

Die Beitragsentwicklung in der Privaten Krankenversicherung

1. Funktionsweise der PKV – Beitragskalkulation und –anpassung

Faktoren der Beitragsentwicklung

Die **Höhe der Beiträge** in der Privaten Krankenversicherung (PKV) hängt ab vom Umfang der versicherten **Leistungen**, vom **Lebensalter** des Versicherten bei Versicherungsbeginn und seinem **Gesundheitszustand** bei Versicherungsbeginn. Die PKV garantiert ihren Versicherten, dass die Beiträge infolge der Alterung und infolge einer Verschlechterung des Gesundheitszustands im Zeitverlauf nicht steigen werden.

Bei der **Kalkulation der Beiträge** muss die PKV alle bekannten Kostendaten zugrunde legen. Dabei muss sie auch in die Zukunft schauen und die Beiträge der jüngeren Versicherten so berechnen, dass die alterungsbedingten Kostensteigerungen der Zukunft mit einfließen. Basis hierfür sind die heutigen Leistungsausgaben der älteren Versicherten.

Dennoch müssen die Beiträge in der PKV immer dann angepasst werden, wenn sich die statistische Kalkulationsbasis ändert, wenn also im Laufe der Jahre Entwicklungen eintreten, deren Auswirkungen bei Vertragsabschluss noch nicht bekannt waren. Daher müssen die Beiträge regelmäßig überprüft werden. Folgende für die Krankenversicherung relevante Faktoren sind Grund für **Beitragsanpassungen**, bewirken also ein Erhöhen, gelegentlich auch ein Absenken der Beiträge:

- neue Diagnose- und Behandlungsmethoden durch den medizinischen Fortschritt,
- Veränderungen (in der Regel Steigerungen) von Menge und Preis medizinischer Leistungen,
- Änderung der Lebenserwartung, dargestellt in der Sterbetafel.

Medizinische Innovationen sind – wie der Name schon sagt – das „Neue“. Ihre Kosten sind zum Zeitpunkt der Kalkulation unbekannt und können erst nachträglich einkalkuliert werden. Dasselbe gilt für eine Veränderung der Leistungsmenge. Auch sie ist zum Zeitpunkt der Kalkulation nicht prognostizierbar. Neue Behandlungs- und Diagnosemethoden sowie eine Zunahme der Leistungsmenge bedeuten versicherungstechnisch eine Ausweitung der versicherten Leistungen. Dies macht eine Neukalkulation des Beitrags auf Basis der neuen Kostendaten notwendig.

Beitragsanpassungen erfolgen keinesfalls willkürlich, sondern nach klaren **gesetzlichen Regelungen** insbesondere des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) einschließlich der Kalkulationsverordnung (KalV) sowie des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Wenn bei der jährlichen Prüfung die tatsächlichen Versicherungsleistungen eines Tarifs um mehr als zehn Prozent von der Kalkulation abweichen (sog. auslösender Faktor), müssen die Beiträge überprüft werden. Unternehmensindividuell kann dieser Faktor auf fünf Prozent abgesenkt werden, was jeweils in den Allgemeinen Versicherungsbe-

dingungen festgelegt wird. Durch diese vorgeschriebenen Schwellenwerte kann es vorkommen, dass der Beitrag einige Jahre stabil bleibt, aber dann sprunghaft steigt, da die Kostensteigerungen in der medizinischen Versorgung der Vorjahre in einem Schritt nachgeholt werden müssen. Ebenso kann der Versicherer Veränderungen bei den Rechnungsgrundlagen der letzten Jahre – insb. beim Zins – erst einpreisen, wenn der Schwellenwert erreicht ist.

Bei der Berechnung der Versichertenbeiträge konnten die PKV-Unternehmen jahrzehntelang einen sogenannten Höchstrechnungszins von 3,5 % zu Grunde legen. Diesen Zins und mehr haben sie stets für ihre Kunden erwirtschaftet. Allerdings resultierte dieser Erfolg zuletzt vor allem aus höher verzinsten Anlagen aus früheren Jahren. Durch die Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank (EZB) sind heute die Erträge bei jeder neuen Geldanlage erheblich geringer. Die Versicherten müssen dies laut Gesetz durch mehr Eigenvorsorge ausgleichen - ihre Beiträge steigen.

Das Ergebnis der Überprüfung der Beiträge ist einem unabhängigen Treuhänder vorzulegen. Über die Höhe der Anpassung entscheidet das Unternehmen nicht allein, es braucht die Zustimmung des Treuhänders.

Beitragskalkulation nach dem Äquivalenzprinzip

Die Private Kranken- und Pflegeversicherung bildet Alterungsrückstellungen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt. **Der Versicherungsbeitrag wird so kalkuliert, dass er in jungen Jahren höher ist als die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen.** Die Differenz wird zunächst in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren dann die kalkulierten Kosten für Gesundheitsleistungen über dem Zahlbetrag liegen, wird die Lücke durch die Entnahme aus den Alterungsrückstellungen geschlossen. Insgesamt belaufen sich die Alterungsrückstellungen auf 233 Mrd. Euro (stand Ende 2016), was in etwa dem Umfang von neun Jahresausgaben in der Krankenversicherung entspricht. Infolge der Alterung darf der Beitrag in der PKV nicht steigen. Für die Einhaltung dieser aufsichtsrechtlichen Verpflichtung haftet das Unternehmen mit seinem Eigenkapital. Beitragsanpassungen dürfen nur auf Basis der oben genannten Faktoren und Mechanismen erfolgen.

Das sogenannte Äquivalenzprinzip in der PKV führt indes dazu, dass bei Beitragsanpassungen auch der Topf für die Alterungsrückstellungen angepasst werden muss: **In jedem Tarifkollektiv muss die Summe aller zu erwartenden Leistungsausgaben gleich der Summe aus Beitragseinnahmen und der Alterungsrückstellung sein.** Überschreiten die Leistungsausgaben das kalkulierte Niveau, muss nicht nur der Beitrag erhöht, sondern auch der Topf mit den Alterungsrückstellungen aufgestockt werden. D.h. bei einem Leistungsausgabenanstieg um X Prozent steigen die Prämien für Bestandsverträge nicht um X Prozent, sondern um X plus Y Prozent, da auch ein „Auffüllen“ der Alterungsrückstellungen notwendig ist. Je älter der Versicherte ist, desto weniger Zeit bleibt für dieses „Auffüllen“, sodass der dafür erforderliche Beitrag entsprechend höher ausfallen muss. Dieses Problem ist in den 90er Jahren intensiv diskutiert worden und konnte mit einer erfolgreichen Gesundheitsreform gelöst werden.

2. Instrumente und Optionen für eine stabile Beitragsentwicklung und bezahlbare Beiträge

10-Prozent-Zuschlag sowie Verwendung von Überzinsen und Überschüssen

In den 90er Jahren hat sich die „Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter“ unter Vorsitz von Jürgen Wasem intensiv mit den Leistungsausgaben und der Beitragsentwicklung in der PKV beschäftigt. Sie stellte dabei insbesondere fest, dass im damaligen Kalkulationsmodell der PKV zwar die Mehrkosten infolge der Alterung vorfinanziert wurden, aber nicht die Mehrkosten des unbekanntem und schwer zu kalkulierenden medizinischen Fortschritts. Dies führte regelmäßig dazu, dass die Fortschrittskosten nachfinanziert werden mussten, was gerade bei älteren Versicherten zu überproportional hohen Beitragsanpassungen infolge des bereits skizzierten Äquivalenzprinzips führte.

Diese Problematik wurde 1999/2000 durch gesetzliche Maßnahmen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen weitestgehend gelöst, indem eine Reihe von Reformvorschlägen der Wasem-Kommission umgesetzt wurde.

- So wurde ein **10-Prozent-Zuschlag** auf den Beitrag eingeführt, der zur Vorfinanzierung des medizinischen Fortschritts dienen soll. Nach Einschätzung der Deutschen Aktuarvereinigung wird dieser seine volle beitragsstabilisierende Wirkung erst in Zukunft entfalten, nämlich für die zukünftigen Älteren, die den Zuschlag dann jahrzehntelang gezahlt haben.
- Zinserträge, die die Unternehmen am Kapitalmarkt erzielen, gehören in der PKV bis zum **Rechnungszins** immer schon zu 100 Prozent den Versicherten. Seit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz von 2000 stehen zusätzlich 90 Prozent der Zinsen oberhalb des Rechnungszinses den Versicherten zu und müssen zugunsten der Beiträge der über 65-Jährigen eingesetzt werden. Diese Maßnahme war sehr erfolgreich, insofern die Prämien der über 65-Jährigen danach durchschnittlich lediglich zwischen 1 bis 2 Prozent pro Jahr stiegen. Die Beitragssteigerungen lagen damit unterhalb der Inflationsrate.

Seit 1996 gilt überdies, dass 80 Prozent der erwirtschafteten Überschüsse des Versicherungsunternehmens (z.B. Ertragszinsen auf Eigenkapital, auf Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen, auf Schadenrückstellung; Überschüsse aus der – versicherungstypisch vorsichtigen – Kostenkalkulation) den Versicherten gut geschrieben werden müssen (§ 22 KVAV). Die PKV überbietet diese Vorgabe mit einer tatsächlichen Quote von 88,44 (2015) Prozent.

Neben den verschiedenen automatisch eingebauten Sicherheitsnetzen existieren weitere zusätzlich wählbare Instrumente in der PKV, um sich gegen mögliche finanzielle Überforderung im Alter abzusichern. Von vielen Unternehmen werden arbeitgeberzuschussfähige **Beitragsentlastungstarife** angeboten. Dabei zahlt der Versicherte einen zusätzlichen Beitrag, der verzinslich angelegt und für eine spätere garantierte Beitragssenkung verwendet wird. Die Angebote der Versicherungsunternehmen unterscheiden sich, grundsätzlich gilt aber: Je früher sie abgeschlossen werden, desto besser.

Aus diesem Tableau von Stabilisierungsinstrumenten ergeben sich weitere Stellschrauben für den Gesetzgeber, um die Beitragszahlungen und die Beitragsentwicklung noch verbraucherfreundlicher zu gestalten. Zum einen sollte der 10%-Zuschlag flexibilisiert werden, sodass er bereits früher zur

Beitragsglättung eingesetzt werden könnte. Damit könnten auch für die „mittelalten“ Jahrgänge Beitragsanpassungen abgemildert werden. Darüber hinaus ist bekannt, dass Verbraucher anstelle der unregelmäßigen und dadurch sprunghaften Beitragsanpassungen regelmäßige und somit geringere Beitragsanpassungen bevorzugen würden. Der Gesetzgeber könnte dies durch eine Modifizierung der Beitragsanpassungsregeln ermöglichen.

3. Alternativen bei Beitragsüberforderung

Seit Einführung der **Pflicht zur Versicherung** zum 1. Januar 2009 bietet die PKV mit dem **Basistarif** jedem nach dem Sozialgesetzbuch hilfebedürftigen Menschen einen Krankenversicherungsschutz auf GKV-Niveau ohne eigene Beitragslast.

Gerade die PKV als System der Eigenverantwortung muss aber auch Alternativen für Menschen anbieten, die von der Beitragshöhe überfordert, aber nicht hilfebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches sind. Dazu hat sie zwei Instrumente – das Tarifwechselrecht und den Standardtarif.

Das **Tarifwechselrecht** nach § 204 VVG gibt den Versicherten das Recht, in jeden anderen Tarif des Unternehmens zu wechseln. Damit haben PKV-Versicherte jederzeit Alternativen mit Blick auf Leistungen und Beitragshöhe. Die erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen werden beim Wechsel in andere Tarife mitgenommen. Zusätzlich hat die Branche mit einer großen Mehrheit der Unternehmen einen **Tarifwechselleitfaden** entwickelt, der geltendes Recht verbraucherfreundlich darstellt und diese sogar erweitert.

Der **Standardtarif** ist ein PKV-systemkompatibler funktionierender Tarif für langjährig Versicherte, die entsprechende Alterungsrückstellungen mitbringen und damit eine in der Regel deutliche Beitragssenkung erzielen. Der Standardtarif funktioniert so gut, dass die kalkulierten Beiträge dank Anrechnung der Alterungsrückstellungen fast immer weit unter der gesetzlichen Deckelung liegen. Der Standardtarif sollte auch für Versichertenzugänge seit dem 1.1.2009 wieder geöffnet werden.

Stand: Juni 2017