dem auch die Aufgaben des Verantwortlichen Aktuars (VA) geregelt sind, muss bis zum 31. März 2015 erfolgen. Das bedeutet unter Berücksichtigung der entsprechenden Fristen und Abläufe in Bundestag und Bundesrat: Der Entwurf der VAG-Novelle muss schon in naher Zukunft vom Bundeskabinett verabschiedet werden. Auch im neuen VAG wird die hervorgehobene Rolle des VA ein wichtiger Bestandteil des deutschen Aufsichtssystems sein.

Das Institut des Verantwortlichen Aktuars in der deutschen Lebensversicherung wurde im Zuge der Deregulierung des europäischen Versicherungsmarktes im Jahr 1994 eingeführt. Die vormals hoheitlichen Kontrollaufgaben wurden per Gesetz auf den VA übertragen, dem damit eine hohe Bedeutung zuerkannt wurde. Von Beginn an spielte bei dieser Konstruktion auch der Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes eine zentrale Rolle.

Anforderungen an den VA gesetzlich geregelt

Die besondere Bedeutung des Verantwortlichen Aktuars spiegelt sich heute in § 11a VAG wider, in dem die Aufgaben, Anforderungen und die Rechte des VA beschrieben werden. Danach ist jedes Versicherungsunternehmen verpflichtet, einen VA zu bestellen, der zuverlässig und fachlich geeignet – also in erster Linie Experte in Versicherungsmathematik – sein muss. Die Mitgliedschaft in der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) ist in der Regel ein ausreichender Beweis dieser fachlichen Eignung. Da die Abläufe in Versicherungsunternehmen komplex sind und durch eine Reihe von Organisationseinheiten beeinflusst werden, setzt die DAV-Mitglied-

schaft berufliche Erfahrungen von mindestens drei Jahren voraus. Auch die BaFin wacht über die Bestellung des VA: Sie hat das Recht, gegen einen Personalvorschlag ihr Veto einzulegen und vom betreffenden Versicherungsunternehmen einen neuen Vorschlag zu verlangen.

Auch die Aufgaben des VA sind gesetzlich geregelt. Als wichtigste sind zu nennen die Sicherstellung der Kalkulation der Prämien und der Deckungsrückstellung aufgrund gesetzlicher Vorgaben, die Überprüfungen der Finanzlage auf dauerhafte Erfüllbarkeit der in den Versicherungsverträgen eingegangenen Verpflichtungen sowie die Erarbeitung eines Vorschlages für die Überschussbeteiligung der Kunden. Der VA muss darüber hinaus prüfen, ob das Unternehmen über ausreichende Eigenmittel in Höhe von mindestens der Solvabilitätsreserve verfügt. Die Ergebnisse, zu denen der VA gekommen ist, berichtet er dem Aufsichtsrat. Diese wichtigen Aufgabenfelder machen den VA zu einem Sicherheitsingenieur im Unternehmen. Er wacht zu einem über die Finanzausstattung des Unternehmens, zu anderen ist er Anwalt und Interessenwahrer des Kunden.

Der VA ist unabhängig

Der Verantwortliche Aktuar wird vom Aufsichtsrat oder einem entsprechenden obersten Organ des Unternehmens bestellt oder entlassen. Da im Versicherungsaufsichtsgesetz ein breites Spektrum an Wissen und ein guter Informationsstand über die relevanten Daten des Unternehmens vorausgesetzt werden, wird dem VA im Versicherungsaufsichtsgesetz ein grundsätzliches Informationsrecht eingeräumt. Wichtig: Weicht die Meinung des VA zur Überschussbeteiligung von der Meinung des

Unternehmensvorstands ab, so muss die BaFin davon in Kenntnis gesetzt werden.

Eine Fülle von Kompetenzen: Der VA ein Superman?

Zu den weiteren Aufgaben des Verantwortlichen Aktuars gehört es, sich um die Versicherungstechnik bzw. die Passivseite der Bilanz zu kümmern. Hier geht es in erster Linie um Rückstellungen, die Gewinnzerlegung und freie RfB – nämlich die Sorge, dass im Versichertenbestand ausgewogene Verhältnisse herrschen und die Verwendung ausreichender Rechnungsgrundlagen bei der Produktentwicklung. Die Aktivseite der Bilanz betreffen Themen wie die Finanzierbarkeit der eingegangenen Verpflichtungen, die Überschussbeteiligung, die Abschätzung von Kapitalanlagerisiken sowie Stresstests und ALM-Szenarien. Diese Aufzählung verdeutlicht, dass der VA immer auch einen Gesamtüberblick über sein Unternehmen und dessen Finanzlage haben und dies jederzeit transparent erläutern können muss.

Der VA hat in seinem Werkzeugkasten fundierte Kenntnisse der Versicherungstechnik und der Tarifikalkulation. Die Tarifikalkulation hat naturgemäß entscheidende Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation des Unternehmens, so dass vertiefte Kenntnisse über die Zusammenhänge in der Bilanz erforderlich sind. Insbesondere geht es dabei um die Struktur der Aktivseite und die dort vorhandenen Risiken. Dazu gehört das Managen des ALM-Risikos sowie zum Beispiel bei Einmalbeiträgen des Liquiditätsrisikos. Bei der Produktentwicklung wird der Bereich der Kapitalanlage zunehmend wichtiger.

Kommunikationsstärke und Durchsetzungsfähigkeit sind weitere wesentliche Fähigkeiten, die ein VA haben sollte. So muss er ein hohes Maß an kommunikativem Geschick beweisen, wenn komplexe, zwischen der Aktiv- und Passivseite bestehende Zusammenhänge oder unpopuläre Botschaften erklärt werden müssen. Er muss in der Lage sein, sich durch hohe fachliche Kompetenz und seine Persönlichkeit in schwierigen Fällen auch einmal im Vorstand durchzusetzen. Nicht selten muss er aus seiner Aufgabenstellung heraus Vorschläge und Wünsche des Vertriebs kritisch sehen.

In der Lebens- und Krankenversicherung werden den Kunden Garantien für viele Jahre in die Zukunft ausgesprochen. Daher muss der VA bei der Gestaltung der Rechnungsgrundlagen vorsichtig agieren und ausreichende Sicherheitszuschläge einkalkulieren, damit Nachreservierungen oder gar Schief lagen vermieden werden. Dazu muss der VA über ein hohes Maß an Vor- und Weitsicht verfügen.

Die DAV als Unterstützer des VA

Der Verantwortliche Aktuar sammelt eine Fülle von Daten, interpretiert diese Informationen und handelt

auf deren Basis. Gerade bei kleineren und mittelgroßen Unternehmen gehört die Informationsbeschaffung zu den zentralen Aufgaben des Aktuars. In den meisten Fällen ist er wegen nicht ausreichendem Datenmaterial und ungenügender Personalkapazität hierbei auf die Vorarbeit der DAV angewiesen. Ausschüsse und Arbeitsgruppen der DAV, Vorträge im Rahmen der Jahres- und Herbsttagung der DAV sowie das umfangreiche Angebot an Weiterbildung liefern den notwendigen Input für die Arbeit des VA. Wichtige Rahmenbedingungen sind darüber hinaus die Fachgrundsätze der DAV sowie Berichte zu Zinsentwicklung und Rechnungsgrundlagen. Unterstützung durch die DAV erfährt der VA insbesondere bei allen Aktivitäten zur Sicherung der langfristigen Garantien. Die Richtlinie „Überprüfung der Finanzlage durch den VA“ ist hier eine wichtige Anleitung. Insgesamt trägt so die Unterstützung der DAV maßgeblich dazu bei, die Arbeit und Durchsetzungsfähigkeit des VA in den Unternehmen zu stützen.

Ausblick

VA und versicherungsmathematische Funktion

Während Aufgaben und Pflichten des Verantwortlichen Aktuars an die Person gebunden sind, spricht das unter Solvency II zu etablierende Governance-System von verschiedenen Funktionen in dem Sinne, dass es sich hierbei um administrative Kapazitäten zur Übernahme bestimmter, in der Richtlinie klar definierter Governance-Aufgaben handelt. In diesem Zusammenhang ist auch die versicherungsmathematische Funktion zu sehen, die nicht nur über die relevante Qualifikation und Zuverlässigkeit, sondern auch über eine hinreichend Unabhängigkeit im Unternehmen verfügen muss. Der VA und die versicherungsmathematische Funktion sind in ihrem rechtlichen Anspruch und in ihrer praktischen Umsetzung in dem Unternehmen nicht deckungsgleich: Der VA handelt in einer Vermittlerrolle beim Ausbalancieren der Versicherteninteressen und der Sicherheitsinteressen des Unternehmens. Dieser wichtige Verbraucherschutzaspekt ist kein Bestandteil der versicherungsmathematischen Funktion. Der VA hat sich in den letzten Jahren – insbesondere bei der Wahrung der Belange der Versicherten in den Unternehmen – eine starke und unabhängige Position erarbeitet. Die Erhaltung des Instituts des VA im Rahmen der anstehenden VAG-Novellierung ist daher uneingeschränkt zu begrüßen.



Altersvorsorge in der Schweiz – erfolgreiches Drei-Säulen-Modell

Das Kapitaldeckungsverfahren für die Finanzierung der Altersvorsorge hat in der Schweiz eine sehr lange Tradition. Schon gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurden die ersten Pensionskassen gegründet. Sie waren am Anfang zwar selten voll kapitalisiert und wenige Personen waren versichert, man kann aber trotzdem von einer über 100 Jahre alten Historie einer durch Kapitalhinterlegung finanzierten Altersvorsorge in der Schweiz sprechen.

Im Jahr 1925 wurde die Verfassungsgrundlage für eine landesweite Altersversicherung geschaffen. Erst 22 Jahre später, am 6. Juli 1947, wurde das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) im zweiten Anlauf vom Volk mit einem sehr hohen Ja-Stimmen-Anteil von 80 % angenommen – eine erste Gesetzesvorlage war 1931 mit nur 40 % Ja-Stimmen gescheitert. Am 1. Januar 1948 wurde das neue Gesetz in Kraft gesetzt. Die umlagefinanzierte eidgenössische Altersversicherung war geboren.

Drei-Säulen-Modell per Volksabstimmung

Am 3. Dezember 1972 haben die Schweizer in einer Volksabstimmung der Eintragung des sogenannten Drei-Säulen-Modells der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge in die Bundesverfassung mit einem hohen Ja-Anteil von 74 % zugestimmt. Dabei ist die erste Säule die eidgenössische Altersversicherung, die zweite Säule bildet die berufliche Vorsorge und die dritte Säule die Selbstvorsorge. Jede dieser Säulen hat ein unterschiedliches Finanzierungssystem: Die erste Säule wird umlagefinanziert, während die zweite Säule und die dritte Säule auf dem Kapitaldeckungsverfahren basieren. In

der zweiten Säule werden die Altersguthaben innerhalb einer Vorsorgeeinrichtung kollektiv angelegt, in der dritten Säule geschieht dies rein individuell. Die Abstimmung im Dezember 1972 hat historischen Charakter, weil sie das duale Finanzierungssystem der obligatorischen Altersvorsorge in der Schweiz und die berufliche Vorsorge in der Bundesverfassung verankert. Das mehrgleisige Finanzierungssystem unter dem Prinzip „Nicht alle Eier in einen Korb legen“ hat das Schweizer Volk damals überzeugt. Es funktioniert noch heute.

Im Juni 1982 wurde das Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) vom Schweizer Parlament gutgeheißten. Am 1. Januar 1985 trat das neue Gesetz in Kraft und die berufliche Vorsorge wurde in der Schweiz verpflichtend. Dies verlieh diesem kapitalgedeckt finanzierten Teil der Altersvorsorge einen weiteren Schub. Die obligatorische berufliche Vorsorge wurde zwar fast 40 Jahre nach der staatlichen AHV per Gesetz eingeführt; auf freiwilliger Basis ist sie aber viel älter als die umlagefinanzierte AHV.

Sicheres System mit hohen Rentenleistungen

Der monatliche Bruttomedianlohn betrug 2010 in der Schweiz 5.979 Schweizer Franken (circa 4.900 Euro). Bei dieser Lohnhöhe machen die Renten aus der ersten Säule rund 2.200 Franken und aus der zweiten Säule 1.350 Franken aus, was ein Verhältnis von 62 % umlagefinanzierter zu 38 % kapitalgedeckt finanzierter Rente ergibt. Bei höheren Löhnen verschiebt sich das Verhältnis zugunsten der kapitalgedeckten zweiten Säule. Umgekehrt steigt bei niedrigeren Löhnen der Anteil der

umlagefinanzierten ersten Säule bis gegen 100 %. Erst ab Bruttomonatslöhnen von rund 9.000 Franken ist die kapitalgedeckt finanzierte Rente höher als die umlagefinanzierte Rente, vorausgesetzt, dass eine überobligatorische Vorsorge besteht. Dieses Verhältnis wird von der Mehrheit der Bevölkerung als zweckmäßig betrachtet, auch wenn in letzter Zeit auch der Ausbau der ersten Säule zu Lasten der zweiten – und damit eine stärkere Umlage – diskutiert wird.

Ende 2012 betragen die Aktiva der Pensionskassen zu Marktwerten 673 Milliarden Franken und die Aktiva der Versicherungsgesellschaften in der Kollektivlebensversicherung 170 Milliarden Franken. Dieses beachtliche Vermögen von insgesamt 840 Milliarden Franken (circa 690 Milliarden Euro) machte 142 % des Bruttoinlandprodukts 2012 der Schweiz (592 Milliarden Franken) aus. Damit gehört die Schweiz weltweit zur Spitzengruppe. Für die Akzeptanz des Systems ist wichtig, dass seit einer Gesetzesrevision 1958 diese Aktiva juristisch völlig getrennt von den Unternehmen sind: Die Vorsorgegelder erscheinen nicht in der statutarischen Rechnung der Unternehmen: Die unabhängigen schweizerischen Vorsorgeeinrichtungen müssen die Rechtsform einer Stiftung oder einer Genossenschaft haben oder eine Einrichtung des öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit sein.

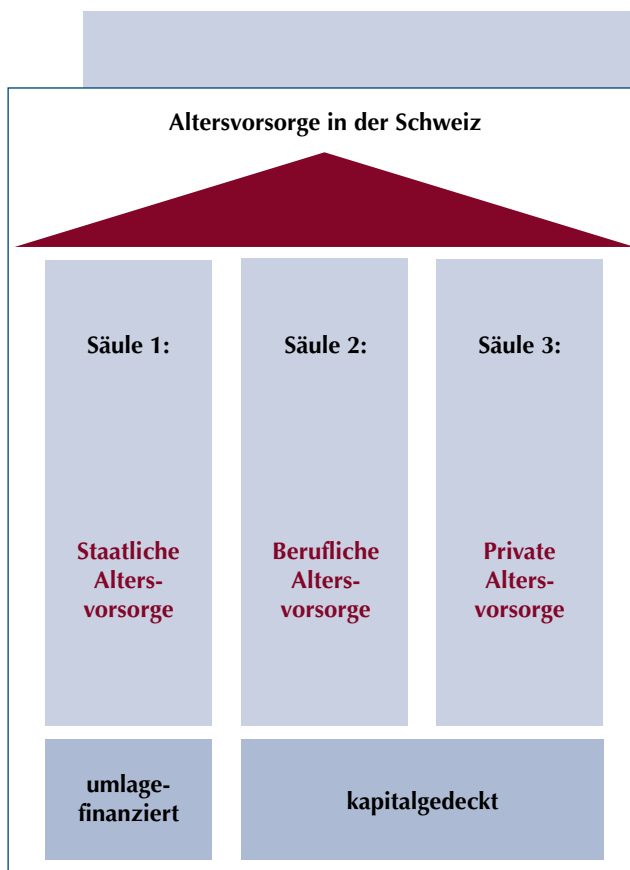
Reformbedarf auch im Schweizer System

Die Anlage dieses riesigen Vermögens ist in der Schweiz nicht einfach, besonders weil der Staat – Bund, Kantone, Gemeinden und Sozialversicherungen – seit zehn Jahren seine Schulden laufend abbaut. Aktuell liegt die Schuldenquote in Prozent des BIP bei 36 %. Der Staat zahlt also seine Schulden zurück und emittiert immer weniger neue Anleihen. In der Folge sind in den letzten zwanzig Jahren die Zinssätze in der Schweiz stets gesunken. In den letzten drei Jahren pendelte die Rendite der 10-jährigen Anleihen der Schweiz um 1 %.

Wenn die Finanzmärkte kaum noch Zinsen abwerfen, funktioniert das Kapitaldeckungsverfahren nicht mehr: Eine Diskussion ähnlich der in Deutschland. Man spricht in der Schweiz vom „Streik des dritten Beitragszahlers“, der Verzinsung des Kapitals. Diese Argumentation fruchtet bisher in der Schweiz wenig, da die meisten verstehen, dass eine Rendite von 1 bis 1,5 % bei einer Inflation von 0 %, oder sogar bei der negativen Inflation der Schweiz wie im Jahresdurchschnitt 2012 und 2013, sehr gut und wesentlich besser ist, als eine Rendite von 3 % bei einer gleichzeitigen Inflation von 4 %.

Ende 2013 hat die schweizerische Regierung eine umfangreiche Reform der Altersvorsorge eingeleitet. Sie ist notwendig, weil insbesondere die langfristige Finanzierung der ersten Säule nicht mehr gesichert und ein wichtiger Parameter der beruflichen Vorsorge, der gesetzlich

vorgeschriebene Mindestumwandlungssatz des Altersguthabens in die Altersrente, viel zu hoch ist. Auch eine Angleichung des Rücktrittsalters der Frauen (aktuell 64 Jahre) an jenes der Männer (65 Jahre) ist geplant. Das Drei-Säulen-Modell und das Verhältnis der Gewichte zwischen den Säulen sollen dabei nicht verändert werden.



Fazit

Das subtile Nebeneinander der Finanzierungssysteme der Altersvorsorge hat sich in der Schweiz bewährt und hat immer noch eine aussichtsreiche Zukunft. Es bestehen jedoch potentielle Risiken, die gemeistert werden müssen. In der umlagefinanzierten ersten Säule sind die demografischen Risiken besonders groß: Die höhere Lebenserwartung und die permanente Verschlechterung des Altersquotienten. Die kapitalgedeckt finanzierte berufliche Vorsorge der zweiten Säule reagiert weniger empfindlich auf Veränderungen der demografischen Verhältnisse, ist aber nicht vollständig immun. Steigende Zinsen verbunden mit einer noch höheren Inflation bilden ein weiteres Risiko. Dann sinkt der reale Wert des Deckungskapitals und somit der Renten.

Wenn die Rentnerinnen und Rentner länger leben, müssen die Renten länger bezahlt werden. Soll die Höhe der Renten also unverändert bleiben, muss mehr Kapital angespart werden!



Wir rechnen mit der Zukunft



DAV

DEUTSCHE
AKTUARVEREINIGUNG e.V.