



Hochschule für öffentliche
Verwaltung und Finanzen
Ludwigsburg
University of Applied Sciences

**Finanzierbarkeit privater Krankenversicherungen
- Sind die Prämien im Alter noch bezahlbar?**

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades eines
Bachelor of Arts (B.A.)
im Studiengang Rentenversicherung – Public Management

vorgelegt von

Fabian Vetter
Im Voken 26
88255 Baidt

Studienjahr 2012/2013

Erstgutachter: Alexandra Nussbaum
Zweitgutachter: Ralph Morgenstern

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
Verzeichnis der Anlagen	VI
1 Einleitung.....	1
2 Geschichtliche Entwicklung der PKV.....	4
3 Äquivalenzprinzip versus Solidaritätsprinzip.....	6
4 Prämienkalkulation	8
4.1 Grundlagen der Prämienkalkulation	8
4.2 Zusammensetzung der Prämie	11
5 Standardtarif.....	16
5.1 Der Standardtarif dem Grunde nach	16
5.2 Kalkulatorische Besonderheiten.....	18
5.3 Der modifizierte Standardtarif	19
5.4 Fazit zum Standardtarif.....	20
6 Basistarif.....	22
6.1 Der Basistarif dem Grunde nach.....	22
6.2 Kalkulation des Basistarifs	23
6.3 Fazit zum Basistarif.....	25
7 Alterungsrückstellungen.....	26
7.1 Bildung von Alterungsrückstellungen	26
7.2 Portierung der Alterungsrückstellungen	29
8 Prämien beeinflussende Faktoren.....	32
8.1 Medizinischer Fortschritt	32
8.2 Änderung der Kalkulationsgrößen.....	34
8.3 Demografischer Wandel – das „Altenproblem“	35

9	Möglichkeiten der Beitragsentlastung (im Alter)	41
9.1	Versichererwechsel.....	41
9.2	Tarifwechsel.....	43
9.3	Beitragsentlastungsprogramm	45
10	Ausblick.....	47
10.1	Die Bürgerversicherung	47
10.1.1	Das Modell der Grünen.....	48
10.1.2	Das Modell der SPD	48
10.2	Fazit zur Bürgerversicherung.....	49
11	Fazit.....	50
	Anlagen.....	54
	Literaturverzeichnis	54
	Erklärung des Verfassers	57

Abkürzungsverzeichnis

a. F.	alte Fassung
BaFin	Bundesamt für Finanzdienstleistungsaufsicht
DeckRV	Verordnung über Rechnungsgrundlagen für die Deckungsrückstellungen (Deckungsrückstellungsverordnung)
ebd.	ebenda (Bezug auf die zuletzt genannte Quelle)
f. / ff.	folgende / fortfolgende
gem.	gemäß
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
KaIV	Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung)
MB/KK	Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
PKV	private Krankenversicherung
RechVersV	Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen
SGB II	Sozialgesetzbuch – zweites Buch
SGB V	Sozialgesetzbuch – fünftes Buch
SGB XII	Sozialgesetzbuch – zwölftes Buch
TK	Techniker Krankenkasse
VAG	Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung der Prämie.....	15
Abbildung 2: Auswirkungen der Alterungsrückstellungen auf die Prämienhöhe	28
Abbildung 3: Bevölkerungsstruktur im Jahr 2010	38
Abbildung 4: Bevölkerungsstruktur im Jahr 2060.....	39
Abbildung 5: Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags.....	41

Verzeichnis der Anlagen

- Anlage 1: Präsentation, Krankenversicherung – Kostenfalle???, S. 10-15.
- Anlage 2: Präsentation, Dreimal staatliche Förderung: Riesterrente, Basisrente, bAV, S. 3-7.
- Anlage 3: Verband der Privaten Krankenversicherung, Zahlen zur Privaten Krankenversicherung, S. 1-2.
- Anlage 4: Sterbetafel 2011, S. 1-2.
- Anlage 5: Verband der Privaten Krankenversicherung, Die Verwaltungskosten in der privaten Krankenversicherung sinken Jahr für Jahr, S. 4-5.
- Anlage 6: Studie der Debeka zu den Verwaltungskosten, S. 1-2.
- Anlage 6.1: Erhebung der TK zu den Verwaltungskosten.
- Anlage 7: Verband der Privaten Krankenversicherung, Zahlenbericht 2011/2012, S.67-68.
- Anlage 8: Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze in der GKV, S. 1-2.
- Anlage 9: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Nettoerproduktionsrate.
- Anlage 10: Verband der Privaten Krankenversicherung, Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert, S. 3-11.
- Anlage 11: Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgaben in Deutschland.
- Anlage 12: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Entwicklung der Prämien, S. 1-7.
- Anlage 13: Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsstruktur 2010.
- Anlage 14: Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsstruktur 2060.
- Anlage 15: Stornostatistik beihilfeberechtigte Männer, S. 1-4.
- Anlage 16: Stornostatistik sonstige Versicherte, S. 1-5.

- Anlage 17: Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Standardtarif, S. 23f.
- Anlage 18: Verband der Privaten Krankenversicherung, Der Standardtarif, S. 3-10.
- Anlage 19: PKV financial, Die Alterungsrückstellungen in der PKV, S. 1.
- Anlage 20: Verband der Privaten Krankenversicherung, Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) 2009, S.11ff.
- Anlage 21: Verband der Privaten Krankenversicherung, Lohnt der Wechsel innerhalb der PKV?, S. 2-5.

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage der Finanzierbarkeit von privaten Krankenversicherungen im Alter. Grundsätzlich ist zu sagen, dass sich das Opus überwiegend auf die rechtlichen Aspekte des Versicherungswesens konzentriert und nicht in die Tiefe der Versicherungsmathematik einsteigt. Vielmehr geht es um die Grundzüge im Bereich der privaten Krankenversicherung. Dabei wären zu komplizierte Ausführungen zu den aktuariellen Methoden hemmend für das Verständnis des Lesers.

Einleitend wird die geschichtliche Entwicklung der Krankenversicherungen in Deutschland dargestellt. Im Vordergrund steht dabei die Einführung in das System und die Funktionsweise der privaten Krankenversicherung. Wie entstand die PKV? Was waren die Beweggründe? Die Entwicklung reicht vom Ende des 19. Jahrhunderts bis hin zur Gesundheitsreform 2007 und der Einführung des Basistarifs. Parallel dazu wird auch die Entwicklung der gesetzlichen Krankenkassen vergleichend dargestellt, da dies letztendlich der Grund der Entstehung der PKV ist.

Anschließend werden die beiden Grundprinzipien der Krankenversicherungssysteme beleuchtet, das Solidaritätsprinzip in der GKV und vor allem das Äquivalenzprinzip in der PKV. Dieser Schritt ist für das Verständnis der weiteren Arbeit unabdingbar, um später die Kalkulation der Prämien zu erläutern. Diese baut elementar auf diesem Prinzip auf. Gleichzeitig wird in diesem Kapitel der Vergleich zur GKV hergestellt, um dem Leser eine Verständnisparallele zu vermitteln. Meines Erachtens ist es bei einem dualen System notwendig, sich auch mit der anderen Form zu befassen, um daraus Schlüsse ziehen zu können, welche wiederum das andere System betreffen.

Im nachfolgenden Kapitel geht es dann um die Königsdisziplin im System der PKV – die Prämienkalkulation. Hier werden die Grundzüge der versicherungsmathematischen Methoden erläutert. Es erfolgt eine Vertiefung des Äquivalenzprinzips. Wie kalkuliert ein Versicherungsunternehmen? Was ist eine Risikomischung? Darüber hinaus werden die Rechnungs-

grundlagen Ausscheideordnung, Kopfschäden, Rechnungszins, Zuschläge sowie Übertrittswahrscheinlichkeiten erläutert. Vergleicht man die Prämienkalkulation mit dem Backen eines Kuchens, so könnte man die Rechnungsgrundlagen als Zutaten bezeichnen.

Ein zentraler Punkt stellt auch die Problematik der Prämienzusammensetzung dar. Dabei soll dem Leser klar gemacht werden, aus welchen Segmenten sich eine Versicherungsprämie zusammensetzt, wie sie gewichtet werden und was deren Sinn darstellt.

Meiner Meinung nach ist es wichtig auch den Standardtarif in diese Arbeit einzugliedern, da dieser lange Zeit die Möglichkeit schlecht hin war, die Prämien (im Alter) zu senken. Im Laufe der Zeit erlangte die PKV in der Öffentlichkeit durch permanent steigende Beiträge ein zusehends schlechteres Bild. Da seit jeher nicht alle Personen unter dem Schutzmantel der gesetzlichen Krankenkassen Platz fanden, sah sich der Gesetzgeber gezwungen eine bezahlbare Alternative in der PKV zu integrieren, was sich in § 257 des SGB V manifestierte.

Des Weiteren wird auf die kalkulatorischen Besonderheiten dieses Tarifs eingegangen. Da es sich beim Standardtarif um eine sozialpolitische Komponente in der PKV handelt, wird dieser von der üblichen Kalkulation abweichend berechnet. Überleitend wird dann zum modifizierten Standardtarif Stellung bezogen, da dieser quasi den Basistarif antizipierte, auf den wiederum im folgenden Kapitel chronologisch Bezug genommen wird.

Durch die alarmierend steigende Anzahl an nicht krankenversicherten Menschen in Deutschland wurde im Rahmen der letzten Gesundheitsreform die allgemeine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung eingeführt.

Darunter fällt auch der Faktor „Basistarif“. Als direkter Nachfolger des Standardtarifs stellt dieser neben einer potenziellen Versicherungsmöglichkeit auch eine Option zur Senkung der Beiträge dar. Wiederum richtet sich der Schwerpunkt auf die rechtlichen Gesichtspunkte, doch lässt sich

bereits an dieser Stelle, wie auch beim Standardtarif, ein Zwischenfazit ziehen.

In Kapitel sieben gehe ich auf eines der bedeutendsten Themengebiete im Bereich der PKV ein: die Alterungsrückstellungen. Zunächst wird die Alterungsrückstellung funktionell und rechtlich definiert. Anschließend wird anschaulich aufgezeigt, wie sie sich auf die Prämienhöhe auswirkt. Unterstrichen wird dies von aktuellen Zahlen des PKV-Verbandes.

Ein seit Jahren Streitiges Thema stellt die Portierung der Alterungsrückstellungen dar. Lange wurde den Versicherten verwehrt, bei einem Wechsel der Krankenversicherung die bis dato gebildeten Alterungsrückstellungen mitzunehmen. Seit Anfang des Jahres 2009 ist dies nun möglich, was meiner Auffassung nach ein wahrer Meilenstein in der Geschichte der PKV darstellt. Deshalb wird auf diesen Aspekt auch besonders detailliert eingegangen. Dadurch eröffnen sich dem Versicherten neue Möglichkeiten, durch einen Versichererwechsel die Prämie zu regulieren.

Nachfolgen gehe ich auf die Frage der Prämien beeinflussenden Faktoren ein. Um ein Problem zu verstehen, ist es wichtig bei den Wurzeln der Ursache anzufangen. Dabei werden der medizinische Fortschritt, die Änderung der Kalkulationsgrößen sowie der demografische Wandel genauer untersucht. Selbstredend gibt es daneben noch eine Vielzahl anderer Faktoren, doch ist der Rahmen dieser Bachelorarbeit beschränkt, um auf alle einzugehen. Deswegen habe ich mich auf die, meiner Meinung nach, drei bedeutendsten eingelassen. Bei alledem wird vor allem auf den Letzten sehr ausführlich eingegangen, da der demografische Wandel ein zentrales Problem unserer Gesellschaft darstellt, welches nicht nur die Branche der PKV betrifft, sondern omnipräsent vertreten ist.

Um die Arbeit tiefer zu strukturieren, wird im Folgenden auf die Möglichkeiten der Beitragsentlastung eingegangen. Somit entsteht quasi ein Zirkelschluss: Welche Probleme gibt es, wie entstehen diese und welche Lösungen gibt es dafür. Dazu zählen unter anderem der Versichererwechsel, der Tarifwechsel sowie das Beitragsentlastungsprogramm. Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln ist es nicht möglich auf sämtliche Optio-

nen einzugehen. Deshalb habe ich mich auch hier auf die wesentlichsten beschränkt.

Als Sujet meines Ausblicks habe ich die Bürgerversicherung gewählt, da dieses Thema mehr denn je zur Debatte steht. Gibt es für das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland überhaupt eine Zukunft und welche Auswirkungen hätte die Bürgerversicherung – darunter auch, wie sich der Krankenversicherungsbeitrag entwickeln könnte.

2 Geschichtliche Entwicklung der PKV

Bis Ende des 19. Jahrhunderts war keine strikte Differenzierung zwischen den Systemen der GKV und PKV erkennbar. Am 15.06.1883 wurde das Sozialversicherungssystem durch Reichskanzler Otto von Bismarck eingeführt. Allerdings unterlagen dadurch nur Fabrikarbeiter einer allgemeinen Versicherungspflicht, welche etwa 10 % der Gesamtbevölkerung ausmachten. So sahen sich andere nicht versicherungspflichtige Personengruppen zur Selbstorganisation veranlasst. Zu den Ersten gehörten Kommunalbeamte, Lehrer und Geistliche, die eigene, privat finanzierte Ersatzkassen eröffneten. Dies gilt heute als Ursprung der kapitalgedeckten Krankenversicherung in Deutschland. Um die Jahrhundertwende drängten die Handwerkskammern in die GKV, wurden von der Reichsregierung jedoch abgelehnt. Somit sahen sich auch diese gezwungen, ein eigenes Krankenversicherungssystem zu gründen, was heute als endgültiger Bruch der Systeme angesehen wird. Es entstand ein duales Krankenversicherungssystem. Wegen der durch den Ersten Weltkrieg bedingten Inflation (1 US-\$ = 4,2 Billionen Papiermark) wurde die PKV stark eingeschränkt. Erst 1923 mit Einführung einer stabilen Währung, der Rentenmark, bekam das System wieder Aufwind. Im Laufe des folgenden Jahres kamen mehr und mehr Versicherungsunternehmen auf den Markt. Bis dato wurden nur Tagegeldversicherungen angeboten. Durch Erweiterung der Leistungen war seither auch die Übernahme der Krankheitskosten möglich. In den 30er-Jahren wurden die Kalkulationsgrundlagen geschaffen, die großteils noch heute Gültigkeit besitzen. Durch diesen Umstand konn-

ten nun Tarife gebildet und unterschiedliche Leistungen angeboten werden. 1934 wurden die privaten Ersatzkassen mit dem Gesetz zum Aufbau der Sozialversicherung in die GKV eingegliedert. Auch der berechtigte Personenkreis wurde dadurch neu geregelt. Damit verbunden waren viele Bürger gezwungen, sich privat zu versichern. Mit Ende des 2. Weltkriegs brach das gesamte Sozialsystem Deutschlands zusammen. Nach der Spaltung Gesamtdeutschlands in Bundesrepublik und DDR wurde die PKV in letztgenanntem Staat ausnahmslos verboten, da sie mit dem Kommunismus partout unvereinbar war. Deshalb siedelten viele Versicherungsgesellschaften in den Westen um. Einzig die Namen blieben, beispielsweise Hallesche oder Mecklenburgische. 1947 wurde der Verband der privaten Krankenversicherungen für die britische Besatzungszone gebildet, der sich 1949 auf die ganze Bundesrepublik ausdehnte. Ab diesem Zeitpunkt unterlag die PKV der Gesetzgebung. In den 70er-Jahren stagnierte die Entwicklung, da zwischen 1970 und 1973 einschneidende Reformen in der GKV eintraten: Unter anderem wurde die GKV für Landwirte und Angestellte geöffnet, wodurch sich viele Versicherungsnehmer vom privaten Äquivalent abwandten. Seit 1989 hatten auch Arbeiter die Möglichkeit, sich privat zu versichern, solange deren Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze lag. 1991 wurde das Krankenversicherungssystem auch in den neuen Bundesländern eingeführt. Ein Meilenstein in der Geschichte der PKV stellt der 1993 eingeführte Standardtarif dar, da dieser erstmals eine soziale Komponente enthielt. 1995 wurde die PKV zum Träger der Pflegepflichtversicherung. Im Millenniumsjahr 2000 kam dann der gesetzliche Beitragszuschlag auf alle Vollkostentarife. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 beschloss die Bundesregierung die Einführung des Basistarifs, der den Standardtarif ablöste.¹

Um die beiden Grundsätze der privaten als auch der gesetzlichen Krankenversicherung zu erläutern, befasst sich folgendes Kapitel mit Äquivalenz- und Solidaritätsprinzip.

¹ Vgl. Brillinger, Christin/Meier, Sarah, Die Ungleichbehandlung von Patienten im deutschen Gesundheitssystem, 2009, S. 43-84.

3 Äquivalenzprinzip versus Solidaritätsprinzip

Die Prämien im kapitalgedeckten System der privaten Krankenversicherung werden nach dem sogenannten Äquivalenzprinzip erhoben. Synonym hierzu steht der Begriff Individualversicherungsprinzip. Das bedeutet, dass jeder Versicherte einen individuellen Beitrag in Relation zu seinem voraussichtlichen Leistungsbedarf bezahlt. Maßgebend sind die Gesichtspunkte Eintrittsalter, Gesundheitszustand bei Antragstellung sowie Art und Umfang der versicherten Leistungen. In der Theorie sollte sich demnach die Prämie mit dem Bedarf die Waage halten. In der Realität herrscht jedoch zwischen Anspruch und Wirklichkeit eine immense Diskrepanz. Während der Beitrag in jungen Jahren vergleichsweise niedrig ist, kommt es nicht selten vor, dass er in älteren Jahren förmlich explodiert. Um dies zu vermeiden, werden Alterungsrückstellungen gebildet, die übermäßig hoher Belastung im Lebensabend entgegenwirken sollen.

Da sich, wie der Name vermuten lässt, die PKV auf dem Gebiet des privaten Rechts bewegt, werden bei Vertragsanbahnung verschiedene Risiken abgefragt, die der Antragsteller angeben muss. Darunter zählen unter anderem Angaben zu Vorerkrankungen oder gefährlichen Sportarten. Dies ist eine sogenannte Obliegenheit. Eine Obliegenheit bezeichnet eine Pflicht des Versicherungsnehmers, die er gegenüber dem Versicherer zu erbringen hat. Dazu zählen unter anderem Untersuchungen von einem vom Versicherer bestellten Arzt oder oben genannte Anzeigepflichten. Geregelt werden sie in § 9 der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung. Verletzt der Versicherte bewusst oder unbewusst eine dieser Pflichten, kann das Versicherungsunternehmen die Leistung ganz oder teilweise verweigern. Im schlimmsten Fall kann der Vertrag gekündigt werden. Drückt man das Äquivalenzprinzip in einer Formel aus, so stellt sich diese wie folgt dar:

$$= \frac{\text{Summe der gesamten künftigen Versicherungsleistungen}}{\text{Summe des gesamten künftigen Beitragsaufkommens}}$$

In der gesetzlichen Krankenversicherung hingegen wird nach dem Solidaritätsprinzip verfahren. Demzufolge spielen Faktoren wie Alter, Behinderung oder Vorerkrankung keine Rolle.² Das umlagefinanzierte System orientiert sich an der individuellen Leistungsfähigkeit bis hin zur Beitragsbemessungsgrenze (2013: 47250 € / Jahr)³. Ergo wird der Beitrag einkommensabhängig und nicht nach dem persönlichen Krankheitsrisiko erhoben. Folglich steigt der Beitrag mit einem höheren Einkommen bzw. einer höheren Rente. Neben einem Kontrahierungszwang gibt es im System der GKV weder Risikoausschlüsse noch Risikoaufschläge. Kontrahierungszwang im System der gesetzlichen Krankenkassen bedeutet, dass kein Versicherter abgelehnt werden kann. Wenn alle Voraussetzungen für die Versicherungspflicht beziehungsweise der Freiwilligen Versicherung erfüllt sind, so ist der Antragsteller ausnahmslos zu integrieren.

Ein weiterer Grundsatz im Rahmen des Solidaritätsprinzips ist das sogenannte Bedarfsprinzip. Es bedeutet, dass medizinische Leistungen grundsätzlich nur nach Bedarf gewährt werden. Das Solidaritätsprinzip ist typisch für die staatliche Sozialversicherung. So wird es unter anderem auch in der gesetzlichen Rentenversicherung angewendet.

Materiell bedeutet das Solidaritätsprinzip eine finanzielle Umverteilung von den leistungsfähigeren zu den leistungsschwächeren Versicherten, das Leistungsfähigkeitsprinzip. Außerdem stellt es einen Ausgleich zwischen Jung und Alt, Alleinstehenden und Familien, Männern und Frauen und vor allem zwischen Gesunden und Kranken dar. Andere Auffassungen sprechen von einem Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Risiken, so hauptsächlich ein Sachverständigenrat zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklung.⁴ Deshalb sprach die höchste Instanz im deutschen

² Vgl. Schmidt-Meier, Andrea/Weichelt, Karl-Heinz, Privat oder gesetzlich versichert, Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Krankenversicherungssysteme, 4., überarbeitete Auflage, 2005, S. 13f.

³ <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/10/2012-10-10-neue-beitragsbemessungsgrenzen.html> [23.03.2013].

⁴ Vgl. Rebscher, Herbert, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, 2006, S. 333f.

Rechtssystem, das Bundesverfassungsgericht, ein Machtwort zu dieser Diskussion aus:

Da die gesetzliche Krankenversicherung ebenso wie die Rentenversicherung ganz wesentlich auf dem Gedanken der Solidarität ihrer Mitglieder sowie des sozialen Ausgleichs beruht, benötigt sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben auch diese besonders leistungsfähigen Versicherten zur solidarischen Absicherung der Familienversicherten sowie der altersbedingt vermehrt krankheitsanfälligen Personen und aller Versicherten mit niedrigen Einkünften.⁵

Interessanterweise gibt es auch im System der gesetzlichen Sozialversicherung Äquivalenzprinzipien. So zum Beispiel in der Renten- oder Arbeitslosenversicherung. In der Krankenversicherung tritt es allerdings lediglich bei der Krankengeldberechnung in Erscheinung.

Um die Grundzüge des kapitalgedeckten Versicherungssystems zu erläutern, befasst sich nachfolgendes Kapitel mit der Berechnung der Beiträge.

4 Prämienkalkulation

4.1 Grundlagen der Prämienkalkulation

Grundsätzlich werden Prämien für privat Krankenversicherte nach versicherungsmathematischen Methoden ermittelt. Diese sind den Versicherungen nicht frei überlassen, sondern werden durch gesetzliche Rahmenbedingungen geregelt. Die Aufsichtsbehörde für private Krankenversicherungsunternehmen, das Bundesamt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), erließ deswegen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Justiz 1996 die Kalkulationsverordnung (KaV). Allein diese Tatsache ist ein Beweis dafür, dass das System der privaten Krankenversicherung kein reines Produkt der freien Marktwirtschaft, „[...] sondern in das Gesamtsystem sozialer Sicherung in Deutschland eingebunden ist.“⁶ Die Berechnung der Prämien stimmt ergo versicherungsübergreifend größtenteils überein. Dennoch weicht die Prämienhöhe aufgrund unterschiedlicher Ta-

⁵ Bundesverfassungsgericht, IBvR 1103/03 vom 4.2.2004, Absatz 28, in: Rebscher, Herbert, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, S. 334.

⁶ Schmidt-Meier, Andrea/Weichelt, Karl-Heinz, Privat oder gesetzlich versichert, S. 48.

rifgestaltung, Anlagepolitik, Risikomischung oder Verwaltungskostenzuschläge oftmals weit ab.⁷

Versicherungskonzerne teilen ihren jeweiligen Gesamtbestand an Kunden in kleinere Gruppen ein. So entstehen weitestgehend konforme Versichertenkollektive mit etwa gleich hohen erwarteten Kosten. Wichtigste Kriterien hierfür sind ein einheitlicher Versicherungsschutz (das heißt, die „Mitglieder“ der Gruppe befinden sich im gleichen Tarif) und das Alter. Bis Dezember 2012 spielte auch noch das Geschlecht eine Rolle, was jedoch mit Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 01.03.2011 durch Einführung der Unisextarife aufgehoben wurde. Für die nun entstandenen kleineren Gruppen kann der Versicherer eine Durchschnittskalkulation realisieren. Wichtig zu erwähnen ist, dass für diesen Schritt der Gesundheitszustand des Kunden vorerst keine Rolle spielt. Würden die Versicherungen ihren Bestand zusätzlich nach dem Kriterium der Gesundheit unterteilen, könnten keine aussagekräftigen Versichertenkollektive gebildet werden. Deswegen werden entweder Risikozuschläge erhoben oder vertraglich individuelle Leistungsausschlüsse vereinbart.

Für bestimmte Versichertengruppen, wie zum Beispiel beihilfeberechtigte Beamte, Pensionäre oder auch Kinder, gibt es bei der Prämienkalkulation spezielle Vorschriften zu beachten. So gibt es bei Kindern, die während der Versicherungszeit geboren werden, einen Kontrahierungszwang.⁸ Das bedeutet in diesem Zusammenhang, dass das Unternehmen einen Antrag des Versicherungsnehmers auf Versicherung im Basistarif nicht zurückweisen kann. Ausgenommen hiervon ist, wenn bereits eine Vorversicherung beim gleichen Unternehmen bestand und der Versicherer den Vertrag aufgrund arglistiger Täuschung oder Drohung angefochten hat. Des Weiteren ist auch eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht mit anschließendem Rücktritt des Versicherers nach § 193 (5) Satz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) schädlich. Darüber hinaus dürfen Prämien

⁷ Vgl. Bürger, Marco, Zum Wettbewerb um Bestandskunden in der kapitalgedeckten Privaten Krankenversicherung, Die Problematik der Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen, Berlin, Techn. Univ., Diss., 2004, S. 33.

⁸ Vgl. ebd., S. 31.

auch nicht aufgrund des Risikostatus geändert werden. Bei der Prämienkalkulation wird von einem maximalen Alter von 100 Jahren ausgegangen. Teilweise wird auch schon mit 110 Jahren kalkuliert – Tendenz steigend, da die Lebenserwartung mit dem medizinisch-technischen Fortschritt kontinuierlich zunimmt.

Rechnungsgrundlagen für die Kalkulation sind gemäß § 2 (1) Nr. 1 bis 6 KalV: Rechnungszins, Ausscheideordnung, Kopfschäden, gesetzliche und versicherungsbedingte Zuschläge sowie die Übertrittswahrscheinlichkeiten zur Berechnung des Übertragungswertes. Letztere wurden erst mit Einführung der Portierung der Alterungsrückstellungen eingeführt. An dieser Stelle wird auf die ausführliche Darstellung in Kapitel 7.2 hingewiesen. Die bedeutendste Rechnungsgrundlage sind die Kopfschäden. Diese sind gem. § 6 (1) Satz 1 KalV „die im Beobachtungszeitraum auf einen Versicherten entfallenden durchschnittlichen Versicherungsleistungen“. Sie variieren je nach Leistungsumfang des Versicherers. So haben Versicherungen mit einem höheren Leistungsumfang in der Regel auch höhere Kopfschäden. Dies ist die logische Konsequenz daraus, dass sie für eine größere Art an eingetretenen Schäden bezahlen. Die Kopfschäden werden jährlich ausgewiesen, da der Beobachtungszeitraum 12 Monate umfasst. Außerdem steigen sie im Laufe der Zeit an, weil der Leistungsbedarf im Alter selbstredend höher ist.

Die Ausscheideordnung umfasst zum einen die Sterbe- als auch die Stornowahrscheinlichkeiten. Sterbewahrscheinlichkeit ist die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter zu sterben, unter der Bedingung, dieses Alter bereits erreicht zu haben. Sie ist für die Berechnung von Alterungsrückstellungen von grundlegender Bedeutung und bereits seit den Dreißigerjahren des letzten Jahrhunderts indisputabel. Hierfür werden Sterbetafeln verwendet, die vom Bundesamt für Finanzdienstleistungsaufsicht jährlich herausgegeben werden. Die Stornowahrscheinlichkeit wird mitberechnet, da die Möglichkeit besteht, dass Kunden in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln oder auch ins Ausland verziehen. Ergebnis wäre die „Vererbung“ der gebildeten Alterungsrückstellungen an die Versi-

chertengemeinschaft. Diese Rechnungsgrundlage musste im Zuge der letzten Gesundheitsreform überarbeitet werden, da die Alterungsrückstellungen seitdem teilweise portabel sind und nur noch ein geringer Anteil zurückbleibt.⁹

Wie sich Netto- und Bruttoprämien im Einzelnen zusammensetzen, soll nachfolgendes Kapitel verdeutlichen.

4.2 Zusammensetzung der Prämie

Entsprechend des Kapitaldeckungsverfahrens in der PKV spart jeder Versicherte seinen nach statistischen Informationen (z. B. Sterbetafeln - siehe Anlage 4) ermittelten individuellen Bedarf an Gesundheitskosten der Zukunft an. Rein theoretisch könnte der Beitrag über die gesamte Vertragslaufzeit konstant bleiben. Ausgenommen von diesem Grundsatz sind allerdings Prämienanpassungen durch den Versicherer.

Den größten und bedeutendsten Anteil der Nettoprämie macht der Risikobeitrag aus. Grundsätzlich dient dieser nur der Finanzierung von anfallenden Leistungen und den damit verbundenen Krankheitskosten. In diesem Zusammenhang kann man von direkten Versicherungskosten sprechen, welche der Risikobeitrag abdecken soll. Bei der Kalkulation des Risikobeitrags wird ausschließlich der zu Vertragsbeginn bestehende Risikostatus berücksichtigt. Aus diesem Grund ist es ratsam, langfristig bei einem bestimmten Versicherungsunternehmen zu bleiben, speziell, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert.

Um den Nettobeitrag zu komplettieren, wird der Risikobeitrag um den Sparanteil ergänzt. Primäres Ziel des Sparbeitrags ist es, das erhöhte Risiko im Alter abzudecken, wenn der Risikobeitrag allein dazu nicht mehr ausreicht. Aus dem Sparanteil werden die Alterungsrückstellungen gebildet, die in Kapitel 7 ausführlich beleuchtet werden.¹⁰

An dieser Stelle hingegen soll auf den Rechnungszins eingegangen werden. Dieser beträgt gem. § 4 KalV maximal 3,5 Prozent und ist eine wich-

⁹ Vgl. ebd., S. 31-33.

¹⁰ Vgl. Schmidt-Meier/Weichelt, Privat oder gesetzlich versichert, S. 49f.

tige Orientierungsgröße, da die darüberliegenden Kapitalerträge zu 90 Prozent der Versichertengemeinschaft zufließen müssen. Diese Gewinne sind der sogenannte Überzins. Der Rechnungszins ist für den Versicherer gem. § 2 (2) Satz 1 DeckRV für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses bindend. Daher darf bei einer Prämienanpassung, bei der stets alle Rechnungsgrundlagen neu kalkuliert werden, kein anderer Zinssatz verwendet werden. Da der Überzins quasi direkten Einfluss auf die Stabilität der Beiträge hat, könnten Versicherungsunternehmen diesen Parameter dazu nutzen, ihre Prämien anzupassen. Somit wäre er ein ähnliches Steuerungselement wie der Leitzins der Europäischen Zentralbank. Im Gegensatz zur Lebensversicherungsbranche, in der die Garantieverzinsung von 4,0 auf 3,25 % im Jahr 2000 bis hin zu 1,75 % Anfang 2012 abgesenkt wurde¹¹, ist der Rechnungszins seit Langem eine Konstante. Diese starre Entwicklung spricht eindeutig für die PKV, da sie mit realistischen Zahlen kalkuliert.

Der nach § 7 KalV berechnete Sicherheitszuschlag dient der Abdeckung unvorhergesehener Risiken beziehungsweise Belastungen für den Tarif. Hierzu zählen zum Beispiel Epidemien, während der erhebliche Mehrkosten auf den Versicherer zukommen. Gem. § 25 (1) Satz 1 RechVersV wird der Sicherheitszuschlag unter Beachtung des Vorsichtsprinzips erhoben. Es ist wesentlicher Grundsatz des deutschen Rechnungswesens und bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts im Handelsgesetzbuch verankert. Das Vorsichtsprinzip bedeutet, dass in der Bilanz sämtliche Risiken und Verluste einbezogen werden müssen. Weil in der PKV somit grundsätzlich höher kalkuliert wird als tatsächlich notwendig ist, führt dies in der Regel zu Überschüssen, die von den Versicherern großteils wieder an die Versicherungsnehmer ausgeschüttet werden.¹²

Des Weiteren kann von der Versicherungsgesellschaft ggf. ein individueller Risikozuschlag erhoben werden. Die erhöhten Risiken, wie zum Bei-

¹¹ Vgl. Hofer, Christian, Produktauswahl in der privaten Krankenversicherung, Auswahlprobleme und Verfahren zur Unterstützung der Auswahlprobleme, Universität Leipzig, Dissertation, 2008, S. 62.

¹² Vgl. Nguyen, Tristan, Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, 2008, S. 342f.

spiel Rauchen, gefährliche Sportarten wie Drachenfliegen oder Freeclimbing oder Vorerkrankungen werden im Antrag auf ein Versicherungsverhältnis abgefragt. Der potenzielle Kunde hat die Obliegenheitspflicht solche anzugeben. Verletzt er diese Pflicht, indem er ein abgefragtes Risiko nicht angibt, kann der Versicherer auch noch nach Jahren vom Vertrag zurücktreten. Alternativ kann bei Erkrankungen, die Folge einer Obliegenheitsverletzung sind, die Leistung ausgeschlossen werden. Dies ergibt sich unter anderem aus den §§ 9ff der allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif.¹³

Seit dem 01.01.2000 gibt es im Gefüge der privaten Krankenversicherungsprämien einen gesetzlichen Beitragszuschlag nach § 12 (4a) VAG. Demzufolge sind 10 % auf den gesamten Tarifbeitrag, ausgenommen den Risikobeitrag, aufzuschlagen. Zweck des Beitragszuschlags sind weitere Alterungsrückstellungen, die als Sicherheiten dienen sollen. Wieder einmal dreht sich alles um die besondere Entlastung der Beiträge im Alter. Die gesetzliche Erhöhung wird ab Vollendung des 22. Und bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres eingefordert. Ab dem 65. Lebensjahr soll sie die Prämien konstant halten, ab 80 kann sie unter Umständen zu einer Beitragssenkung eingesetzt werden. Gültigkeit erlangte der Mehrbetrag für alle ab Anfang 2000 geschlossenen Neuverträge und Unternehmenswechsel zu einem anderen Versicherer. Bestandskunden hatten die Wahl, sich dem vollständig zu entziehen oder stufenweise eingegliedert zu werden. Diese Regelung sah eine jährliche Erhöhung des Beitragszuschlages um 2 % vor, bis letztendlich am 01.01.2004 die 10 % erreicht wurden. Weder der Risiko- noch der gesetzliche Beitragszuschlag zählen zur Nett- noch zur Bruttoprämie.¹⁴

Wie bei den meisten Versicherungsverträgen üblich, gibt es auch in der substitutiven Krankenversicherung Verwaltungs- und Abschlusskosten, die auf die Prämien umgewälzt werden. Dazu zählen vor allem Personal- als auch Sachkosten wie Mieten oder Gebäudeinstandhaltungskosten. Diese

¹³ Vgl. http://www.pkv.de/recht/allgemeine_versicherungsbedingungen_2009/allgemeine-versicherungsbedingungen-standardtarif-mb-st-2009-pdf.pdf [18.02.2013].

¹⁴ Vgl. Schmidt-Meier/Weichelt, Privat oder gesetzlich versichert, S. 49f.

betrogen nach Angaben des Verbandes der Privaten Krankenversicherung im Jahr 2008 2,61 % der Beitragseinnahmen.¹⁵ Umgerechnet sind dies etwa 650 Millionen Euro. In den letzten Jahren kam es vermehrt zu Diskussionen, ob die gesetzliche oder die private Krankenversicherung die niedrigeren Verwaltungskosten habe. In der Presse wird zu diesem Thema oftmals Panik verbreitet. Auf der einen Seite verschwendet der Staat Milliarden an Sozialabgaben durch die gesetzlichen Krankenkassen, auf der anderen Seite berechnen private Versicherungsunternehmen horrenden Verwaltungssummen. Sucht man bei „google“ nach „Verwaltungskosten in der PKV“ ist nahezu jedes zweite Ergebnis das genaue Gegenteil vom vorherigen. Mal sind die Kosten in der PKV höher, dann wieder die der GKV.

Entsprechend einer Studie aus dem Jahr 2011 des größten privaten Krankenversicherungsunternehmens in Deutschland, der Debeka, entfallen lediglich 13,49 Euro laufende Verwaltungskosten auf einen Versicherten. Hinzu kommen noch die Abschlusskosten, sodass man auf einen Gesamtbetrag von 57,78 Euro kommt. Anmerkend zu sagen ist jedoch, dass die Abschlusskosten nur einmalig anfallen. Zum Vergleich nennt die Debeka Verwaltungskosten in Höhe von 134 Euro pro Versicherten und Jahr in der GKV. Glaubt man der Erhebung, so fallen in der PKV einmalig die Hälfte der Kosten, regelmäßig allein ein Zehntel der Kosten der GKV an.¹⁶ Konträr dazu legt die Techniker Krankenkasse, ein gesetzlicher Vertreter der Krankenkassen, stark abweichende Zahlen vor: Nach deren Studie verwendet die PKV 10,5 % der Beitragseinnahmen, umgerechnet 391 Euro je Versicherten und Jahr. Die GKV hingegen kommt mit 136 Euro aus.¹⁷ Einzig letztgenannte Zahl stimmt in etwa mit der vom PKV-Unternehmen genannten überein. Aber wie kommt es zu solch gravierenden Differenzen? Prinzipiell sollte man solche Studien kritisch beäugen. Zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen besteht natürlich

¹⁵ Vgl. http://www.pkv.de/publikationen/pkv_public/archiv/pkv-public-nr-2-2010/titel-gut-versichert/ [17.02.2013].

¹⁶ Vgl. http://debeka.de/unternehmen/presse/presse/pkv_arbeitet_deutlich.html [18.02.2013].

¹⁷ Vgl. <http://www.cecuc.de/1011+M53f28501c75.html> [18.02.2013].

ein Konkurrenzdenken, wobei sich jedes für sich in der Öffentlichkeit als das bessere darstellen will. Für die GKV gibt es klarere gesetzliche Vorgaben, oben dargestellte Kosten zu berechnen, als für die PKV. Somit sind die annähernd gleichen Zahlen glaubwürdig. In der privaten Versicherungsbranche gibt es hingegen zahllos viele Feinheiten, Kosten zu beschönigen. So können Verwaltungskosten in der Bilanz tatsächlich an ganz anderen Stellen auftauchen und letztendlich künstlich reduziert werden. Strittig ist auch die Berechnung der Kosten durch die GKV. In diesem Fall wurden Vertriebskosten mit einkalkuliert. Diese betragen bis zu 18 Monatsprämien pro Vermittlung. Dadurch werden die Verwaltungsausgaben künstlich gesteigert. Nach Lage der Dinge ist der Anteil der Verwaltungs- und Abschlusskosten in der PKV verhältnismäßig nicht so hoch, als dass er die Prämienhöhe federführend beeinflussen könnte. Zwar sind gewisse Regulierungen durch diesen Baustein möglich, der Umfang aber in Relation gesehen zu gering. Ob die Finanzierbarkeit der Prämien von diesem Faktor abhängt, kann eindeutig mit „nein“ beantwortet werden.

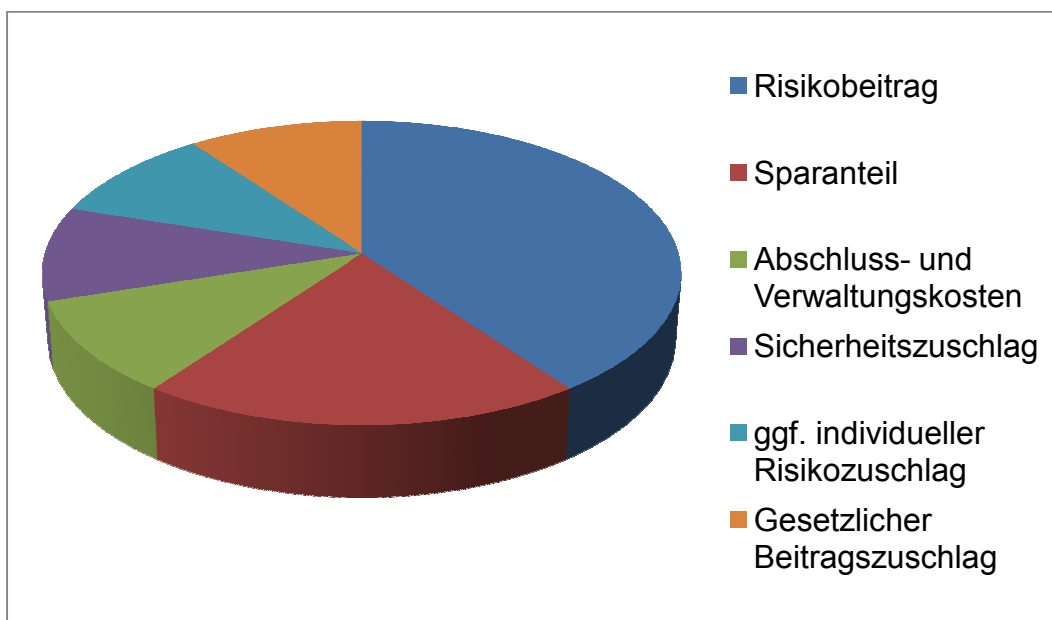


Abbildung 1: Zusammensetzung der Prämie, Quelle: Schmidt-Meier/Weichelt, Privat oder gesetzlich versichert, S. 49.

Das Verteilungsverhältnis der einzelnen Segmente ist bis auf den gesetzlichen Beitragszuschlag variabel. Den Löwenanteil machen jedoch der

Risikobeitrag plus Sparanteil aus, die zusammen die Nettoprämie ergeben. Werden Abschluss- und Verwaltungskosten addiert, erhält man die Bruttoprämie.¹⁸

Im folgenden Kapitel wird der Standardtarif erläutert, welcher eine erste Möglichkeit darstellte, die Prämie zu reduzieren.

5 Standardtarif

5.1 Der Standardtarif dem Grunde nach

Der Standardtarif gilt als Vorgänger des heute gültigen Basistarif (siehe nachfolgendes Kapitel) und ist Anfang der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts eingeführt worden, weil die PKV zu dieser Zeit und in den beiden Dekaden davor ein denkbar schlechtes Bild in der Öffentlichkeit darstellte. Heute ist er ein geschlossener Tarif, der nur noch für Bestandskunden Gültigkeit besitzt, die vor dem 01. Januar 2009 einen Vertrag abgeschlossen haben. Das denkbar schlechte Image der Branche entstand durch stark ansteigende Prämien im Alter und mit daher eingehenden Medienparolen wie „jung angelockt, alt abgezockt“¹⁹. Die Idee, die infolge des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 durch § 257 (2a) SGB V umgesetzt wurde, war ein Tarif mit garantiertem Höchstbeitrag und zugesagtem Wechselanspruch in denselben aus Normaltarifen. Höchstbeitrag meint einen Begriff im Sinne des SGB V, das heißt einen Beitrag, der sich höchstens aus der Beitragsbemessungsgrenze (höchstes beitragspflichtiges Einkommen) errechnet. Dieser berechnet sich im Jahr 2013 wie folgt:

47250 € (=Beitragsbemessungsgrenze) : 12 Monate = 3937,50 €
3937,50 € x 15,5 % (Beitragssatz GKV) = 610,31 € Höchstbeitrag

Für Ehegatten oder Lebenspartner, deren gemeinsames Einkommen (definiert nach § 16 SGB IV) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (definiert in § 6

¹⁸ Vgl. ebd., S. 49ff.

¹⁹ Rudolph, Jürgen, Von der Alterungsrückstellung bis zum Basistarif, Aufgaben des Akteurs in der privaten Krankenversicherung im Wandel der Zeiten, 2009, S. 43.

(1) Nr. 1 SGB V) nicht überschreitet, entsprechend 150 % des Höchstbeitrags der GKV (2013 = 915,57 €).

Ab 01.07.1994 war der Standardtarif für alle privaten Versicherungsunternehmen in Deutschland verpflichtend geworden. Grund dafür war, dass ein Anspruch auf Wechsel in den Standardtarif obligatorische Voraussetzung für die Zahlung des Arbeitgeberzuschusses zur PKV-Prämie wurde. Einzelheiten sind zwischen dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung festgelegt worden.

Grundsätzlich ist eine Versicherung im Standardtarif ab Vollendung des 65. Lebensjahres und einer Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren möglich. Zu letztgenannter Voraussetzung zählen alle arbeitgeberzuschussberechtigten Tarife – das bedeutet alle, außer den Zusatzversicherungen zur GKV. Nach Vorschlag einer Expertenkommission wurden die Zugangsbedingungen mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ergänzt. Seit diesem Zeitpunkt gelten erleichterte Voraussetzungen. Infolgedessen kann man bereits ab Vollendung des 55. Lebensjahres im Standardtarif versichert werden, solange die Jahresarbeitsentgeltgrenze unterschritten wird. Dies ist die Einkommensgrenze, ab der abhängig Beschäftigte nicht mehr der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen und sich demzufolge privat versichern können. Sie beträgt im Jahr 2013 52200 €. Rentner und Pensionäre können bereits vor Vollendung des 55. Lebensjahres in den Standardtarif wechseln. Betroffen sind in erster Linie Menschen, die aufgrund Erwerbsunfähigkeit keinen Beruf mehr ausüben können. Darüber hinaus haben auch Familienangehörige von Letztgenannten die Möglichkeit, vom Standardtarif Gebrauch zu machen. Einschlägige Rechtsgrundlage hierfür ist § 257 (2a) Nr. 2a SGB V a. F. Voraussetzung ist allerdings eine mögliche Familienversicherung nach § 10 SGB V bei fiktiver Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers. Um den sozialen Aspekt des Tarifs zu unterstreichen, wurden die Gebührensätze der GOÄ sowie der GOZ auf das 1,7-Fache (bei technischen Leistungen das 1,1-

Fache) begrenzt, da auch die Beitragsentwicklung gesetzlich beschränkt ist.

Analog dazu gibt es deckungsgleiche Varianten des Standardtarifs im Bereich der Beihilfe – geregelt durch § 257 (2a) Nr. 2b SGB V a. F. Demnach wird der Höchstbeitrag in Höhe der prozentualen Beihilfefähigkeit begrenzt. Ferner haben Beihilfeberechtigte nach § 257 (2a) Nr. 2c SGB V a. F. trotz eines erhöhten Risikos Zugang. Einzige Bedingung ist die Versicherung innerhalb der ersten sechs Monate nach Feststellung der Behinderung oder Berufung in das Beamtenverhältnis. Gleiches gilt auch für berücksichtigungsfähige Angehörige.²⁰

Als besonders preiswerter Tarif verkörpert der Standardtarif eine soziale Schutzfunktion. Außerdem darf er nicht mit Zusatzversicherungen abgeschlossen werden, solange Versicherungsschutz in der GKV besteht. Davon ausgenommen sind Krankentagegeldversicherung sowie Auslandsreisekrankenversicherung.²¹ In einer Broschüre des Verbands der Privaten Krankenversicherung heißt es: „Je länger die Vorversicherungszeit und je niedriger das Alter, desto günstiger ist der Beitrag im Standardtarif“²². Bei kritischer Hinterfragung dieser These kommen Zweifel auf, ob dies in dieser Form überhaupt möglich ist oder ob die Aussage bereits einen Widerspruch in sich darstellt.

Da es sich beim Standardtarif wie gesagt um einen sozialpolitischen Hintergrund handelt, wird er auch nicht wie üblich berechnet.

5.2 Kalkulatorische Besonderheiten

Entgegen des Äquivalenzprinzips im kapitalgedeckten Krankenversicherungssystem, übernimmt der Versicherer im Standardtarif zusätzliche Risiken. Ursachen hierfür sind unter anderem die fehlenden Risikozuschläge. Die nicht abgedeckten Risiken werden folglich nicht durch eigen erwirtschaftete Beiträge finanziert. Durch die Bürde an Mehrleistungen, für die

²⁰ Vgl. ebd., S. 43-47.

²¹ Vgl. http://www.pkv.de/publikationen/info_broschueren/der_standardtarif.pdf [19.02.2013].

²² Ebd., S. 6.

quasi kein Gegenwert besteht, wird ein kalkulatorischer Aufpreis erhoben, der Ω -Zuschlag. Der Ω -Zuschlag wird in allen Tarifen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres erhoben, die zu einem Wechsel in den Standardtarif berechtigen. Rechtsgrundlage dafür ist § 8 (5) KalV. Der Wechselanspruch ergibt sich aus § 257 (2a) Nr.2, 2a-2c SGB V a. F. in Verbindung mit § 19 MB/KK. Letztgenannte Norm ist die vertragliche Vereinbarung zwischen Gesetzgeber und dem Verband der Privaten Krankenversicherung. Deswegen wurde eine gesetzliche Verankerung sowohl im staatlichen als auch im privaten Recht verwirklicht. Sie stellt eine Berechtigungsgrundlage zur Forderung des Zuschlags dar. Im Zeitraum von 1994 bis Ende 1999 betrug der Ω -Zuschlag 0,1% der Bruttoprämie. Ab dem 01.01.2000 wurde er für Beihilfetarife leicht erhöht. Angesichts der erweiterten Zugangsberechtigung für Beihilfeberechtigte ist dies mehr als gerechtfertigt, da in vielen Fällen übermäßig hohe Risiken unter dem Schutzmantel des Standardtarifs Platz finden. Durch einen Ausgleichsvertrag wird ein unternehmensübergreifender Finanzausgleich geregelt. Dieser umfasst einerseits den Beitragsausgleich hinsichtlich der Höchstbeitragsgrenze. Andererseits den Überschaden-Ausgleich zur Regulierung der Verluste durch erhöhte Risiken. Sinn und Zweck des Finanzausgleichs ist das Vermeiden von einseitigen Belastungen eines Unternehmens. In der Wirtschaftslinguistik würde man auch von Marktnachteilen sprechen.

Um die Zeit zwischen Verabschiedung und Inkrafttreten des GKV-WSG zu überbrücken, wurde vom Gesetzgeber übergangsweise der modifizierte Standardtarif eingeführt.

5.3 Der modifizierte Standardtarif

Der modifizierte Standardtarif ist sozusagen die Antizipation des Basistarifs und wurde in § 315 SGB V normiert. Durch die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht aller Personen mit Wohnsitz in Deutschland sah der Gesetzgeber eine Übergangsregelung zwischen Standard-

und Basistarif vor.²³ Zum Personenkreis des § 315 Absatz 1 SGB V gehören Personen, die weder in der GKV versichert oder versicherungspflichtig sind, noch über eine PKV verfügen, noch einen Anspruch auf freie Heilfürsorge (wie zum Beispiel Polizei- oder Feuerwehrbeamte) haben. Darüber hinaus schließt die Maxime Beihilfeberechtigte und Personen, die einen Anspruch nach dem Asylbewerbergesetz haben oder Sozialhilfe beziehen, aus. Für alle diejenigen, die nicht zum gerade genannten Personenkreis gehören, bestand folglich die Möglichkeit, sich im Zeitraum vom 01.07.2007 bis zum 31.12.2008 im modifizierten Standardtarif zu versichern.²⁴ Gleich wie im Basistarif, galt für die Versicherer im modifizierten Standardtarif ein Kontrahierungszwang. Außerdem durften keine Risikozuschläge erhoben werden. Eine Risikoprüfung war aufgrund des Risikoausgleichs dennoch legitim. Zudem umfasste der Tarif auch eine Sozialklausel. Das bedeutet, dass bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII der Höchstbetrag nur noch zur Hälfte erhoben werden durfte. Bei nachträglich immer noch bestehender Bedürftigkeit griff der Staat unter die Arme. Auf Antrag des Versicherungsnehmers leistete der zuständige Sozialträger einen Zuschuss zur Versicherungsprämie. Um einen nahtlosen Übergang in den Basistarif zu gewährleisten, wurden alle bis dato geschlossenen Versicherungsverträge zum 01.01.2009 in den Basistarif umgestellt.

5.4 Fazit zum Standardtarif

In der GKV sind Beiträge einkommensabhängig. Fällt bei einem privat Versicherten das Einkommen, sinken die Prämien deswegen nicht. Durch überproportional hohe Beträge wurde im System der PKV somit eine soziale Komponente namens Standardtarif geschaffen. Der Standardtarif verkörpert einen Pionier auf der sozialen Ebene der kapitalgedeckten Krankenversicherung. Durch rechtliche Verpflichtung aller Versicherungsgesellschaften zum Anbieten des Tarifs kommt es zu einer Abweichung

²³ Vgl. Rudolph, Jürgen, Von der Alterungsrückstellung bis zum Basistarif, S. 43-47.

²⁴ Vgl. http://www.pkv.de/publikationen/info_broschueren/der_standardtarif.pdf [19.02.2013].

vom Äquivalenzprinzip und grundlegenden Kalkulationsrichtlinien. Deswegen wurde der Spitzenfinanzausgleich geschaffen, durch den sich die Unternehmen die Waagschale halten. Die Beweggründe des Gesetzgebers zur Einführung des Standardtarifs sind ambivalent: Zum einen werden nun ältere Versicherungsnehmer entlastet, zum anderen wird die deutsche Versicherungsbranche geschützt. Deutschland ist nach heutigem Stand der einzige Staat der Europäischen Union, der die Möglichkeit der substitutiven Krankenversicherung vorsieht. Deswegen drängten EU-ausländische Versicherungsunternehmen auf den deutschen Markt. Dem schob die Regierung durch Einführung des Standardtarifs einen Riegel vor. Abhängig Beschäftigte in der PKV erhalten den Arbeitgeberzuschuss nur dann, wenn unter anderem das Versicherungsunternehmen am Spitzenfinanzausgleich teilnimmt und den Standardtarif anbietet. Für EU-ausländische Unternehmen bedeutet dies quasi einen Zwang, den Standardtarif anzubieten. Im Gegensatz zu ihren deutschen Mitstreitern können diese jedoch weder den Tarif modulieren noch auf einen Spitzenfinanzausgleich hoffen.²⁵

De facto verzichten privat Versicherte im Standardtarif auf eine Vielzahl an Leistungen. Wahrscheinlich ist dies auch der Grund, warum er nur von verhältnismäßig Wenigen in Anspruch genommen wird. 2006 waren insgesamt 24819 Personen im Standardtarif versichert, davon 4959 mit Beihilfeberechtigung. Das sind gerade einmal 0,2 % aller privat Versicherten.²⁶ Das Gros der Versicherungsnehmer erachtet es als günstiger, sich eine Alternative zu suchen, um die Prämie zu senken. Hierzu kommen Tarifwechsel, Leistungsreduzierungen oder auch eine Erhöhung des Selbstbehaltes in Betracht. Diese Zahlen sind ein Beweis dafür, dass die meisten Versicherungsnehmer das Privileg der besseren Leistungen in der PKV bevorzugen und einen mit der GKV vergleichbaren Schutz entschieden zurückweisen.

²⁵ Vgl. Böckmann, Roman, Quo vadis, PKV?, Eine Branche mit dem Latein am Ende?, Münster (Westf.), Westfälische Wilhelms-Universität, Inaugural-Dissertation, 2010, S. 75-80.

²⁶ Vgl. ebd., S. 78.

Eine Aussage, vergleichbar der des in Kapitel 2.1 zitierten PKV-Verbandes (wonach die Prämie günstiger sei, wenn man zugleich jung und lange versichert ist) ist schlichtweg eine Sache der Unmöglichkeit. Doch scheinbar ist dies ein weitverbreitetes Phänomen. In vielen Stellenausschreibungen liest man immer häufiger von jungen und erfahrenen Nachwuchskräften, die gesucht werden. Solche Ansprüche stehen in einem eklatanten Widerspruch. Trotz allem ist der Standardtarif eine gute Möglichkeit der Prämienreduzierung im Alter. Durch Innovationen wie diese bleiben die Beiträge in der PKV auch weiterhin finanzierbar, da sie auf keinen Fall höher sein können als im gesetzlichen Pendant. Durch gesetzliche Veränderungen und eine erneute Gesundheitsreform wurde zum 01.01.2009 der Basistarif eingeführt, der den Standardtarif nahtlos ablöste.

6 Basistarif

6.1 Der Basistarif dem Grunde nach

Im Rahmen der letzten Gesundheitsreform wurde die Versicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland eingeführt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes stieg die Zahl der Nicht-Krankenversicherten von 105000 (1995), über 150000 (1999) bis auf 188000 (2003) an. Betroffen sind vor allem Selbstständige und Freiberufler, die lange Zeit privat versichert waren, sich dies jedoch nicht mehr leisten können. Da sie als Selbstständige weder der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen und die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung (wegen fehlender Vorversicherungszeit) nicht besteht, sind sie de facto ohne Krankenversicherungsschutz.²⁷ Im Jahr 2011 lag die Zahl zwar bei rückläufigen 137000, das gesetzte Ziel, jeden Bürger in einem Krankenversicherungssystem unterzubringen, wurde verfehlt. Fraglich ist, wo sich diese beachtliche Anzahl an Personen in einem bürokratischen Staat mit Einwohnermeldeämtern oder Sozialversicherungsträgern „versteckt“. Die

²⁷ Vgl. ebd., S. 80-84.

Vorgabe des Gesetzgebers manifestiert sich in § 193 (3) VVG. Ziel der Norm ist eine Grundabsicherung in der Krankenversicherung, die einen gewissen Mindestschutz bieten soll, welchen der Basistarif nach § 12 (1a) VAG zur Aufgabe hat. Versicherungsgesellschaften mit Sitz im Inland haben demnach einen „[...] branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen der GKV vergleichbar sind“²⁸. Möglich ist dies für in der GKV freiwillig Versicherte und für sämtliche privat Versicherte. Darüber hinaus ist eine Versicherung im Basistarif der PKV für alle nicht versicherungspflichtigen in der GKV realisierbar, die zudem nicht die beiden erstgenannten Voraussetzungen erfüllen.

Der Basistarif stellt eine in der über 100-jährigen Geschichte der PKV erstmalige gesetzliche Vorgabe mit determinierten Leistungen dar. Durch § 12 (4b) VAG wird die Branche gezwungen, einen gemeinsamen Tarif zu kalkulieren und zu kooperieren. Dieser sieht eine einheitliche Kalkulierung vor. Einzig die Verwaltungs- und Abschlusskosten sind davon ausgenommen. Erschwerend kommen noch weitere gesetzliche Rahmenbedingungen hinzu. Diese sehen Modifikationen für Personen unter 21 ohne Bildung von Alterungsrückstellungen, Selbstbehaltstufen von 300, 600, 900 und 1200 Euro sowie Prozentualstufen für Beihilfeberechtigte vor (§ 12 Abs. 1a VAG).

6.2 Kalkulation des Basistarifs

Die Kalkulation des Basistarifs stellte die privaten Krankenversicherer anfangs vor nicht bekannte Probleme. Durch gesetzliche Vorgabe kam es im dualen Gesundheitssystem erstmals zu einer Vermischung von PKV und GKV. Der sozialpolitische Eingriff in das System der PKV kam einer grundsätzlichen Neugestaltung gleich. Die Krux für die Versicherungsmathematiker waren schlichtweg die fehlenden probaten Rechnungsgrundlagen. Die Frage war, welche Rechnungsgrundlagen für die erwarteten Schadenzahlungen für Leistungen nach dem SGB V Kapitel 3 herangezogen

²⁸ Rudolph, Jürgen, Von der Alterungsrückstellung bis zum Basistarif, S. 77.

gen werden sollten. Als Lösung schätzten die verantwortlichen Aktuare die Leistungen der GKV im Verhältnis zu denen der PKV ab und unterstellten die Altersabhängigkeit der Bestandskunden der eigenen Branche.

Der Basistarif ist für kapitalgedeckte Krankenversicherungen verhältnismäßig unlukrativ, da Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse nicht gesetzeskonform sind. Nach § 12 (1c) VAG darf die Prämie des Basistarifs den Höchstbeitrag in der GKV nicht übersteigen. 2013 sind dies rund 610 Euro im Monat. Bei Mitversicherung von Ehegatten oder Lebenspartnern gilt der 1,5-fache Satz. Liegt Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII vor, gilt sogar nur der halbe Höchstbeitrag. Wenn nach Anwendung dieser Regelung immer noch Hilfebedürftigkeit vorliegt, trägt der Staat die Prämien mit.

Aufgrund gänzlich fehlender Erfahrungswerte traten anfangs Probleme mit der risikomäßigen Zusammensetzung der Versicherten im Basistarif auf. In welcher Konstellation sollten Versichertenkollektive gebildet werden? Mit welchen Risiken oder Vorerkrankungen, Alter oder (zu Beginn) Geschlecht? Aufschluss darüber wird erst die Zeit bringen. Von Jahr zu Jahr lassen sich neue Erkenntnisse gewinnen oder mehr Statistiken aufstellen, die den Basistarif ausgereifter machen. Liest man in § 193 VVG etwas weiter, findet man in Absatz 5 den Kontrahierungszwang: „Der Versicherer ist verpflichtet [...] Versicherungen im Basistarif [...] zu gewähren.“ Dieser Kontrahierungszwang ist die Parallele zur Versicherungspflicht für den Kunden und stellt einen wahren juristischen Kunstgriff des Gesetzgebers dar.

Durch gesetzliche Determinanten, wie eben beschriebene Annahmepflicht des Versicherers oder die Pflicht, eine Krankenversicherung zu haben, könnte man darauf schließen, dass sich aus Sicht der Versicherungsgesellschaften „ungünstige Risiken“ im Basistarif ansammeln. Gründe hierfür könnten Ablehnungen im Normaltarif (durch einen nicht bestehenden Kontrahierungszwang) oder Nichtbeanspruchung desselben sein. Personen mit einem hohen Risiko, die eine PKV beantragen, könnten durch relativ teure Prämien (aufgrund Risikozuschlägen) vom Normaltarif abgeschreckt

werden. Genau diese Personengruppe könnte jedoch im Basistarif unterkommen. Die ungünstige Risikomischung der Versicherten muss über den Tarif per se ausgeglichen werden, was zwangsläufig zu höheren Prämien führt. Der Gesetzgeber glaubte, durch § 12g (1) Satz 3 VAG einen Ausgleich schaffen zu können. Durch diese Vorschrift werden sogenannte „Mehraufwendungen wegen Vorerkrankungen“ auf den gesamten Versichertenbestand im Basistarif gleichmäßig verteilt. Konsequenz daraus ist eine künstliche Umverteilung der Schadenprofile. Relativ junge Versicherte mit verhältnismäßig geringen Kopfschäden bekommen somit einen „Zuschuss“. Somit steigen deren Prämien höher als die Beiträge von älteren Versicherten. Ergänzt wird diese Norm durch § 8 Nr. 7 KalV, den „Zuschlag zur Umlage der Mehraufwendungen“.

Wie eben beschrieben, treten bei den verschiedenen Krankenversicherungsunternehmen variable Risikomischungen im Basistarif auf. Ergebnis daraus sind Verluste der Gesellschaft X, während Unternehmen Y Gewinne verbucht. Üblicherweise nehmen Krankenversicherer, die mit einem Tarif Verluste einfahren, Prämienanpassungen vor. Dadurch wäre der in § 12 (4b) geforderte Einheitsbeitrag sofort wieder zunichtegemacht. Um dem entgegenzuwirken, wurde der Risikoausgleich nach § 12g (1) geschaffen. Nach dieser Norm müssen sich alle Versicherungsunternehmen, die den Basistarif anbieten, am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen. Wohlgemerkt sind dies sämtliche Gesellschaften, welche die substitutive Krankenversicherung praktizieren. Das System des Risikoausgleichs muss einen konstanten und effektiven Ausgleich der Belastungen gewährleisten. Deshalb wurde die Gesellschaft bürgerlichen Rechts „Brain-Pool“ ins Leben gerufen, welche die gesetzlichen Ansprüche sicherstellt.

6.3 Fazit zum Basistarif

Von der Warte der Versicherungsgesellschaften aus betrachtet, ist der noch junge Basistarif sehr unattraktiv. Man kann ihn als „Auffangbecken“ für all diejenigen ansehen, die in keinem anderen Tarif unterkommen.

Somit sehe ich auch die These aus Kapitel 6.2 bestätigt. Die ungünstige Risikomischung wird durch den gesetzlich auferlegten Höchstbeitrag verschärft, was in vielen Fällen zu Verlusten führt. Hinzu kommt ein hoher Verwaltungsaufwand, ohne dass ein großer Kundenstamm besteht. Ursache hierfür sind die Unterteilung in Selbstbehaltsstufen, Anpassungen für Beihilfeberechtigte oder die Leistungen nach Art der GKV. Tragisch ist, dass die verbuchten Verluste zulasten der übrigen Versicherten in anderen Tarifen gehen. Per Gesetz wurde die PKV in die soziale Pflicht genommen. Mit der Brechstange sollte eine Anpassung an das Sozialrechtsgefüge des deutschen Staates erzwungen werden. Geplant als eine Art „bezahlbare Krankenversicherung für Jedermann“ führt der Basistarif zu einem unumgänglichen Solidaritätsaufkommen, welches vom Staat billigend in Kauf genommen wird. Erstens, wie gerade erläutert, zwischen den Versicherten untereinander – durch erhöhte Prämien in allen Tarifen. Zweitens, zwischen Staat und den Hilfebedürftigen – durch Tragen der Beiträge, wenn diese vom Steuerzahler nicht mehr finanziert werden können. Drittens, zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung – durch den Risikoausgleich.²⁹

Im nächstfolgenden Kapitel wird ein Mechanismus im System der PKV zur Regulierung der Prämien im Alter erläutert – die Alterungsrückstellungen.

7 Alterungsrückstellungen

7.1 Bildung von Alterungsrückstellungen

Alterungsrückstellungen sind ein fundamentaler Bestandteil der Prämienzusammensetzung in der privaten Krankenversicherung.³⁰ Die aus dem Sparanteil der Prämie gebildeten Alterungsrückstellungen haben zum Ziel, den Beitrag im Alter so gering wie möglich zu halten.³¹ Grundsätzlich darf es zu keiner Prämienhöhung wegen des steigenden Alters des Versicherten kommen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die kalkulierten

²⁹ Vgl. ebd., S. 79-81.

³⁰ Vgl. <http://pkv-financial.de/glossar/te064.htm> [08.02.2013].

³¹ Vgl. Rudolph, Jürgen, Von der Alterungsrückstellung bis zum Basistarif, S. 92.

Rechnungsgrundlagen unverändert bleiben. Insbesondere ist hier der Risikobeitrag gemeint, welcher in Kapitel 4.2 erläutert ist. In § 8a (2) der Musterbedingungen der Krankheitskostenversicherung (MB/KK 2009) heißt es:

Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist [...] während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.³²

Entgegen der weitverbreiteten Meinung vieler Versicherten handelt es sich bei der Alterungsrückstellung um kein persönliches „Guthaben“. Vielmehr geht es um einen Durchschnitt der Deckungsrückstellungen³³ aller Versicherten. Sie sind elementar wichtig, um die im Alter anfallenden Leistungen zu finanzieren. Im kapitalgedeckten Krankenversicherungssystem kann man von einem Ausgleich der Risiken im Kollektiv sprechen. Ganz nach der Natur der Sache ist der Leistungsbedarf im Alter wesentlich höher als zu Beginn des Versicherungsverhältnisses. Deshalb hat die Alterungsrückstellung eine Zeitausgleichsfunktion: Da die Prämien anfangs in der Regel höher sind als der tatsächliche Leistungsbedarf, kann das Versicherungsunternehmen Ersparnisse bilden. Steigen mit zunehmendem Lebensalter der Leistungsbedarf und damit auch die Kosten, kann der Versicherer das Ersparte nun genau hierfür verwenden.

Berechnet werden Alterungsrückstellungen nach der infolge des § 12c Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) erlassenen Kalkulationsordnung.³⁴

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Auswirkungen der Altersrückstellungen auf die tatsächlich zu zahlende Prämie. Da der Zahlbeitrag zu Beginn des Versicherungsverhältnisses noch über dem Risikobeitrag liegt, können über einen relativ langen Zeitraum Alterungsrückstellungen aufgebaut werden. Ab einem gewissen Alter steigt der Risikobeitrag exponentiell an, während der Zahlbeitrag nur leicht ansteigt. Nach dem Schnittpunkt der beiden Linien werden die Alterungsrückstellungen wieder abgebaut.

³² http://www.pkv.de/recht/musterbedingungen/mb_kk_2009.pdf, S. 11 [08.02.2013].

³³ Bilanzrechtlicher Begriff, wichtiger Schuldposten auf der Passivseite des Versicherungsunternehmens.

³⁴ Vgl. Nguyen, Tristan, Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, 2008, S. 344.

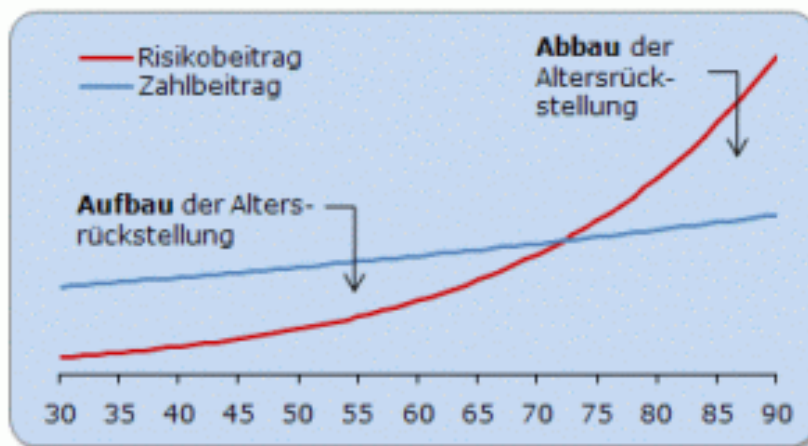


Abbildung 2: Auswirkungen der Alterungsrückstellungen auf die Prämienhöhe, Quelle: <http://www.pkv-selbstvergleich.de/Altersrueckstellung.htm> [15.02.2013].

Fraglich ist, wie viele Menschen überhaupt noch dazu bereit wären, eine private Krankenversicherung abzuschließen, wenn der Zahlbeitrag gleich hoch wäre wie der Risikobeitrag. Aus Sicht der privaten Krankenversicherer müsste man eine Flucht der Kunden in die freiwillige Versicherung der gesetzlichen Krankenkassen befürchten.

Im Geschäftsjahr 2011 standen den 43 Mitgliedsunternehmen des Verbands der Privaten Krankenversicherung insgesamt 145,40 Milliarden Euro an Alterungsrückstellungen zur Verfügung. Im Vergleich zum Geschäftsjahr 2010 wurde von ihnen ein Plus von 9,93 Milliarden erwirtschaftet. Dies entspricht einer Steigerung von 7,33 %. Wichtig ist, zu erwähnen, dass es sich bei diesen Angaben nur um die Rückstellungen in der Krankenversicherung handelt. Berücksichtigt man zusätzlich die der Pflegeversicherung, stehen insgesamt 169,43 Milliarden Euro im Raum. Auch die Entwicklung ist durchweg positiv: Nimmt man den Zeitraum der letzten zehn Geschäftsjahre in Betracht, erkennt man, dass die Rückstellungen im Jahre 2001 noch rund 68 Milliarden Euro umfassten und ein Plus von 8,67 Milliarden verbucht wurde. 2006 waren es bereits mehr als 113 Milliarden Euro mit einem Zuwachs von circa 10 Milliarden. Setzt man dazu die jährlichen Ausgaben der Versicherungsunternehmen in Höhe von 22,77 Milliarden Euro (inklusive Ausgaben für Pflegeversicherung) in Rela-

tion, kann man getrost von einem beruhigenden Polster sprechen. Selbst wenn die Versicherer keinen Umsatz mehr verzeichnen würden, könnten noch fast siebeneinhalb Jahre lang Versicherungsleistungen ausbezahlt werden (ausgehend von den Leistungen des Jahres 2011)!³⁵

Was mit den Alterungsrückstellungen bei einem Tarif- oder gar einem Unternehmenswechsel geschieht, soll folgender Punkt verdeutlichen.

7.2 Portierung der Alterungsrückstellungen

Bis Ende des Jahres 2008 konnte ein privat Versicherter seine bis dato gebildeten Alterungsrückstellungen nicht zu einem anderen Unternehmen mitnehmen. Dies führte in vielen Fällen zu einer höheren Prämie beim neuen Versicherer. Ein häufiges Beispiel aus der Praxis: Ein Versicherungsnehmer war mit seiner Krankenversicherung nicht (mehr) zufrieden, da diese einen schlechten Kundenservice bot. Holte sich dieser ein Angebot einer anderen Versicherung ein, musste er sich oft über wesentlich höhere Beiträge wundern.

In vielen Fällen ist ein Wechsel für den Versicherten unökonomisch. Deshalb sollte man sich bereits bei Vertragsabschluss Gedanken machen, ob man sich langfristig an das Unternehmen binden möchte. In der Realität treten viele Probleme erst nach Vertragsschluss auf: Lange Bearbeitungszeiten von Anträgen, Nichtleistung oder geringe beziehungsweise keine Beitragsrückerstattungen. Unter anderem diese Gründe drängen Versicherungsnehmer dazu, sich eine andere Versicherung zu suchen – oft mit erheblichen Nachteilen.

Erst mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007 (GKV-WSG), welches im Zuge der Gesundheitsreform zum 01.01.2009 in Kraft trat, wurde ein Wechsel unter Mitnahme von Teilen der Alterungsrückstellungen zu einem neuen Unternehmen möglich.³⁶ Diese fallen meistens sehr unterschiedlich aus. Gründe hierfür sind unter anderem abweichende Rechnungsgrundlagen der

³⁵ Vgl. <http://www.pkv.de/zahlen/> [12.02.2013].

³⁶ Vgl. Rudolph, Jürgen, Von der Alterungsrückstellung bis zum Basistarif, S. 92.

Aktuare oder auch die Vielzahl der Tarife auf dem Markt. Um eine gewisse Einheitlichkeit für die Übertragung zu schaffen, legte der Gesetzgeber den Basistarif als verbindliches Hilfsmittel fest.

Zuerst wird die Alterungsrückstellung ermittelt, „die bei vergleichbarer Versicherungsdauer im Basistarif gebildet worden wäre“³⁷. Somit erhält man den sogenannten Übertragungswert, der zum neuen Versicherer mitgenommen wird. Derselbe wird dort beitragsmindernd angerechnet. Als letzter Schritt kann der Versicherungsnehmer bei seiner neuen Krankenversicherung eine Höherversicherung³⁸ beantragen – soweit dies erwünscht ist.

Die noch geringen Erfahrungswerte zeigen, dass eher gesunde Versicherte von der oben beschriebenen erleichterten Wechselmöglichkeit Gebrauch machen. Man kann gar die These aufstellen, dass mit zunehmendem Alter ein Versicherungswechsel immer unwirtschaftlicher wird. Im Umkehrschluss bedeutet dies: Relativ kranke Versicherte treffen bei einem Wechsel häufig auf höhere Prämien.

Wie in der kapitalgedeckten Krankenversicherung üblich, kann bei einer Höherversicherung eine Gesundheitsprüfung vom Versicherer abverlangt werden. Infolgedessen können aus Sicht des Versicherungsunternehmens „ungünstige Risiken“³⁹ nur in den Basistarif wechseln, was für den Kunden wiederum ein Verlustgeschäft darstellt. Ein Wechsel vom Normaltarif in den Basistarif eines anderen Unternehmens bringt jedoch faktisch keinerlei Vorteile. Wie bereits dargestellt, ist mit einem Wechsel meist auch der Wunsch nach einem höherwertigen Schutz verbunden. Diese Möglichkeit besteht jedoch nur, wenn das Risiko dem statistischen Durchschnitt entspricht, das heißt, wenn es nicht übermäßig höher ist. Demzufolge ist ein Wechsel nur für gesunde oder geringfügig erhöhte Risiken sinnvoll.⁴⁰

³⁷ Ebd., S. 84.

³⁸ Der neue Vertrag enthält mehr Leistungen, als dies im alten Vertrag der Fall war.

³⁹ Versicherungsjargon, die zu versichernde Person.

⁴⁰ Vgl. Rudolph, Jürgen, Von der Alterungsrückstellung bis zum Basistarif, S. 82-87.

Ein denkbares Szenario könnte sein: Viele relativ junge, gesunde Menschen wechseln. Dadurch wird der durchschnittliche Schadenbedarf der verbleibenden Versicherten erhöht, da diese a) nicht wechseln können oder b) ein Wechsel nicht sinnvoll ist. Die Konsequenz daraus wäre eine Erhöhung der Prämien.⁴¹

Seit Jahrzehnten problemlos hingegen sind unternehmensinterne Tarifwechsel unter Anrechnung der in der Vorversicherungszeit erworbenen Vorteile. Geregelt wird dies in § 204 (1) Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Schwierigkeiten ergeben sich bei näherer Betrachtung hingegen für das Versichertenkollektiv. Da § 204 VVG zum 01.01.2009 in Kraft trat, musste für alle ab diesem Zeitpunkt geschlossenen Verträge eine sogenannte „Ausscheidewahrscheinlichkeit“ einkalkuliert werden, was wiederum zu einer Benachteiligung der Bestandskunden führte. Zweck war eine zusätzliche Deckungsrückstellung, da die Alterungsrückstellungen nicht mehr an die Versichertengemeinschaft „vererbt“ werden konnten. Wie bei Gesetzgebungsverfahren üblich, wurde auch in dieser Angelegenheit nachgebessert – ersichtlich durch das „b“ in § 204 (1) Nr. 2b in Verbindung mit § 12 (1b) Satz 2 VVG. Diese Norm stellt eine Übergangslösung für Altbestände dar, das heißt für Verträge, die vor dem 01.01.2009 geschlossen wurden. Daher hatten auch Bestandskunden bis zum 30.06.2009 die Option eines Unternehmenswechsels unter Mitnahme ihrer Alterungsrückstellungen, die jedoch nur sehr wenige beanspruchten.

Zusammenfassend wirkt sich der neu geschaffene Übertragungswert letztendlich negativ für Bestandskunden aus. Im Gegensatz zur deutschen Sammlermentalität à la „Payback-Bonus“ oder „Deutschlandcard“ ist das System der privaten Krankenversicherung leider ein Beispiel dafür, dass sich Treue nicht immer lohnt. Was vom Gesetzgeber gut gemeint war, wurde schlecht umgesetzt, da die Interessen des Gros der Versichertengemeinschaft schlichtweg nicht beachtet wurden. Zudem ist es fachlich zweifelhaft, ob die Einführung des Übertragungswertes zu einer Wettbe-

⁴¹ Vgl. ebd., S. 92-93.

werbssteigerung führt. Dennoch ist die Maßnahme technisch realisierbar und deckt sich mit dem Äquivalenzprinzip.⁴²

Der These der steigenden Prämien in Verbindung mit dem Lebensalter wird durch eben genannte Argumente nur teilweise entsprochen. Ergebnis ist, dass der Beitrag mit dem Gesundheitszustand des Versicherten zum Zeitpunkt des Wechsels zusammenhängt. Da die Mitnahme der Alterungsrückstellungen jedoch nur teilweise erfolgen kann, ist ein Wechsel oft mit Mehrkosten verbunden. Durch die Einführung der Portabilität wird dem Verbraucher trotz allem mehr Flexibilität eingeräumt.

Durch welche Parameter sich Prämien verändern können, wird nachfolgend untersucht.

8 Prämien beeinflussende Faktoren

Im deutschen Gesundheitswesen zeichnet sich seit Jahren ein trendmäßiger Anstieg der Kosten ab. Während die Inflationsrate in der Volkswirtschaft bei circa 2 % liegt, ist die des Gesundheitssystems deutlich höher. Gründe dafür gibt es mehrere. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betragen die Ausgaben in der Rubrik „Gesundheit“ 1992 noch rund 158,7 Milliarden €. 2010 waren es bereits etwa 287 Milliarden. Davon entfielen rund 26,7 Milliarden auf die PKV. Den Löwenanteil von circa 165,5 Milliarden stemmte zwar der staatliche Versicherungsapparat, angesichts der Versichertenzahlen ist dies jedoch nicht anders zu erwarten.⁴³ Im Gegensatz zu ihrem gesetzlichen Pendant hat die PKV die Möglichkeit, die Kostensteigerung in Form von Prämienanpassungen an ihre Kunden weiterzugeben.

8.1 Medizinischer Fortschritt

Der wohl bedeutendste Faktor der Prämienbeeinflussung ist der medizinische und medizin-technische Fortschritt. Dazu zählen Innovationen in der Medizin, Medizintechnik sowie der Pharmazie. In der Fachsprache werden

⁴² Vgl. Ebd., S. 82-87.

⁴³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Anlage 11.

dabei Prozess- und Produktinnovationen unterschieden. Eine Prozessinnovation stellt eine Ablösung vorhandener Technologien oder Methoden durch effizientere dar. Häufig führt dies zu geringeren Kosten bei der Leistungserbringung. Konträr dazu können durch Produktinnovationen Krankheiten behandelt werden, die vorher nicht oder nicht in dieser Art behandelt werden konnten. Beispiele hierfür sind sowohl die immer präziser werdenden Instrumente der Endoskopie oder der Mikrochirurgie als auch neuartige Medikamente. Theoretisch könnten diese zu Kostensenkungen führen, tatsächlich sind sie wahre Kostentreiber. Allein die Forschung kostet enorme Summen an Mittel, die letzten Endes auf den Endverbraucher, den Patienten, umgewälzt werden. Der medizinisch-technische Fortschritt führt meist zu einer Lebensverlängerung, vollständige Gesundheit ist oft nur eine Ausnahme. Obwohl die Menschen früher relativ jünger starben, waren sie absolut gesehen gesünder. „Wir haben in Deutschland mit die meisten Nierenkranken in der ganzen Welt, aber nicht, weil unsere Medizin so schlecht ist, sondern weil sie so gut ist.“⁴⁴

Während die Mortalitätsraten sinken, steigt im Umkehrschluss die Lebenserwartung. Diese führt jedoch nicht zu gesunden fortgeschrittenen Jahren, sondern zu eher kranken. Neben der Lebenserwartung steigt gleichzeitig die Morbidität⁴⁵. So gibt es mehr und mehr Chroniker, die durch den medizinisch-technischen Fortschritt (künstlich) länger leben. Noch vor 100 Jahren kamen Krankheiten wie Herzfehler oder Nierenversagen einem Todesurteil gleich. Chroniker profitieren davon – zum Leidwesen der Krankenversicherungen. Ob es sich bei künstlichen Lebensverlängerungen tatsächlich um einen Vorteil handelt, sei dahingestellt.

Mit den medizinischen Neuerungen steigt auch die Nachfrage. Im Gesundheitswesen verhält es sich nicht anders als in der freien Marktwirtschaft: Das Angebot bestimmt die Nachfrage und umgekehrt. Die verstärkte Nachfrage wiederum führt zu einem Anstieg der Kosten. Der Anstieg

⁴⁴ Krämer, Walter, Hippocrates und Sisyphus – die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolges, In: Rationierung im Gesundheitswesen, Kirch, Wilhelm/Kliemt, Hartmut (Hrsg.), 2. Auflage, 1997, S. 12f, zitiert bei: Bürger, Marco, Zum Wettbewerb um Bestandskunden in der kapitalgedeckten Privaten Krankenversicherung, S. 40.

⁴⁵ (Medizinische) Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe.

der Kosten führt zu höheren Prämien. In der Literatur liest man deswegen häufig von einer „Kostenspirale“. Fraglich ist, ob diese praktisch unendlich oder ob eine Ende absehbar ist, das (zumindest in der PKV) die Risiken kalkulierbar macht. Auf lange Sicht scheint dieser Faktor an Signifikanz zu verlieren. Zwar steigt das durchschnittliche Lebensalter, bereits seit den 80er-Jahren gibt es hingegen Indizien, die dafür sprechen, dass es ein Maximum gibt. Der Traum von der Unsterblichkeit bleibt eine Illusion.

Private Krankenversicherer kalkulieren häufig mit zu geringen Kopfschäden und zeitgleich zu hoch ausgewiesenen Sterbewahrscheinlichkeiten. Die Folge sind regelmäßige Prämienanpassungen durch wiederholte Nachkalkulation.⁴⁶ Die in der Literatur viel zitierte Kostenexplosion ist meines Erachtens ein falsch gewählter Begriff. Vielmehr handelt es sich hierbei um einen langwierigen Prozess.

8.2 Änderung der Kalkulationsgrößen

Wie schon mehrfach erwähnt ist das individuelle Äquivalenzprinzip in der kapitalgedeckten Krankenversicherung auf Dauer ausgelegt. Meist weichen die tatsächlichen Schäden von den kalkulierten ab. So werden Prämienanpassungen unumgänglich. Doch wann sind diese gerechtfertigt? Ein altersbedingter Anstieg ist gesetzlich verboten und kommt daher nicht in Betracht. Im Falle abweichender Schäden spricht man vom versicherungstechnischen Risiko. Hierbei handelt es sich um ein Kollektivum, welches sich in Zufalls-, Irrtums- sowie Änderungsrisiko gliedert.

Das Zufallsrisiko ist das reine Nichtübereinstimmen von realisierten Kosten und kalkuliertem Erwartungswert. Letzterer kann überdies als korrekt kalkuliert unterstellt werden. Da der Erwartungswert üblicherweise nur sehr selten erfüllt wird, handelt es sich bei diesem Risiko um eine geläufige Streuung. Diese reguliert sich im Laufe der Zeit selbst.

⁴⁶ Vgl. Bürger, Marco, Zum Wettbewerb um Bestandskunden in der kapitalgedeckten Privaten Krankenversicherung, S. 39ff.

Das Irrtumsrisiko beschreibt die Abweichung vom korrekten Kalkulationswert. Dieser wird praktisch nie erreicht, weil die Schadenseintrittswahrscheinlichkeit oder der erwartete Schaden falsch angenommen wird.

Die dritte und letzte Risikoform ist das sogenannte Änderungsrisiko. Es stellt die Änderung der erwarteten Schadenhöhe oder Eintrittswahrscheinlichkeit dar. In der Krankenversicherung lassen sich Änderungen von Krankheiten (neue Krankheiten oder Aussterben), Änderungen von Behandlungskosten oder der medizinischen Möglichkeiten als Beispiele anführen.⁴⁷

Auch die Sterbetafeln werden regelmäßig an die steigende Lebenserwartung angepasst. Dies ist in der Prämienkalkulation zu berücksichtigen. Vergleicht man beispielsweise die Sterbetafeln der Jahre 2001 und 2004, steigen bei einem 30-jährigen Mann die Prämien bei Neuvertragsschluss um 2,9 %. Ausgegangen wird hier von einem Selbstbehalt von 325 €. Bei Bestandskunden sind die Auswirkungen noch deutlicher. Ein 40-jähriger Mann mit zehn Jahren Versicherungszeit zahlt circa 5,5 % mehr, ein 60-jähriger Mann mit 30 Jahren Versicherungszeit zahlt eine fast 17 % höhere Prämie.⁴⁸

8.3 Demografischer Wandel – das „Altenproblem“

In Deutschland gibt es immer mehr ältere Menschen. Die Bevölkerungsstruktur verschiebt sich peu á peu nach oben – pro Anteil der älteren Menschen, die in der Regel medizinisch behandlungsbedürftiger sind. Während man vor rund 100 Jahren noch von einem gesunden „Tannenbaum“ sprechen konnte, entwickelt sich die Struktur hin zu einer „Urnen-“ oder auch „Dönerform“. Im Jahr 1971 war der Anteil der Gestorbenen erstmals höher als die Zahl der Neugeborenen. In der Fachsprache werden Letztere auch als Lebendgeborene bezeichnet. Seither ist diese Entwicklungs-

⁴⁷ Vgl. ebd., S. 40-42.

⁴⁸ Vgl. Grabka, Markus M., Prämien in der PKV: Deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wochenbericht des DIW Berlin, Nr. 46/2006, 73. Jahrgang/15. November 2006, S. 653-659.

ausrichtung unverändert. Belastend hinzu kommt die steigende durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung.

Die Nettoreproduktionsrate bezeichnet das Verhältnis der Anzahl an Töchtern, die das gebärfähige Alter erreichen, zu einer Generation von 1000 Müttern. Während diese in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts noch bei 1,0 – 1,1 lag, betrug sie Anfang der Neunziger Jahre nur noch ca. 0,62.⁴⁹ Anno 2010 wurde sie zwar auf 0,67 beziffert, dennoch erreichte sie nur etwa 2/3 des Bestandhaltungsniveaus. Dieses wird vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung mit 1 angegeben.⁵⁰

Die Deutsche Vermögensberatung spricht in diesem Zusammenhang von einem „Gerassic-Parc“ – einer Bevölkerung, die zum Aussterben verdammt ist. Faktisch sterben in Deutschland seit mehr als 40 Jahren mehr Menschen als geboren werden. Faktisch wird 2020 ein Großteil der Erwerbsfähigen zwischen 50 und 64 Jahren alt sein und faktisch haben schon heute nur 39 % der 55 bis 64-Jährigen eine Arbeitsstelle. Doch wie kann dieser Entwicklung entgegengewirkt werden? De facto versucht der Staat seine Bürger zum Kinderkriegen anzuregen: Nur in Luxemburg gibt es mehr Kindergeld als in Deutschland, in der Rentenversicherung werden Kindererziehungszeiten mit dem Durchschnittsverdienst gleichgestellt, um keine finanziellen Einbußen im Alter zu erfahren oder auch die aktuell zur Debatte stehende „Kinderrente“ um nur einige Beispiele zu nennen. Doch leider vergebens. Die durchschnittliche Geburtenrate liegt derzeit bei 1,34 Kindern je Frau. Eine Geburtenrate von wenigstens 2,1 wäre nötig, um die Bevölkerung ohne Migration zumindest konstant zu halten. Selbst wenn dieser Schnitt erreicht wäre, würde die Abnahme und Alterung der Bevölkerung bis 2080 weitergehen, da die aktuelle Elterngeneration derart ausgedünnt ist. Kritiker sprechen von überzogenen negativen Prognosen, da Deutschland eine hohe Immigrationsrate aufweist. Tatsächlich müsste der Staat bis 2050 etwa 190 Millionen Menschen aufnehmen, da die zugewanderten Bürger selbst nur 1,4 Kinder im Schnitt zur Welt bringen. Ob

⁴⁹ Vgl. Graalman, Jürgen, Beitragsentlastungskomponenten in der privaten Krankenversicherung, 1997, S. 15.

⁵⁰ Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Anlage 9.

bis zu diesem Zeitpunkt derart viele Menschen ein Leben bei uns anstreben, wäre äußerst optimistisch ausgedrückt.⁵¹

In nachfolgender Abbildung wird die Bevölkerungsstruktur in Deutschland aus dem Jahr 2010 dargestellt. Das Statistische Bundesamt geht dabei von einer annähernd konstanten Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern je Frau aus. Zusätzliche Annahmen sind eine durchschnittliche Lebenserwartung eines Neugeborenen im Jahr 2060 von 85,0 Jahren für einen Jungen und 89,2 Jahren für ein Mädchen. Darüber hinaus wird von einem jährlichen Wanderungssaldo von mehr als 100000 Personen ausgegangen. Wanderungssaldo bezeichnet eine Messgröße der Demografie und stellt die Differenz zwischen Zu- und Abwanderung in einem vordefinierten Zeitraum und Gebiet von beziehungsweise nach außen dar. Der Bezugsraum ist dabei variabel und kann zum Beispiel Gemeinden, Bundesländer oder Staaten umfassen. In diesem Sachverhalt ist Letzteres der Fall.

Bei genauerer Betrachtung der Altersgruppen befinden sich 15 Millionen Menschen bei den unter 20-Jährigen, 49,7 Millionen bei den 20 bis 64-Jährigen sowie 16,8 Millionen bei den über 65-Jährigen. Die Einteilung in diese drei Altersgruppen lässt sich wie folgt interpretieren: Unter 20 Jahre sind die (zumeist) noch nicht Erwerbstätigen. Der meist umfassendste Zeitraum von 20 bis 64 Jahren sind die Erwerbstätigen und abschließend die nicht mehr arbeitende Bevölkerung mit 65 Jahren und mehr. 2010 befand sich das Gros in der mittleren Altersstruktur, genauer gesagt 61 %. Die unter 20-jährigen machten 18 % der Bevölkerung aus, die älteren Menschen mit 21 % annähernd ein Viertel.

⁵¹ Vgl. Präsentation der Deutschen Vermögensberatung, Dreimal staatliche Förderung, Riesterrente, Basisrente, baV, Folie 3-7, Anlage 2.

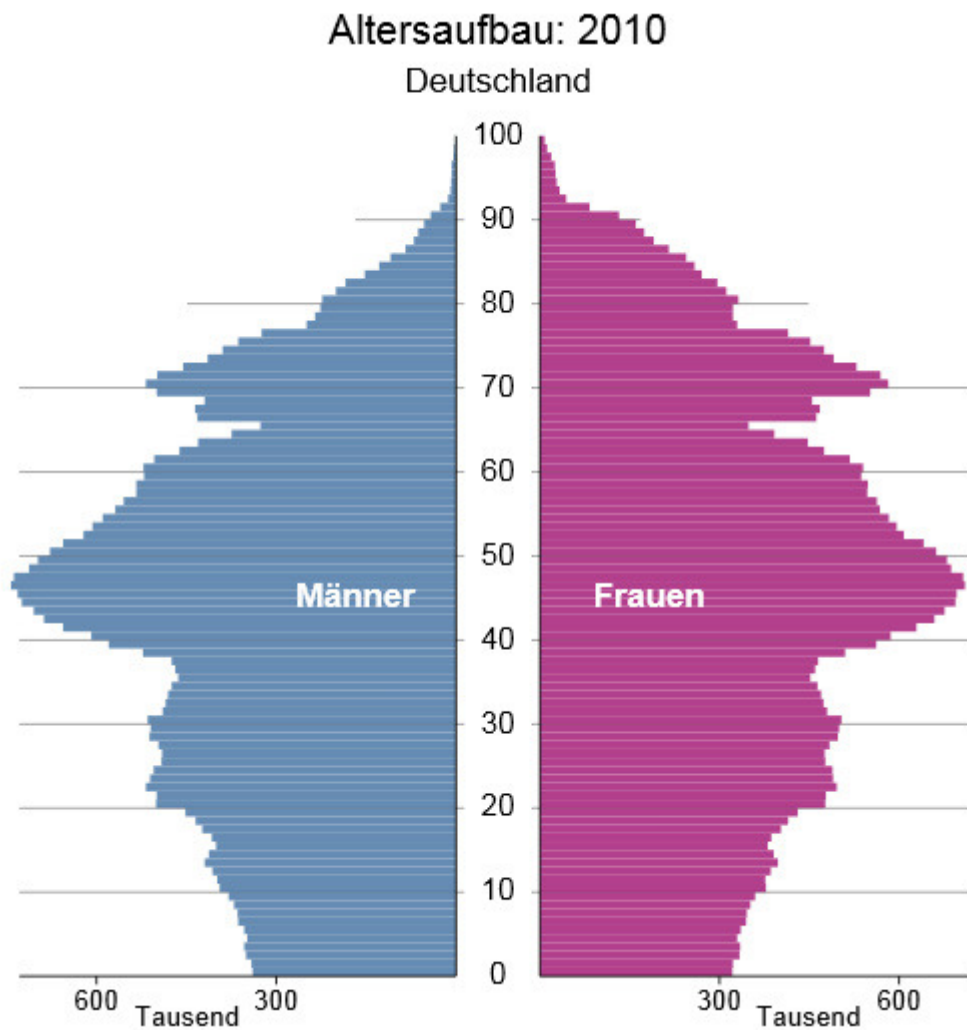


Abbildung 3: Bevölkerungsstruktur im Jahr 2010, Quelle: Statistisches Bundesamt, Anlage 13.

Geht man von den oben beschriebenen Annahmen aus, wird sich die Bevölkerungsstruktur im Jahr 2060 wie nachfolgend abgebildet darstellen. Die unter 20-Jährigen werden mit 10,1 Millionen nur noch 16 % der Gesamtbevölkerung ausmachen. Die Mehrheit werden mit 32,6 Millionen und umgerechnet 50 % der Gesamtbevölkerung immer noch die Erwerbstätigen ausmachen. Allerdings ist eine eindeutige Verschiebung nach oben zu beobachten. Die über 65-Jährigen werden mit 22 Millionen Menschen insgesamt 34 % ausmachen, was unter anderem zu drakonischen Folgen

im Bereich der Sozialversicherung führen und das System möglicherweise an die Grenze der Finanzierbarkeit bringen könnte.⁵²

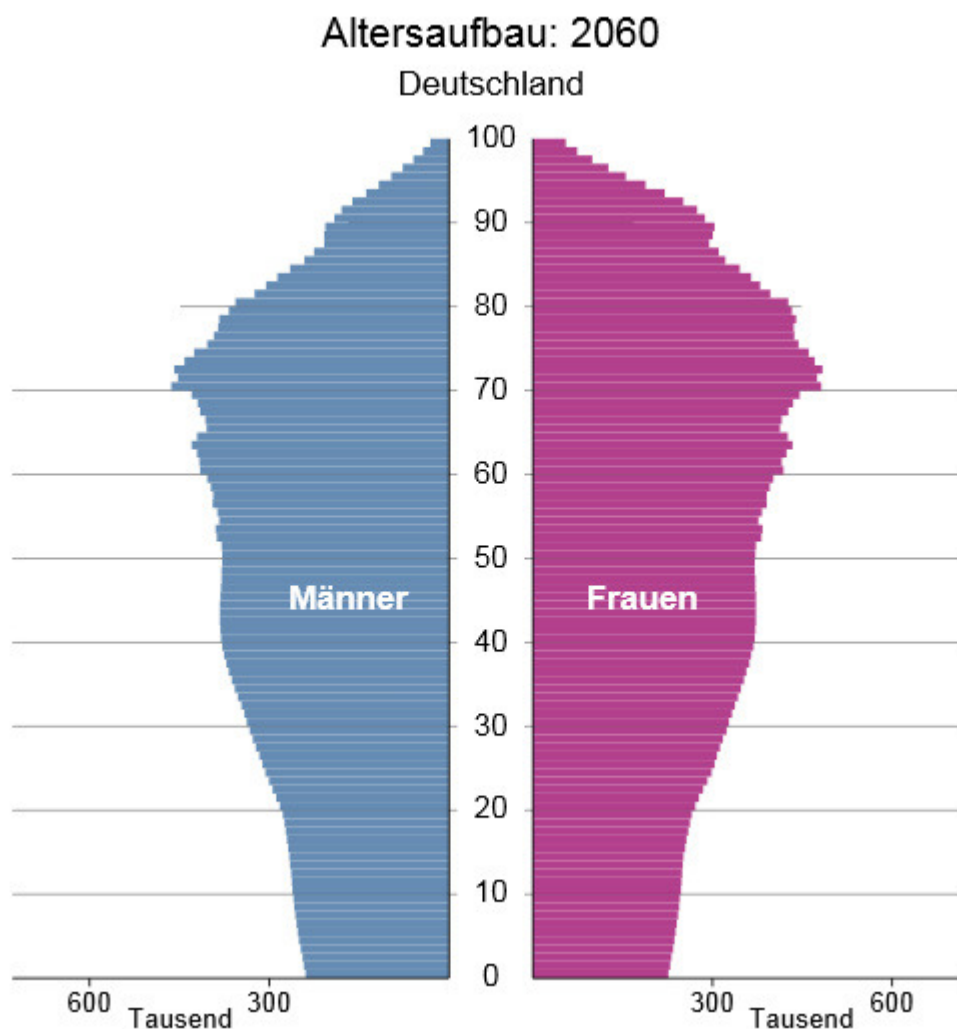


Abbildung 4: Bevölkerungsstruktur im Jahr 2060, Quelle: Statistisches Bundesamt, Anlage 14.

In den nächsten 40 Jahren wird sich die Zahl der über 80-Jährigen verdreifachen. Gleichzeitig wird sich die Zahl der Erwerbstätigen um ein Drittel reduzieren. Dieser drastische Wandel der Bevölkerungsstruktur wird insbesondere Auswirkungen auf unser Sozialsystem haben. Ein wesentlicher Gesichtspunkt stellt dabei die Finanzierung des Gesundheitswesens dar. Im Schnitt liegen die Gesundheitskosten in Deutschland bei etwa

⁵² Vgl. ebd.

3100 € pro Kopf und Jahr. Bei den über 85-Jährigen liegen sie bei 14840 €, ergo fast das Fünffache.

Es ist davon auszugehen, dass der demografische Wandel für die gesetzliche Krankenversicherung weitaus gravierendere Folgen haben wird, als für ihr privates Pendant. Hauptgrund dafür wird vor allem die Finanzierung des Systems an sich sein. Weil beim Umlageverfahren der GKV die Beitragseinnahmen umgehend zur Bezahlung der laufenden Ausgaben und Rücklagen nicht vorgesehen sind, stößt dieses System zusehends an die Grenze der Finanzierbarkeit. Immer weniger Versicherte zahlen ein und immer mehr Menschen benötigen Leistungen aufgrund ihres höheren Alters. Die Spitzenbelastung der demografischen Entwicklung steht uns allerdings erst bevor. Deshalb ist absehbar, dass unsere Kinder und Kindeskinde massiv durch steigende Beiträge und Steuern belastet werden. Fraglich ist, wie die Regierung auf dieses Problem in Zukunft reagieren wird.

Praktisch bestünde die Möglichkeit einer grundlegenden Systemänderung. Im Gespräch ist zum Beispiel die Einführung einer Bürgerversicherung, welche in Kapitel 10 erläutert wird. Alternativ könnte der Gesamtsozialversicherungsbeitrag stufenweise angehoben werden, was mehr oder weniger jetzt schon automatisch passiert. Im Jahr 1970 betrug dieser noch 26,5 %, 2010 waren es bereits 39,55 %. Dies entspricht einer Beitragssteigerung von insgesamt 49,2 % in allen Sparten der Sozialversicherung.⁵³ Wenn die Entwicklung dementsprechend weitergeht, kann man davon ausgehen, dass der Gesamtsozialversicherungsbeitrag bis 2050 auf über 60 % ansteigen wird.⁵⁴

⁵³ Vgl. Präsentation, Krankenversicherung – Kostenfalle???, die private Zusatz- und Vollversicherung mit Pflege, S. 11-15, Anlage 1.

⁵⁴ Vgl. Präsentation, Krankenversicherung – Kostenfalle???, die private Zusatz- und Vollversicherung mit Pflege, S. 15, Anlage 1.

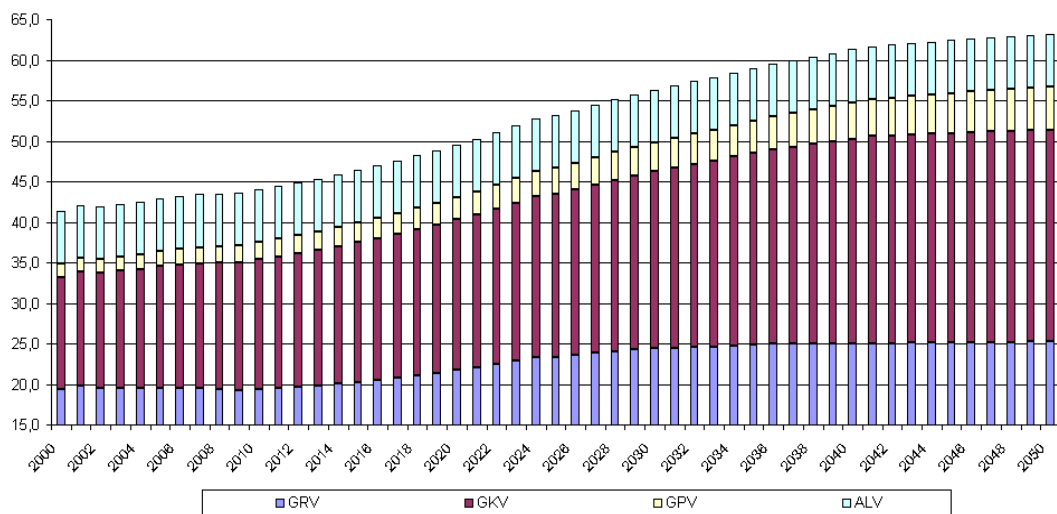


Abbildung 5: Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags, Quelle: Präsentation, Krankenversicherung – Kostenfalle???, die private Zusatz- und Vollversicherung mit Pflege, S. 15, Anlage 1.

Um die Prämien im Alter mehr oder weniger moderat zu gestalten, gibt es für den Versicherungsnehmer diverse Möglichkeiten, welche im folgenden Kapitel dargestellt werden.

9 Möglichkeiten der Beitragsentlastung (im Alter)

9.1 Versichererwechsel

Viele Versicherte ziehen einen Versichererwechsel in Betracht, um ihre Prämien zu reduzieren. An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob dies sinnvoll ist oder ob ein Verbleib beim gegenwärtigen Versicherungsunternehmen ökonomischer wäre. Zunächst ist zu erwähnen, dass die Gesellschaften der privaten Krankenversicherung in einem Wettbewerb zueinander stehen. Diese Tatsache ist selbstredend förderlich für den Verbraucher, da es so zu einem Bestreben nach qualitativ gutem Service und einer gesunden Tarifpolitik kommt. Da im Gegensatz zum gesetzlichen Krankenversicherungssystem kein Kontrahierungszwang für den Versicherer besteht, existiert für den Antragsteller stets die Gefahr einer Ablehnung. Wegen diesem Gesichtspunkt sollte eine PKV ohne die vorherige Zusage eines anderen Versicherungsunternehmens auch niemals gekündigt werden. In

diesem Fall wäre einzig eine Versicherung im Basistarif möglich. Außerdem sollte sich der Versicherte seines Gesundheitszustandes bewusst sein. Gibt es eventuelle Krankheiten, die während des Versicherungsverhältnisses aufgetreten sind? Bestehen sonstige erhöhte Risiken?

Als Versicherungsnehmer wird ein individueller Vertrag mit dauerhafter persönlicher Beziehung mit der Versicherungsgesellschaft geschlossen. Dies wirkt sich in vielen Fällen positiv für den Kunden aus, da die Gesundheit mit steigendem Alter mehr und mehr beeinträchtigt wird. Der Vertrag bleibt aber derselbe. Lediglich die Prämie kann angepasst werden. Mit der Vertragsdauer können tarifliche Leistungen zum Vorteil für den Versicherer steigen. Summarisch lässt sich sagen, dass ein bestehender Vertrag in der Regel Vorteile für den Versicherungsnehmer bietet, da ein neuer Vertrag mit Risikozuschlägen oder weniger Leistungen abgeschlossen werden könnte.

Im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht des Antragstellers müssen frühere Krankenhausaufenthalte und Heilbehandlungen angegeben werden. Der ersuchte Versicherer hat dann drei Optionen:

1. Im besten Fall kann die Krankheit zur Normalprämie eingeschlossen werden,
2. der Beitrag wird um einen Risikozuschlag erhöht oder
3. der Versicherer behält sich einen Leistungsausschluss vor.

Darüber hinaus sollte man aus Sicht des Versicherungsnehmers die Wartezeiten beachten. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate, für Entbindung, Kieferorthopädie oder psychotherapeutische Leistungen gilt gar eine achtmonatige Wartezeit. Während diesem Zeitraum hat der Versicherer einen leistungsfreien Zeitraum. Treten unterdessen ernsthafte Erkrankungen auf, könnten diese zu erheblichen finanziellen Belastungen führen.

Wie bei den meisten privatrechtlichen Verträgen müssen auch bei einer privaten Krankenversicherung Kündigungsfristen eingehalten werden. Diese betragen in der Regel drei Monate zum Ende eines Versicherungsjahres. Unter Umständen kann dies zu einer doppelten Beitragsbelastung

führen, wenn der Versicherungsbeginn beim neuen Versicherer zu früh geschlossen wird.

Die Prämien in der PKV richten sich unter anderem nach dem Umfang des Versicherungsschutzes, Gesundheitszustand und Alter bei Antragstellung. Bei einem Versichererwechsel kann das Alter naturgemäß nur höher sein und oftmals ist auch der Gesundheitszustand schlechter als zuvor. Aus diesem Grund ist auch die Prämie meist teurer. Hinzu kommt auch noch der in Kapitel 4.2 erläuterte gesetzliche Beitragszuschlag. Altverträge, die vor dem 01.01.2000 geschlossen wurden, sind von diesem ausgenommen. Bei einem Wechsel wird dieser jedoch neu erhoben – ein weiterer prämienbelastender Faktor.⁵⁵

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auf jeden Fall der Zeitpunkt des Wechsels und der bis dato bestehende Gesundheitszustand wichtig sind. Da die Versicherungsverhältnisse und die damit einhergehenden kalkulierten Prämien auf Dauer ausgelegt sind, ist ein Wechsel des Versicherungsunternehmens prinzipiell für jüngere Versicherte sinnvoll. Da die Gesundheit ein naturgemäß degeneratives Gut darstellt, haben relativ ältere Versicherte deshalb einen entschiedenen Nachteil. Für Versicherungsnehmer, die sich auch in fortgeschrittenem Alter einer guten Gesundheit erfreuen, stellt der Versichererwechsel eine Option dar, da seit geraumer Zeit die Alterungsrückstellungen portabel sind und somit erworbene Rechte nicht verloren gehen.

9.2 Tarifwechsel

Durch das GKV-WVG wurde das gesetzliche Tarifwechselrecht in der kapitalgedeckten Krankenversicherung grundsätzlich beibehalten. Einschlägige Rechtsgrundlage ist hier § 204 (1) Nr. 1 VVG. Merkbare Änderungen ergeben sich vor allem für Bestandskunden mit Vertragsschluss vor 01.01.2009. Wie der Name schon vermuten lässt, ist der Zweck des Gesetzes in erster Linie eine Verstärkung des Wettbewerbs in der gesetzli-

⁵⁵ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung, Lohnt der Wechsel innerhalb der PKV?, Anlage 21, S. 2-5.

chen Krankenkasse. Doch auch die PKV soll dadurch einen verstärkten Konkurrenzkampf erfahren. Bis dato war dieser primär auf die Neukundenakquise beschränkt. Verantwortlich dafür waren hauptsächlich die nicht mitnahmefähigen Alterungsrückstellungen.

Als prämiensenkendes Mittel des Tarifs- und/oder Versichererwechsels wurde vom Gesetzgeber der in Kapitel 6 erläuterte Basistarif eingeführt. Die nachhaltigste Neuerung ist sicherlich die nun mögliche Portierung der Alterungsrückstellungen. Praktischerweise wird ein Wechsel in den Basistarif eines neuen Versicherungsunternehmens nach § 204 (1) Nr. 2b VVG für Altkunden keine sinnvolle Lösung sein. Vom Gesetz profitieren können hingegen gesunde Vollversicherte, die in einen Normaltarif eines anderen Anbieters wechseln.

Wie bereits beschrieben besteht für den Versicherer im Basistarif ein Kontrahierungszwang. Eine mögliche Folge dessen könnte eine schlechte Risikomischung der Versicherungsnehmer sein. Dies wiederum würde zu einer Preissteigerung in anderen Tarifen führen, aus denen dann relativ viele Kunden flüchten und in andere Tarife wechseln. In dargelegtem Fall wären insbesondere verhältnismäßig kleine Versicherungsgesellschaften mit vergleichsweise wenigen Kunden betroffen. Für diese könnte eine hohe Fluktuation existenzbedrohende Ausmaße erreichen.

Relativ kranken Versicherungsnehmern bleibt ohnehin nur ein Wechsel in den Basistarif. Dabei spielt es keine Rolle, ob dies beim bisherigen oder bei einem anderen Versicherungsunternehmen geschieht, da die Preise branchenweit ähnlich sind. In der Politik wurde das im letzten Absatz beschriebene Problem offensichtlich erkannt, da eine Änderung der Kalkulationsverordnung vorgesehen ist. So soll der durch den Gesetzgeber verschuldeten Risikoentmischung entgegengewirkt werden.

Ein Wechsel vom Basistarif in normale Krankheitskostentarife ist grundsätzlich möglich, da das Gesetz keine Einschränkungen vorsieht. Fraglich ist nur, ob dies kostengünstiger sein kann als der Basistarif. Nach § 204 (1) Nr. 1 VVG kann der Versicherer einen Risikozuschlag erheben, der bei Aufnahme des Basistarifs galt. Diese Tatsache würde sich selbstverständ-

lich wiederum Prämien steigernd auswirken. Nach dem juristischen Grundsatz „lex specialis derogat legi generali“ (spezielles Recht bricht allgemeines Recht) ist die Vorschrift des § 193 (5) Satz 1 VVG vorrangig des § 204 anzuwenden. § 193 regelt den Kontrahierungszwang im Basistarif. Wird bei einer Risikoprüfung bei Wechsel in den Basistarif gem. § 203 (1) Satz 3 VVG eine Nichtversicherbarkeit in einem Normaltarif festgestellt, kann der Versicherer einen späteren Wechsel in einen Normaltarif ausschließen. Die Legitimation solcher Prüfungen ergibt sich aus § 204 (1) Satz 1 Nr. 1 dritter Halbsatz VVG. Demnach sind bei Mehrleistungen auch Leistungsausschlüsse und Wartezeiten zulässig.

Indiz dafür ist die explizite Begrenzung des Kontrahierungszwangs auf den Basistarif durch den Gesetzgeber. Bei praktischer Überlegung ist diese Regelung absolut fundiert. Es könnte sein, dass der Basistarif missbraucht würde: Versicherte, die in einem Normaltarif abgelehnt wurden, könnten theoretisch zuerst in den Basistarif wechseln und kurze Zeit später in einen anderen Tarif. Somit wäre die Hürde „Risikoprüfung“ umgangen.⁵⁶

9.3 Beitragsentlastungsprogramm

Bei den Versicherungsunternehmen werden die Worte „Beitragsentlastungsprogramm“ oder „-tarif“ bewusst vermieden, da der potenzielle Kunde dadurch auf den Gedanken an teure Tarife kommen könnte. In der Literatur hingegen sind sie durchaus gebräuchlich. Wichtig ist, dass es sich dabei um keinen selbstständigen Tarif, sondern vielmehr um besondere Vereinbarungen oder integrierte Komponenten von Krankheitskostentariifen handelt. Sie beinhalten keine Krankenversicherungsleistungen wie Krankheitskostenleistungen oder Krankenhaustagegeld. Durch eine modifizierte Beitragszahlung soll viel mehr der Beitragszahlungszeitpunkt verlagert werden. Ähnlich den Alterungsrückstellungen soll so eine zusätzliche Deckungsrückstellung gebildet werden. Dieser Zusatzbeitrag wird in

⁵⁶ Vgl. Marko, Volker, Private Krankenversicherung nach GKV-WSG und VVG-Reform, 2009, S. 48-57.

jungen Jahren erhoben, um so die Prämie im Alter zu entlasten. Die Bildung erfolgt ebenfalls immer im Kollektiv und niemals individuell.

Bei der zusätzlichen Rückstellung handelt es sich nicht um eine zusätzliche Anhebung der Alterungsrückstellung, sondern um eine weitere eigenständige Reserve. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei nämlich nicht auf dem Auffangen von erhöhten Gesundheitskosten im Alter. Vielmehr sollen durch die Entlastungskomponenten aufgebaute Rückstellungen die oben beschriebenen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ausgleichen. Darüber hinaus sollen daraus resultierende Beitragsanpassungen aufgrund des demografischen Wandels nivelliert werden.

In der Literatur liest man im Zusammenhang mit den Beitragsentlastungskomponenten häufig von einem Rentenbaustein in der Krankenversicherung. Experten sind sich dabei geteilter Meinung. Kritiker sprechen vielmehr von einer einheitlichen Krankheitskostenvollversicherung. Nach Lage der Dinge vermindert sich durch den Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung die zu entrichtende Prämie. Dabei ist die Höhe individuell vereinbar und tritt meist ab einem bestimmten Alter ein.

Seit Mitte der 1990er Jahre werden derartige Modelle von den Versicherungsunternehmen angeboten. Erhebungen weisen auf deutliche Differenzen bei den Bestandsgrößen der Versicherten hin, die Entlastungskomponenten in ihrem Vertrag vereinbart haben. Dies deutet darauf hin, dass das vor allem an der Aufklärung durch die Versicherer liegt. Viele Versicherte haben keinerlei Kenntnis über derartige Unterfangen, den Beitrag im Alter stabil zu halten bzw. zu senken.

Zu den Modalitäten ist zu sagen, dass vor allem der Zeitpunkt der Ermäßigung, das Eintrittsalter sowie die maximale Beitragsermäßigung relevant sind.

Üblicherweise sinken die Prämien nach einem abgeschlossenen Beitragsentlastungsprogramm ab dem 65. Lebensjahr – allerdings nur auf den ersten Blick. Die Formulierungen der Versicherer reichen hierbei von „[a] b dem 1. Des Monats, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr

vollendet“⁵⁷ (Central) bis hin zu „[a] b Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person [...] bei BSP70 das 70. Lebensjahr vollendet“⁵⁸ (DBV). Gerade bei letzterer Formulierung kann es für den Versicherten so zu einer Differenz von bis zu einem Jahr kommen. Dies trifft für Personen zu, die im Dezember geboren wurden.

Beim Aspekt des Eintrittsalters gibt es unternehmensindividuelle Unterschiede. Am wichtigsten ist sicherlich das Höchsteintrittsalter. Getreu dem Äquivalenzprinzip in der PKV gilt die Devise je früher desto besser. Versicherte, die seit langer Zeit an einem Entlastungsprogramm partizipieren, zahlen eine deutlich geringere Zusatzprämie als relativ ältere, die noch nicht lange diese Ambitionen verfolgen. Dabei reicht die Spanne des Höchsteintrittsalters von 54 Jahren bis hin zu 69 Jahren. Bei Letzterem ist eine Inanspruchnahme der niedrigeren Prämie allerdings erst mit 75 Jahren möglich.

Interessant ist ohne Frage auch der Gesichtspunkt der maximalen Beitragsermäßigung. Hierbei gibt es wiederum unternehmensbezogene erhebliche Divergenzen. Die Spanne reicht von maximalen Beträgen in vergleichsweise geringer Höhe bis zum 1,5-Fachen des Beitrages zum ursprünglichen Eintrittsalter. Der Großteil der Versicherungsgesellschaften bewegt sich auf einem Niveau von 50 % des monatlich zu zahlenden Beitrags.⁵⁹

Seit geraumer Zeit steht in Deutschland die Einführung eines Einheitssystems zur Debatte, der sogenannten Bürgerversicherung. Sie hat zum Ziel, dem demografischen Wandel entgegenzuwirken.

10 Ausblick

10.1 Die Bürgerversicherung

Durch die Simultanität von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen in Deutschland gibt es für die Gesamtbevölkerung eine gute medizini-

⁵⁷ Graalman, Jürgen, Beitragsentlastungskomponenten in der privaten Krankenversicherung, S. 50.

⁵⁸ Ebd., S. 50.

⁵⁹ Vgl. ebd., S. 41-61.

sche Versorgung ohne nennenswerte Wartezeiten. Die zur Debatte stehende Bürgerversicherung stellt ein einheitliches Krankenversicherungssystem dar, in welchem sich jeder Bürger zwangsversichern müsste. Das größte Problem, was in der Politik entweder umschrieben oder bewusst verschwiegen wird, ist wohl die Belastung der Mittelschicht. Je nach Modell soll die Beitragsbemessungsgrenze für Arbeitnehmer oder Arbeitgeber erhöht werden. Im Gespräch ist auch die Berücksichtigung von Kapital- oder Mieterträgen – ein bis dato nur aus dem Steuerrecht bekanntes Vorgehen. So könnte die Bürgerversicherung für Millionen von Arbeitnehmern und Selbstständigen teurer werden.

10.1.1 Das Modell der Grünen

Angenommen wird ein Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2013 von 15,5 %. Bei Bestandsschutz für die heute Privatversicherten erlaubt die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von 47250 € auf das Niveau der Rentenversicherung von 69600 € eine Beitragssatzsenkung um 0,5 Prozentpunkte. Des Weiteren ist eine Rückkehr zur Beitragsparität zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer vorgesehen. Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, sollen weitere Einkommensarten wie Kapital- oder Mieterträge miteinbezogen werden. Zwar würde dies zu einer weiteren Beitragssatzsenkung um 0,4 Prozentpunkte führen. Somit läge der Beitragssatz bei 14,6 %. Was sich zunächst gut anhört, entpuppt sich im Detail als Kostenfalle. Die Krux liegt eindeutig bei der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. Für einen Informatiker mit 58000 € Jahresgehalt würde dieses Modell insgesamt 15,6 % teurer werden, für einen angestellten Arzt mit 88000 € Jahressalär gar 38,7 %. Das Modell der SPD stellt sich wie folgt dar.

10.1.2 Das Modell der SPD

Die SPD hat auf ihrem Parteitag den Einstieg in eine Einheitsversicherung beschlossen. Es wird wiederum von einem Beitragssatz von 15,5 % im Jahr 2013 ausgegangen. Bei diesem Modell würde sich der Beitrag aus

einem Arbeitgeberanteil von 7,1 % und einem Arbeitnehmeranteil von 7,6 % zusammensetzen, also insgesamt 14,7 %. Die Sozialisten sehen dabei eine Beitragsbemessungsgrenze von 47250 € für die Beschäftigten vor. Für Selbstständige soll diese jedoch abgeschafft werden. Dies würde für die meisten Unternehmer eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung bedeuten. Außerdem führt dieses Konzept zu massiven Beitrags- und Steuererhöhungen. Entgegen dem Arbeitnehmerschutz, welchen sich die SPD im eigentlichen Sinne auf die Fahnen schreibt, könnte dieses Konzept zu einer enormen Minderbezahlung führen. So würden qualifizierte und innovative Arbeitsplätze finanziell belastet werden.

10.2 Fazit zur Bürgerversicherung

Meines Erachtens ist die Bürgerversicherung gleichbedeutend einem Ende des gewinnbringenden Wettbewerbs zwischen dem dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland. Sie bietet eine einheitliche, gesetzlich festgeschriebene Grundversorgung. Wahlmöglichkeiten der Versicherten wie zum Beispiel Wahltarife in der GKV werden stark reduziert, beziehungsweise gehen gegen null. Darüber hinaus könnten Rationierungen medizinischer Leistungen wesentlich leichter durchgesetzt werden, da der Staat Monopolist wäre. In diesem Fall würde es zu viel längeren Wartezeiten kommen, wie es in Großbritannien gang und gäbe ist. Des weiteren besteht in der Bürgerversicherung die Gefahr eines Schwarzmarktes. Finanziell besser gestellte Versicherte könnten durch Barzahlung eine bessere medizinische Versorgung suchen. Belasten würde dies im Umkehrschluss die finanziell schwächeren und käme einer wahren Zweiklassenmedizin gleich. Somit müsste der Staat gegen sich selber vorgehen, ein Vorhaben, was ad absurdum geführt wird, da er dadurch gleichzeitig seine Souveränität aufgeben würde.

Was die Modelle der oben angeführten Parteien vereint ist eine Sonderabgabe auf hochwertige Arbeitsplätze. Je höher das Gehalt, desto teurer wird der Beitragssatz. Einziger Nutznießer wäre der Staat – jedoch auch

nur dem Augenschein nach.⁶⁰ Die Umschreibung der Bürgerversicherung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung trifft den Nagel auf den Kopf, denn „[g]ut ist nur der Name.“⁶¹

11 Fazit

Das Thema steigende Prämien in der PKV wird von den Medien oft künstlich idealisiert. Teilweise ist dies auch auf Lobbyismus zurückzuführen. Natürlich besteht zwischen den Systemen der PKV und der GKV ein Konkurrenzdenken. Dabei wird für sich selbst schlüssigerweise die Werbetrommel gerührt – über den Antagonisten jedoch nicht nur Gutes berichtet. Ersichtlich wird dies zum Beispiel beim Thema Verwaltungskosten: Beide Branchen führen Studien durch, deren Ergebnis aufzeigt, dass man selbst das „Non-Plus-Ultra“, das gesetzliche bzw. private Äquivalent hingegen ein Abzocker ist. Solche Erhebungen sollten stets kritisch hinterfragt werden. Am besten ist es, nach Studien eines Neutrums zu suchen, die zum Beispiel Wirtschaftsmagazine oder Ratingagenturen anbieten. In der Tat sind die Verwaltungskosten in der PKV nicht so hoch, wie sie von der Techniker Krankenkasse dargestellt werden. Ein seriös wirtschaftendes Versicherungsunternehmen muss versuchen, die Verwaltungskosten so gering wie möglich zu halten, da sich diese indirekt auf die Prämien auswirken. Gerade wegen des großen Konkurrenzkampfes am Markt sollten die Beiträge möglichst gering sein. Dies spiegelt sich unter anderem in der Neukundenakquise wieder und kommt sowohl Neu- als auch den Bestandskunden zugute.

Die Einführung des Standardtarifs stellte eine erste soziale Komponente im System der PKV dar. Durch die Ausweglosigkeit vieler Menschen, die sich die PKV nicht mehr leisten konnten (vor allem Selbstständige), sah sich der Gesetzgeber zum Handeln gezwungen. Dieser Schritt war meines Erachtens auch dringend notwendig. Das Prinzip wird heute durch den Basistarif fortgesetzt.

⁶⁰ Vgl. <http://www.pkv.de> [31.03.2013].

⁶¹ Ebd. [31.03.2013].

In einem Sozialstaat wie Deutschland ist es unabdingbar, eine finanzierbare Krankenversicherungsmöglichkeit für alle Menschen zu schaffen. Man kann niemanden aus dem Personenkreis der GKV ausschließen und diesen dann ins offene Messer laufen lassen, um dann in der PKV horrenden Prämien zahlen zu müssen. Gerade bei Selbstständigen ist dies besonders tragisch, da diese keinen Arbeitgeber haben, der einen Teil der Beiträge finanziert. Dieses Problem bestand seit Anbeginn der Sozialversicherung unter Bismarck und wurde erst vor geraumer Zeit erkannt. Die Lösung trägt den Namen Basistarif, denn somit kann der Höchstbeitrag nicht mehr teurer sein als in der GKV. Bei anschließender immer noch bestehender Hilfebedürftigkeit greift gar der Staat ein, indem er die Prämien partiell mitträgt. Die Einführung des Basistarifs ist für die Versicherungsgesellschaften aufgrund des Kontrahierungszwangs und ungünstiger Risikomischungen sowie dem Risikoausgleich zwar finanziell unattraktiv, aber absolut gesehen notwendig.

Bei der Auswahl einer privaten Krankenversicherung ist es ratsam, ein großes Versicherungsunternehmen mit einem großen Kundenstamm zu wählen. Diese Gesellschaften sind in der Regel relativ alt und verfügen über die nötige Erfahrung, um solide zu wirtschaften und zu kalkulieren. Bei relativ vielen Bestandskunden ist zudem eine gute Risikomischung des Versicherers möglich, was zu stabileren Beiträgen führt.

Wichtig ist es auch, bei Vertragsschluss auf den Rechnungszins zu achten. Dieser liegt üblicherweise bei 3,5 % und sollte auch nicht weniger betragen. Aus dem Rechnungszins werden die Gewinne erwirtschaftet (durch den Überzins), welche letztendlich teilweise in Form von Beitragsrückerstattungen den Versicherten zufließen. Indirekt wirken sich die Gewinne wiederum auf die Prämienhöhe aus. Ergo können die Prämien geringer kalkuliert werden, wenn der Versicherer Gewinne erwirtschaftet.

Um die wichtigsten Kapitel dieser Arbeit, die Prämien beeinflussenden Faktoren sowie die Beitragsentlastung, zusammenzufassen, lässt sich folgender Schluss ziehen:

Der medizinische Fortschritt ist nicht aufzuhalten und selbst der Versuch darf nicht unternommen werden. Die Gesundheit ist schlichtweg das höchste Gut des Menschen. Wäre es dabei nicht verwerflich, aus Kostengründen auf die Erhaltung dessen zu verzichten?

Auch der demografische Wandel kann nicht beeinflusst werden. In der Hinsicht des steigenden Alters aufgrund der besseren medizinischen Möglichkeiten schon, aber absolut gesehen nicht. Solange die Spezies „Mensch“ nicht unsterblich geworden ist, wird sich auch dieses Problem biologisch lösen. Die Generation der „Babyboomer“ der 50er und 60er Jahre des letzten Jahrhunderts wird in der Bevölkerungsstruktur peu à peu nach oben durchgereicht, wodurch sich dieses „Problem“ im Laufe der Zeit selbst reguliert. Somit handelt es sich hierbei nur um eine temporäre Erschwernis der Finanzierbarkeit.

Zu den Möglichkeiten der Beitragsentlastung kann man sagen, dass nicht alle gleichermaßen geeignet sind. Um eine Hierarchie der in dieser Arbeit vorgestellten Optionen zu erstellen, käme meines Erachtens das Beitragsentlastungsprogramm ganz oben auf das Siebertreppchen. Der Tarifwechsel und letztendlich der Versichererwechsel kämen auf die Ränge zwei und drei.

Gerade der Wechsel des Versicherungsunternehmens ist in vielen Fällen ungeeignet – speziell bei verschlechterter Gesundheit, da hierbei Risikozuschläge erhoben werden können. Ratsam ist es, zuerst beim eigenen Versicherer nach einem günstigeren Tarif Ausschau zu halten. Oftmals kommt es vor, dass Tarife vergreisen, das heißt nicht mehr angepasst werden. Stattdessen werden ständig neue Tarife auf den Markt gebracht, die vor allem junge Neukunden binden sollen. Von solch kostengünstigeren Tarifen können jedoch auch Bestandskunden profitieren. Optimal ist es, ein Beitragsentlastungsprogramm in seinem Vertrag zu vereinbaren. Lieber bezahlt man in jüngeren Jahren einen vergleichsweise geringen Mehrbetrag und kann dann seinen Lebensabend in vollen Zügen sorgenfrei genießen.

Die Frage nach der Finanzierbarkeit privater Krankenversicherungen im Alter kann definitiv bejaht werden. Neben den hier dargestellten Möglichkeiten der Beitragsentlastung gibt es noch zahlreiche andere, beispielsweise der Arbeitgeberzuschuss. Als letzter Ausweg bleibt immer noch ein Wechsel in den Basistarif. Hier dürfen die Prämien gesetzlich nicht höher sein als in der GKV.

Anlagen

Die Anlagen befinden sich auf der beigefügten CD.

Literaturverzeichnis

- Beck, Konstantin/von Rotz, Stefan/Buholzer, Monika: Die Entwicklung des Risikos im Zeitablauf – die sogenannte Kostenexplosion, in: Beck, Konstantin (Hrsg.): Risiko Krankenversicherung, 2011.
- Boetius, Jan: Die Systemveränderung in der privaten Krankenversicherung (PKV) durch die Gesundheitsreform, Eine neue verfassungs- und europarechtliche Qualität, 2008.
- Böckmann, Roman: Quo vadis, PKV?, Eine Branche mit dem Latein am Ende?, Münster (Westf.), Westfälische Wilhelms-Universität, Inaugural-Dissertation, 2010.
- Brillinger, Christin/Meier, Sarah: Die Ungleichbehandlung von Patienten im deutschen Gesundheitssystem, 2009.
- Bürger, Marco: Zum Wettbewerb um Bestandskunden in der kapitalgedeckten Privaten Krankenversicherung, Die Problematik der Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen, Berlin, Techn. Univ., Diss., 2004.
- Graalman, Jürgen: Beitragsentlastungskomponenten in der privaten Krankenversicherung, 1997.
- Grabka, Markus M.: Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP, in: Jacobs, Klaus/Klauber, Jürgen/Leinert, Johannes (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion?, 2006.
- Hofer, Christian: Produktauswahl in der privaten Krankenversicherung aus Kundensicht, Auswahlprobleme und Verfahren zur Unterstützung der Auswahlentscheidung, Leipzig, Universität, Dissertation, 2008.
- Merz, Michael: Risikogerechte Prämienberechnung in stetiger Zeit, 2005.

Milbrodt, Hartmut: Aktuarielle Methoden der deutschen Privaten Krankenversicherung, 2005.

Niehaus, Frank/Weber, Christian: Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, 2005.

Nguyen, Tristan: Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, 2008.

Rebscher, Herbert: Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, 2006.

Röger, Bernd: Gesetzliche oder private Krankenversicherung?, Vor- und Nachteile im Überblick, So treffen Sie die richtige Entscheidung, 2011.

Rudolph, Jürgen: Von der Alterungsrückstellung bis zum Basistarif, Aufgaben des Aktuars in der privaten Krankenversicherung im Wandel der Zeiten, 2009.

Schmidt-Meier, Andrea/Weichelt, Karl-Heinz: Privat oder gesetzlich versichert, Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Krankenversicherungssysteme, 4., überarbeitete Auflage, 2005.

Volker, Marko: Private Krankenversicherung nach GKV-WSG und VVG-Reform, 2009.

Wimmer, Alexander: Möglichkeiten der Effizienzsteigerung für die private und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland, Analyse unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit internationaler Krankenversicherungssysteme, 2008.

<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/10/2012-10-10-neue-beitragsbemessungsgrenzen.html>.

<http://www.cecuc.de/1011+M53f28501c75.html>.

http://debeka.de/unternehmen/presse/presse/pkv_arbeitet_deutlic.html.

<http://www.pkv.de>.

http://www.pkv.de/publikationen/info_broschueren/der_standardtarif.pdf.

http://www.pkv.de/publikationen/pkv_publik/archiv/pkv-publik-nr-2-2010/titel-gut-versichert.

http://www.pkv.de/recht/allgemeine_versicherungsbedingungen_2009/allgemeine-versicherungsbedingungen-standardtarif-mb-st-2009-pdf.pdf.

http://www.pkv.de/recht/musterbedingungen/mb_kk_2009.pdf.

<http://www.pkv.de/zahlen/>.

<http://pkv-financial.de/glossar/te064.htm>.

Erklärung des Verfassers

Erklärung

„Ich versichere, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.“

30. April 2013,