

Beitragskalkulation in der PKV

Gesetzliche Grundlage der Beitragsberechnung in der PKV ist § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Im VAG ist insbesondere die Beitragsberechnung mit Bildung einer Alterungsrückstellung verankert.

— Das versicherungsmathematische Modell der Beitragskalkulation in der PKV

- berücksichtigt die **altersabhängige Entwicklung** der Versicherungsleistungen;
- basiert auf **risikogerechten** Beiträgen unter Berücksichtigung des **individuellen Risikos** (Geschlecht, Alter, Vorerkrankungen, besondere Berufsgruppen);
- führt zu **keiner Erhöhung der Beiträge wegen des Älterwerdens** der Versicherten;
- beruht auf dem **Äquivalenzprinzip**. Das Äquivalenzprinzip stellt sicher, dass jede Gruppe von Versicherten im Laufe ihres Versicherungslebens ihre Leistungen selbst finanziert;
- bildet so genannte **Alterungsrückstellungen**.

Der Risikobeitrag

— Für eine risikogerechte Beitragskalkulation ist es wichtig, das Risiko zu bewerten, das ein Versicherter für das Versicherungsunternehmen über die gesamte zu erwartende Vertragsdauer darstellt. Die Höhe des Risikos – und damit die Höhe des Beitrags – ist vor allem abhängig von:

- Tarif
- Alter
- Geschlecht
- Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personen- oder Berufsgruppe.

Der Risikozuschlag

— Der Tarifbeitrag wird für das so genannte »Normalrisiko« ermittelt, d.h. für eine gesunde Person ohne Vorerkrankungen. Personen mit Vorerkrankungen stellen ein erhöhtes Risiko dar. Die Vereinbarung von Risikozuschlägen ermöglicht es, Personen mit Vorerkrankungen in den Versicherungsschutz mit einzubeziehen. Die vereinbarten Risikozuschläge müssen auf Dauer ausreichen, die aufgrund der Vorerkrankungen erhöhten Versicherungsleistungen zu decken.

— In § 1 (1) der jeweiligen Tarifbedingungen ist die Möglichkeit zur Vereinbarung von Risikozuschlägen vorgesehen.

Berechnung des Kopfschadens

— Betrachtet wird eine bestimmte Risikogruppe, d.h. alle Versicherten mit den gleichen Eckdaten und gleichartigem Risiko. Der Gesamtbetrag, der für diese Gruppe innerhalb eines Jahres an Versicherungsleistungen aufgebracht wurde, wird durch die Anzahl der Personen in der Risikogruppe geteilt. Durch die beschriebene Rechnung erhält man den »Jahresprokopfschaden« oder kurz »Kopfschaden« für die entsprechende Risikogruppe. Der Kopfschaden stellt die Aufwendungen, die für eine Person aus dieser Risikogruppe zu erwarten sind bzw. das versicherte Risiko (pro Jahr) dar.

— Den »Kopfschaden« nennt man auch den Risikobeitrag. »Risikobeitrag« deshalb, weil die jährliche Entrichtung dieses Beitrags genau zur Deckung des vom Versicherer übernommenen Risikos ausreichen würde. Der Risikobeitrag ändert sich von Jahr zu Jahr, d.h., im Regelfall steigt er mit zunehmendem Alter, weil die

Heilbehandlungskosten und damit die Versicherungsleistungen im Regelfall mit zunehmendem Alter steigen. Diese Tatsache hat – und das ist besonders wichtig – nichts zu tun mit den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Ein Beitrag in dieser Form erfüllt nicht die Anforderung, dass der vom Versicherungsnehmer zu bezahlende Betrag auf Dauer konstant sein soll.

Der Nettobeitrag

— Der Nettobeitrag muss so berechnet werden, dass er – gleich bleibende Rechnungsgrundlagen, insbesondere kein Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen vorausgesetzt – über die gesamte zu erwartende Versicherungsdauer konstant ist. Die gesamten zu erwartenden Aufwendungen sind gleich den zu erwartenden Gesamtbeitragseinnahmen. Berücksichtigung findet insbesondere die Tatsache, dass die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen und damit das Krankheitskostenrisiko mit zunehmendem Alter steigen. Bei der Beitragsberechnung werden alle Leistungen zugrunde gelegt, die der Versicherer von Anfang an auf Lebenszeit für die Risikogemeinschaft des Versicherten zu erbringen hat. Dabei gehen in die Berechnung des Nettobeitrags ein:

- die mit dem Alter (und nicht aufgrund höherer Kosten) steigenden Heilbehandlungskosten
→ Risikobeitrag
- die durchschnittliche Lebenserwartung
→ Sterbewahrscheinlichkeit bzw. Sterbetafel
- die Wahrscheinlichkeit für das vorzeitige Vertragsende
→ Storno- oder Kündigungswahrscheinlichkeit

— Den Nettobeitrag kann man als »durchschnittlichen« Risikobeitrag über die wahrscheinliche Versicherungsdauer hinweg betrachten. In der Anfangsphase der zu erwartenden Versicherungsdauer wird die so genannte Alterungsrückstellung angespart. Mit deren Hilfe, zusammen mit dem Nettobeitrag, kann das mit zunehmendem Alter immer größer werdende Risiko gedeckt werden.

— Der Nettobeitrag setzt sich zu Beginn der zu erwartenden Vertragsdauer aus einem Risikoanteil (dem Risikobeitrag) und einem Sparanteil (dem Sparbeitrag) zusammen.

— Da die zu erwartenden Aufwendungen (das Risiko) mit dem Alter steigen, wird innerhalb der zu erwartenden Vertragsdauer der Zeitpunkt erreicht, an dem der Nettobeitrag kleiner als die zu erwartenden Aufwendungen ist. Ab diesem Zeitpunkt reicht der Nettobeitrag allein zur Deckung des Risikos nicht mehr aus. Zur vollständigen Deckung des Risikos muss von nun an die Differenz zwischen dem immer größer werdenden Risiko und dem konstant bleibenden Nettobeitrag der Alterungsrückstellung entnommen werden.

— Der Nettobeitrag

- ist eine Art »Durchschnittsbeitrag« über den künftigen Risikoverlauf/-beitrag,
- ist auf Dauer konstant,
- ist risikogerecht,
- enthält Risikoanteile und Sparanteile,
- ist im Allgemeinen abhängig vom Eintrittsalter.

Der Bruttobeitrag

— Der endgültige vom Versicherungsnehmer zu zahlende Beitrag ist der Bruttobeitrag, der sich folgendermaßen zusammensetzt:

- Risikobeitrag (= Kopfschaden)
- + Kündigungswahrscheinlichkeit
- + Sterbewahrscheinlichkeit
- = Nettobeitrag
- + Sicherheitszuschlag
- + Kosten für den Versicherungsbetrieb
- = Bruttobeitrag

— Der Sicherheitszuschlag ist nötig zum Ausgleich von Unsicherheiten, die auch bei vorsichtiger Kalkulation vorhanden sind.

— Die Kosten für den Versicherungsbetrieb setzen sich wie folgt zusammen:

- unmittelbare Abschlusskosten (u. a. Abschlussprovisionen);
- mittelbare Abschlusskosten (u. a. Kosten der Antragsbearbeitung);
- Schadenregulierungskosten (Kosten, die im Zusammenhang mit der Leistungsbearbeitung anfallen);
- laufende Verwaltungskosten (u. a. Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb).

Der gesetzliche 10 %-Zuschlag (§ 12 Abs. 4a VAG)

- wird ab dem 21. und bis zum 60. Lebensjahr erhoben,
- gilt für alle Vollversicherungstarife,
- beträgt 10 % des Tarifbeitrags (Bruttobeitrag ohne Risikozuschlag),
- wird vom Arbeitgeber bezuschusst.

Unterschiede zwischen GKV und PKV

— Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung, bei der das **Solidaritätsprinzip** gilt, erfolgt die Beitragskalkulation in der PKV nach dem **Äquivalenzprinzip**. Es besagt, dass sich der Beitrag in der PKV nach den versicherten Leistungen und dem individuellen Risiko (Alter, Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personen- oder Berufsgruppe) des Versicherten richtet. Bei der Beitragsberechnung nach dem Äquivalenzprinzip gehen alle Leistungen ein, die der Versicherer von Anfang an auf Lebenszeit für die Versichertengemeinschaft zu erbringen hat. In der GKV orientiert sich der Beitrag dagegen ausschließlich am Einkommen.

— In der GKV werden die Beiträge nach dem **Umlageverfahren** berechnet. Die GKV bildet keine Alterungsrückstellungen, wie es in der PKV üblich ist. Somit besteht kein Schutz gegen das demographische Risiko.

— Die PKV berechnet ihre Beiträge nach dem **Kapitaldeckungsverfahren**, d. h. mit Bildung einer Alterungsrückstellung. Dieses Verfahren gewährleistet einen guten Schutz gegen das demographische Risiko, d. h. Schutz gegen die »ungünstige« Entwicklung des Altersaufbaus der Bundesrepublik Deutschland.

Die Abbildung zeigt anschaulich die Entwicklung des Gesamtbeitrags, der sich zusammensetzt aus dem Bruttobeitrag und dem gesetzlichen 10 %-Zuschlag.

Bruttobeitrag mit gesetzlichem 10 %-Zuschlag

