

Schradin, Heinrich R.; Wende, Sabine

Research Report

Krankenversicherung in Deutschland: Eine vergleichende Analyse gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Mitteilungen, No. 1/2006

Provided in Cooperation with:

University of Cologne, Institute of Insurance Science

Suggested Citation: Schradin, Heinrich R.; Wende, Sabine (2006) : Krankenversicherung in Deutschland: Eine vergleichende Analyse gesetzlicher und privater Krankenversicherung, Mitteilungen, No. 1/2006, Universität zu Köln, Institut für Versicherungswissenschaft, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/59198>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Institut für Versicherungswissenschaft
an der Universität zu Köln

Abteilung A: Versicherungswirtschaft

Krankenversicherung in Deutschland

**Eine vergleichende Analyse gesetzlicher und privater
Krankenversicherungen***

Univ.-Prof. Dr. Heinrich R. Schradin

Dipl.-Kff. Sabine Wende

Mitteilungen

1/2006

* Die vorliegende Arbeit ist ein Projektbeitrag für das koreanische Gesundheitsministerium. Dieses führte 2006 eine weltweite, vergleichende Studie über die unterschiedlichen Krankenversicherungssysteme der einzelnen Länder durch, um Anregungen für die Weiterentwicklung des eigenen Gesundheitssystems zu erhalten. Der vorliegende Beitrag ist „The German Case“ und stellt überblicksartig GKV und PKV gegenüber, wobei der Schwerpunkt des Projekts auf der PKV lag.

Inhaltsverzeichnis

A. Historische Entwicklung der Krankenversicherung	1
B. Darstellung der Krankenversicherungssysteme in Deutschland	3
(1) Gesetzliche Krankenversicherung	3
(2) Private Krankenversicherung	9
C. Diskussion der verschiedenen Systeme.....	14
(1) GKV vs. PKV	14
(2) Aktuelle Gesundheitsdebatte	15
D. Analyse der Privaten Krankenversicherung.....	16
(1) Leistungsangebot	16
1) Versicherungsarten	16
2) Vertragsform	18
3) Rechnungsgrundlagen	19
(2) Umsatzvolumen / Geschäftsentwicklung	21
(3) Steuersystem.....	22
(4) Beziehungen zwischen PKV und Leistungserbringern	22
(5) Exogene Einflüsse der Finanzierbarkeit der GKV und PKV.....	23
(6) Kontrolle der Behandlung und der Vergütung.....	24
E. Beispiele erfolgreicher privater Krankenversicherer	26
F. Risikofaktoren im Management von PKVen.....	32
(1) Gesetzgebung	32
(2) Kostenentwicklung und Finanzierbarkeit	34
G. Anhang	35
(1) Systematischer Aufbau des deutschen Versicherungsrechts	35
(2) Die neue Gesundheitsversicherung (Überblick)	35
(3) Beitragsberechnungsprinzip in der PKV	36
(4) Kopfschäden ambulanter und stationärer Tarif.....	37
(5) Aufstellung der wichtigsten deutschen Krankenversicherungsunternehmen ...	38
I. Abbildungsverzeichnis	39
K. Abkürzungsverzeichnis.....	40
L. Literaturverzeichnis	41

A. Historische Entwicklung der Krankenversicherung

Das deutsche Krankenversicherungssystem findet seine Anfänge bereits im 13./14. Jahrhundert [Milbrodt/Kniep 2005; Peters 2006]. Im Mittelalter wurde eine stationäre Versorgung von Patienten vor allem in Verbindung mit Armenpflege durch Klöster und Ritterorden gewährleistet. In der zweiten Hälfte des 14. Jahrhunderts entstanden Spitalorden, die die Bedeutung der kirchlichen Krankenversorgung durch Aufbau eigener Spitäler stark reduzierte.

Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelten sich die ersten Formen der Krankenversicherung, wie wir sie heute kennen. Bereits in dieser frühen Zeit gab es erste Absicherungsformen gegen Folgen vor allem wirtschaftlicher Art durch Unfälle und Krankheiten. Die durch genossenschaftliche Selbsthilfe auf Basis von Gegenseitigkeit erbrachten Leistungen beschränkten sich zunächst auf Sach- und Hilfsleistungen und wurden mit der Industrialisierung durch „Kassen“ abgelöst, die auf Beitragsbasis arbeiteten. Dadurch wurde es den Versicherten ermöglicht, medizinische Behandlungen zu nutzen. Bei krankheitsbedingtem Verdienstausschlag wurden Zuwendungen in Form von Geldleistungen erbracht.

Die unterschiedlichen Entwicklungen der Kassen waren regional geprägt und abhängig vom ausgeübten Beruf. Hieraus entstanden freie Hilfskassen (abhängig vom Berufsstand), Zwangskassen (abhängig von regionalen Gemeindestatuten) und Fabrikantenkrankenkassen.

Durch den Aufbau und die Professionalisierung der ärztlichen Krankenpflege sowie durch gesetzliche Regelungen im 19. Jahrhundert, erhöhte sich die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Bedingt durch diese erhöhte Nachfrage und dem wachsenden Bedürfnis nach Absicherung im Krankheitsfall, wurde das Entstehen von Krankenkassen vorangetrieben.

Unter Reichskanzler Bismarck wurde mit dem „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ 1883 die Krankenversicherungspflicht für einen großen Teil der Arbeitnehmer in Deutschland etabliert. Die drei oben beschriebenen Kassenformen bildeten dabei Grundlage für die neue Krankenversicherung. Damit entstand eine Versicherungspflicht unter Selbstverwaltung der Kassen unter Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung und Verwaltung. Als Vorläufer der heutigen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gelten die Hilfskassen, die als Ersatzkassen später in die GKV integriert wurden.

Von der Versicherungspflicht nicht betroffene Personengruppen mussten persönlich in einer privaten Krankenkasse vorsorgen. Hieraus entstanden Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (VVaG).

In den 20er Jahren erlebte die Private Krankenversicherung (PKV) durch zahlreiche Neugründungen ein starkes Wachstum. In dieser Zeit wurde auch erkannt, dass das Krankheitsrisiko insbesondere von Faktoren wie Alterung und Morbidität abhängt. Hieraus ergaben sich neue Anforderungen an die Kalkulationstechnik, welche zu staatlichen Regelungen in der Tarifgestaltung und zur Entwicklung versicherungsmathematischer Kalkulationsmodelle führte.

Eine endgültige Trennung in PKV und GKV erfolgte 1935 mit der 12. Verordnung zur Aufbaugesetzgebung zum Aufbau der Sozialversicherung. Die nicht unter die Sozialversicherungspflicht fallenden Versicherten in einer Ersatzkasse mussten ausscheiden und sich privat absichern.

Im Lauf der Jahre seit der bestehenden Trennung stieg die Zahl der gesetzlich und individuell versicherten Personen stetig an. Und obwohl heutzutage massive Unterschiede in der Finanzierung und in der Art des Risikoausgleichs in beiden Krankenversicherungsformen bestehen, sind dennoch weitgehend dieselben Gefahren versichert. Darüber hinaus wird sowohl von gesetzlicher als auch privater Seite Versicherungsschutz für die finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit von den Krankenversicherern angeboten.

Nach einer Vielzahl von gesetzlichen Regelungen kann in Deutschland heute eine klare Grenze zwischen den zwei Arten der Krankenversicherung gezogen werden. Demnach existieren im deutschen Krankenversicherungsmarkt im Wesentlichen zwei Arten von Krankenversicherung nebeneinander:

- Private Krankenversicherung (PKV)
- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Heute ist die Verteilung der einzelnen Versicherungsformen in der Bevölkerung, bedingt durch die Pflichtversicherung, sehr einseitig orientiert, wie die folgende Tabelle zeigt.

Art der Sicherung	Anzahl der Bevölkerung in Mio.	Anteil der versicherten Personen
GKV	72,168	88,35 %
PKV	7,638	9,35 %
besondere Sicherungsformen ¹	1,643	2,01 %
keine Sicherung	0,188	0,23 %
ohne Angaben zur Krankenversicherung	0,050	0,06 %
insgesamt	81,687	100,00%

Abbildung 1: Bevölkerung nach Art des Krankenversicherungsschutzes (Stand Mai 2003)²

Es wird eine starke Konzentration der Bevölkerung in der GKV mit fast 90% deutlich. Hingegen ist der Anteil der privat krankenversicherten Personen mit unter zehn Prozent sehr gering.³

Im Folgenden werden die beiden unterschiedlichen Krankenversicherungssysteme kurz beschrieben, bevor das Hauptaugenmerk auf die PKV fällt.

B. Darstellung der Krankenversicherungssysteme in Deutschland

(1) Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Grundlage für die GKV in Deutschland bildet das Sozialgesetzbuch V (SGB V) sowie die Satzung der jeweiligen Krankenkasse. Im SGB V sind u.a. Regelungen über den versicherten Personenkreis, die Versicherungsberechtigung, Leistungen der Krankenversicherung, Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern sowie Regelungen zur Organisation, Zuständigkeit und Finanzierung getroffen.

Nachfolgend wird auf einige, ausgewählte Aspekte der gesetzlichen Regelungen genauer eingegangen.

¹ Zu den besonderen Sicherungsformen zählen Sozialhilfe und frei Heilfürsorge.

² Quelle: Statistisches Bundesamt, www.destatis.de.

³ Die besonderen Sicherungsformen und die Personen, die keine Sicherung haben werden hier nur der Vollständigkeit halber aufgelistet. Es wird im Folgenden nicht näher darauf eingegangen.

Anzahl der GKVen

Momentan existieren in Deutschland insgesamt 136 Krankenkassen⁴. Diese lassen sich unterscheiden in Ortskrankenkassen (Anzahl: 5), Betriebskrankenkassen (110), Innungskrankenkassen (9), Ersatzkassen (9) und weiter kleine Kassen (3)⁵. Zwischen den einzelnen Kassen bestehen keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich des Versichertenkreises, den Prinzipien der Prämienbemessung und Finanzierung sowie des Leistungskatalogs. Hauptsächlichste Unterschiede bestehen vor allen Dingen im Hinblick auf Beitragssatz und erbrachte „Zusatzleistungen“.

Träger

Die Träger der GKV sind selbstständige Krankenkassen, die rechtsfähige Körperschaften öffentlichen Rechts sind.

Versichertenkreis der GKV

Hinsichtlich der Mitglieder in der GKV ist zwischen pflichtversicherten und freiwillig versicherten zu unterscheiden. Zu den pflichtversicherten, beitragszahlenden Mitgliedern zählen: abhängig Beschäftigte, deren Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze⁶ liegt sowie Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Landwirte, Künstler, Publizisten, Studierende, Praktikanten, Rentner. Weiterhin sind innerhalb einer Familie nichtberufstätige Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert. Über alle (Pflicht-)Versicherten wird eine Risikogemeinschaft gebildet. Weiterhin werden für diesen Versichertenkreis nur festgeschriebene Leistungen erbracht. Der Leistungskatalog umfasst dabei alle Maßnahmen, die zur Behandlung einer Krankheit medizinisch notwendig sind. Die GKVen sind dabei verpflichtet, alle Personen und damit auch alle Risiken zu versichern. Es erfolgt keine Risikoprüfung und keine Ausschluss von Personen oder Risiken.

Hingegen bietet die freiwillige Versicherung in der GKV die Möglichkeit, eine höhere Variabilität bei Vertragsabschluss zu erreichen. Zum Versichertenkreis gehören abhängig Beschäftigte, deren Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt sowie Selbstständige und Beamte.

⁴ Stand: April 2006.

⁵ Hierzu zählen die Landwirtschaftliche Krankenkasse, Seekrankenkasse und Bundesknappschaft.

⁶ Die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2006 liegt bei einem Bruttoeinkommen von 42.750 € jährlich und entspricht einem monatlichen Einkommen von 3.562,50 €. Versicherungspflichtige Personen sind diejenigen, die ein Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze aufweisen. Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich angepasst und ist abhängig von der durchschnittlichen Veränderung des Bruttolohns pro Arbeitnehmer.

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Verteilung der Versicherten in der GKV. Angesichts dieser Verteilung werden bereits einige Probleme der GKV deutlich.

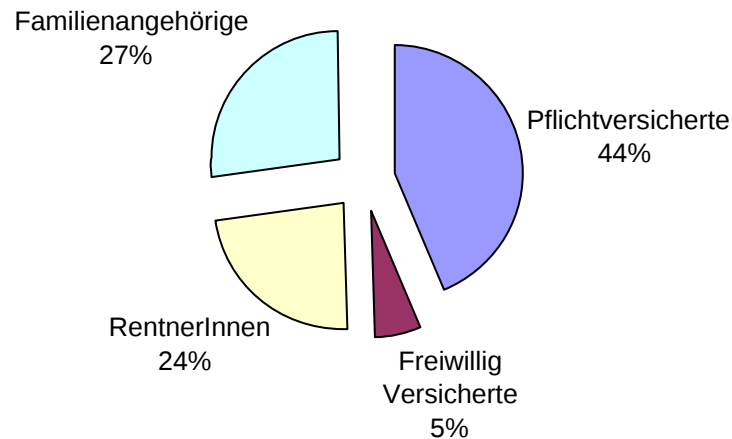


Abbildung 2: Verteilung der Versicherten in der GKV (Stand: Mai 2003)⁷

Zum einen ist mehr als ein Viertel der Versicherten kostenlos mitversichert und zum anderen sind nur 5% der Versicherten freiwillig versichert. Demnach ist die Anzahl der Personen mit hohem Einkommen in der GKV sehr gering.

Die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet jede Person aufzunehmen. Es besteht Kontrahierungszwang.⁸ Im Gegensatz dazu haben Versicherte seit Mitte der 90er Jahre Kassenwahlfreiheit.

Im Jahr 2004 waren 50.625 Tsd. Personen gesetzlich krankenversichert (2003: 50.754 Tsd.).

Beiträge

Die Finanzierung der GKVen erfolgt über Beiträge, die jeweils zu 50% von Arbeitnehmer und Arbeitgeber erbracht werden müssen.⁹ Die Beiträge der Arbeitnehmer werden direkt vom Bruttolohn abgezogen. Dabei unterschieden sich die Beitragssätze von Krankenkasse zu Krankenkasse und schwanken dabei zurzeit zwischen

⁷ Quelle: Statistisches Bundesamt, www.destatis.de. Das Statistische Bundesamt gibt nur alle vier Jahre einen großen Gesamtüberblick über GKV und PKV. Aus diesem Grund stammen die hier verwendeten Daten aus dem Jahr 2003.

⁸ Dies ist ein Grund für die hohen Beiträge bei AOKen und Angestelltenersatzkassen, da diese als Sammelbecken schlechter Risiken bekannt sind.

⁹ Seit dem 01.07.2005 werden 0,9% der Beiträge der Arbeitgeber auf die Arbeitnehmer abgewälzt, um die Kosten der Unternehmen für Arbeit zu verringern.

11,9% und 15,9% des Bruttoarbeitslohns bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze.

Die Beitragseinnahmen betrugen im Jahr 2004 EURO 142.460 Mio. (2003: EURO 140.770 Mio.). Dem standen Ausgaben in Höhe von EURO 140.175 Mio. (2003: EURO 145.095 Mio.) gegenüber.¹⁰

Finanzierung

Die GKVn sind nach dem Umlageverfahren (*pay as you go*) konzipiert. Hierbei erfolgt die Bestimmung der Beitragshöhe auf Basis der Ein- und Auszahlungen. Die zu erbringenden Leistungen werden unmittelbar durch die einbezahlten Beiträge finanziert, wobei keine Kapitalbindung stattfindet.

Leistung

Die Leistung, die für jeden Versicherten erbracht wird, ist unabhängig von der Höhe der individuell gezahlten Beiträge und im Leistungskatalog der GKV geregelt. Die Leistung entspricht dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit¹¹ und erfolgt prinzipiell als Sachleistung unmittelbar gegenüber den Leistungserbringern (insbesondere Krankenhäuser, Ärzte und Zahnärzte).

Der Leistungskatalog der GKV umfasst dabei alle ambulanten und stationären Heil- sowie Zahnbehandlungen, die medizinisch notwendig sind. Die Versicherungsnehmer (VN) sind verpflichtet für den ersten Besuch des Hausarztes im Quartal, eine Praxisgebühr in Höhe von zehn EURO zu entrichten. (Es herrscht freie Arztwahl.) Der Hausarzt überweist dann den Patienten an den Facharzt weiter. Sollte der Patient direkt einen Facharzt aufsuchen, ohne Überweisung vom Hausarzt, wird erneut eine Praxisgebühr in Höhe von zehn EURO erhoben. Einige GKVn bieten sog. Hausarztmodelle an. Hierbei ist der Hausarzt Lotse des Patienten. Dieser sucht immer denselben Hausarzt auf, der ihn, falls notwendig, weiter überweist. Beteiligt sich der VN an solch einem Modell, muss meist keine oder nur eine geringere Praxisgebühr entrichtet werden.

Weiterhin muss der VN Zuzahlungen zu Medikamenten leisten. Diese Zuzahlungen betragen 10% des Medikamentenpreise (mindestens fünf EURO und höchstens zehn

¹⁰ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch 2005.

¹¹ Das Bedarfprinzip besagt, dass jeder Versicherte einen Rechtsanspruch auf die zur Wiederherstellung seiner Gesundheit erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hat. Dieser Anspruch ist unabhängig von der Höhe der eingezahlten Leistungen und dem individuellen Krankheitsrisiko der Versicherten.

EURO). Weiterhin müssen die VN Zuzahlungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt und bei bestimmten Formen von Zahnersatz leisten. Diese Zuzahlungen können durch Absicherung in privaten Zusatzversicherungen reduziert oder vollkommen durch diese abgedeckt werden.

Abb. 3 veranschaulicht die grundsätzlichen Zahlungs- und Versorgungsströme in der GKV. Der VN zahlt löhnabhängige Beiträge an die Krankenkasse. Diese gewährt ihm durch Ausstellen einer Versichertenkarte Versicherungsschutz. Um Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss der VN die Karte vorzeigen. Der Leistungserbringer rechnet dann jedes Quartal mit der Kassenärztlichen Vereinigung seine erbrachte Leistung ab.

Die Beitrageinnahmen der GKVen werden zuerst an die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigung transferiert. Diese leitet nach Abzug ihrer Verwaltungskosten die Zahlungen in Form eines Honorars/Kostenerstattung unter Verwendung komplexer Ausgleichsverfahren an die Leistungserbringer weiter.

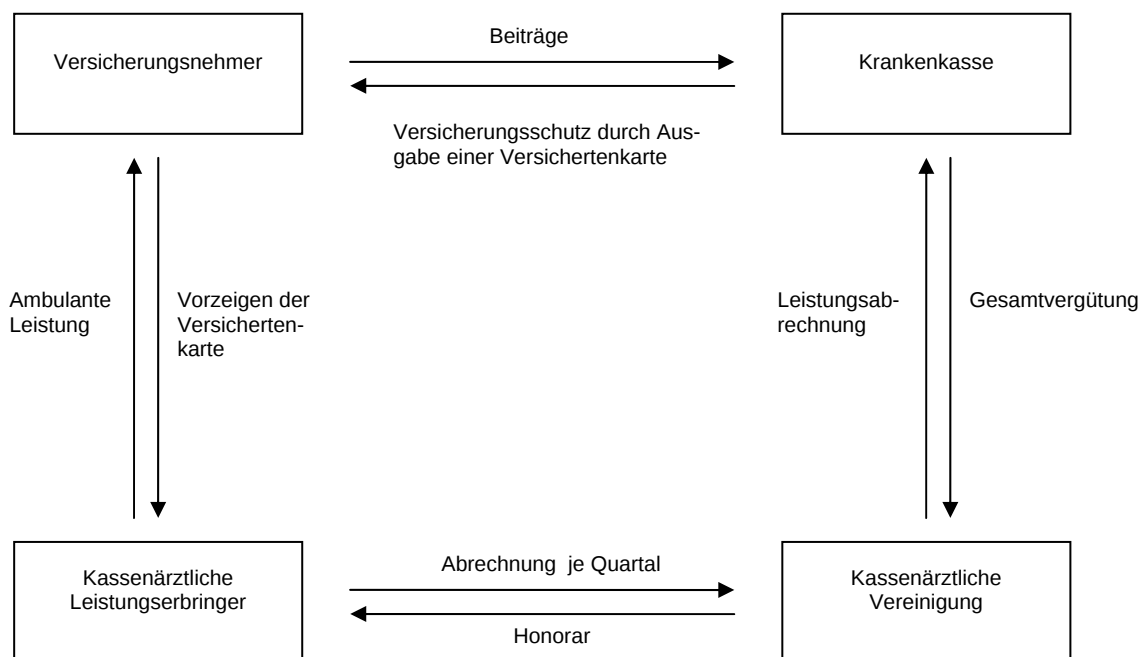


Abbildung 3: Zahlungs- und Versorgungsströme in der GKV¹²

Nur in Ausnahmefällen erfolgt eine Kostenerstattung direkt an den Versicherten. Art und Höhe der Leistungen sind abhängig vom Bedarf und nicht von der Beitragshöhe. Ein Ausgleich der unterschiedlichen Risiken erfolgt innerhalb der Solidargemeinschaft. Hierbei findet eine Umverteilung der Beiträge alters- und einkommensabhängig statt.

¹² In Anlehnung an Bäcker u.a. 2000, S. 74.

Der Versicherungsschutz für in der GKV Versicherte gilt in allen EU-Mitgliedsländern und Staaten mit Sozialversicherungsabkommen. Dennoch erfolgt eine Erstattung der Kosten maximal in Höhe deutscher Kostensätze.

Aufgrund der Scherenentwicklung der lohnbezogenen Mittelaufbringung und der demographischen Ausgabenentwicklung¹³ kommt es zu Problemen bei der Finanzierung der GKV. Durch lohngekoppelte Abgaben und steigende gesundheitsbezogene Kosten aufgrund der alternden Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts kommt es häufig zu teurer Überversorgung und in der Folge zu immer weiter steigenden Beiträgen.

Risikostrukturausgleich

Bis zum Jahr 1996 durften nur bestimmte pflichtversicherte Berufsgruppen ihre Krankenkasse frei wählen. Vor allem Rentnern und Arbeitern war der Eintritt in bestimmte Krankenkassen durch rechtliche Regelungen vorgegeben. Aufgrund der unterschiedlichen Verteilung ergaben sich unterschiedliche Einnahmen- und Ausgabenstrukturen zwischen den einzelnen Krankenkassen. Einige Kassen versicherten die einkommensstarken und gesunden Beitragszahler, die anderen Kassen einkommensschwache und kranke.

Diese Diskrepanz in den Mitgliederstrukturen führte zu starken Unterschieden in den Beitragssätzen. Zur Schaffung eines größeren Wettbewerbs zwischen den Kassen wurde 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eine Kassenwahlfreiheit für alle Pflichtversicherten ab 1996 eingeführt. Aufgrund des bestehenden Kontrahierungszwangs sind die Kassen aber nicht in der Lage sich ihre Versicherten auszusuchen, um wirtschaftlich zu arbeiten und die Qualität der Leistung zu verbessern.

Aus diesem Grund wurde ein Risikostrukturausgleich zum Ausgleich von Wettbewerbsnachteilen eingeführt. Er gewährleistet einen finanziellen Ausgleich für Kassen mit ungünstigen Mitgliederstrukturen. Ziel ist es, Kassen mit ungünstigen Mitgliederstrukturen und entsprechend hohen Beiträgen durch Kassen mit günstigeren Mitgliederstrukturen zu subventionieren. Das Transfervolumen des Risikostrukturausgleichs betrug im Jahr 2004 EURO 14,669 Mrd..

¹³ Probleme des demographischen Wandels sind: schrumpfende, alternde Gesellschaft, rückläufige Geburtenrate, steigende Lebenserwartung, hohe Arbeitslosigkeit etc..

(2) Private Krankenversicherung

Rechtliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen für die Private Krankenversicherung finden sich hauptsächlich

- im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG),
- in der Überschussverordnung (ÜbschV),
- Kalkulationsverordnung (KalV),
- Versicherungsvertragsgesetz (VVG),
- im Sozialgesetzbuch (SGB) V und XI,
- im Handelsgesetzbuch (HGB) und im Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

Um die Inhalte und die einzelnen Zusammenhänge der Gesetze zu verstehen, ist es notwendig, den Aufbau des deutschen Rechtssystems genauer zu beleuchten. Man unterscheidet dabei zwischen Regelungen, die die Beziehungen zwischen dem Versicherungsunternehmen (VU) und den Versicherungsnehmern (VN) regeln, sowie Regelungen, die das VU als Unternehmen betreffen. Hierbei gelten sowohl privatrechtliche als auch öffentlich-rechtliche Regelungen. ,

Prinzipiell gelten die allgemeinen Vorschriften für alle Kaufleute. Diese Regelungen finden sich vor allem im BGB und HGB. An die allgemeinen Regelungen schließen sich spezielle Gesetze für VU an (lex spezialis). Hierbei sind u.a. das privatrechtliche VVG und das öffentlich-rechtliche VAG zu nennen. Es erfolgt also eine immer stärkere systematische Anpassung im Rechtsaufbau.

Außerdem wird zwischen Gesetzen und Verordnungen unterschieden. Gesetze werden von der Legislative erlassen. Hingegen sind Verordnungen Anordnungen der Verwaltung.¹⁴

Im VAG finden sich u.a. Regelungen die Aufsicht, den verantwortlichen Aktuar, Überschussbeteiligungen und Verwendung der Direktgutschrift betreffen. Die ÜbschV greift § 12 a VAG auf und bestimmt die Verordnungen für Überzinsgutschriften und ihre Verwendung zur Prämienreduktion.

¹⁴ Im Anhang (1) findet sich eine graphische Verdeutlichung des Aufbaus des deutschen Versicherungsrechts

Die Verwendung der versicherungsmathematischer Methoden und Regelungen zu Rechnungsgrundlagen in der Krankenversicherung sind in der KalV festgelegt. Hierin sind ebenfalls Ausführungsbestimmungen zu § 12 I¹⁵ und § 12 b¹⁶ VAG enthalten.

Im HGB finden sich speziell für die Krankenversicherung Vorschriften zur Bildung von Deckungsrückstellungen, die als Alterungsrückstellung bezeichnet, eine Kapitalbildung für die Finanzierung der mit zunehmendem Alter ansteigenden individuellen Krankheitskosten sicherstellt.

In den §§ 178a – 178 o VVG finden sich Ausführungen, die krankenversicherungsspezifisch den Versicherungsvertrag regeln. Zu nennen sind dabei u.a. unbefristete Verträge der substitutiven Krankenversicherung und der Pflegeversicherung, Leistungsdefinitionen, Recht auf Tarifwechsel und Möglichkeiten der Tarifierpassung.

Auch einige Gesetze der Sozialgesetzbücher V und XI, die eigentlich die GKV und die gesetzliche Pflegeversicherung regeln, sind für die PKV relevant. So finden sich im SGB V Ausführungen zur Höhe des Arbeitgeberzuschusses in der substitutiven PKV und im SGB XI grundsätzliche Ausgestaltungsvorschriften u.a. für Leistungen, Pflegestufen, Befreiung und Versicherungspflicht sowohl für die gesetzliche als auch für die private Pflegeversicherung.

Träger

Im Gegensatz zur GKV sind private Wirtschaftsunternehmen, Versicherungsunternehmen, Träger der PKV. Versicherungsunternehmen können als Aktiengesellschaften oder als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit¹⁷ gegründet werden.

Anzahl

Im Jahr 2004 waren 54 private Krankenversicherer am deutschen Markt unter Aufsichtspflicht tätig. Hierbei gelten 16 Versicherer als Spezialversicherer, die auf sehr kleinen Märkten tätig sind. Nachfolgend werden aus diesem Grund nur die 38 Unternehmen betrachtet, die den „generellen privaten Krankenversicherungsmarkt“ darstellen. Sie verbuchen Bruttoprämien im direkten Geschäft von EURO 25.762,77 Mio..

¹⁵ Die substitutive Krankenversicherung ist nach Art der Lebensversicherung zu betreiben.

¹⁶ Prämienänderungen in der Krankenversicherung erfordern zwingend die Zustimmung des Treuhänders.

¹⁷ Bei der Rechtsform des VVaG ist der Versicherungsnehmer gleichzeitig Eigentümer des Unternehmens. Heute existieren keine Unterschiede in den Prämien und Leistungen zwischen AG und VVaG.

Die nachfolgende Graphik veranschauliche die Aufteilung des deutschen Privatversicherungsmarktes. Drei Rechtsformen der Trägerinstitutionen können dabei identifiziert werden: Aktiengesellschaften (AG), Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG) und öffentlich-rechtliche Versicherungsunternehmen.

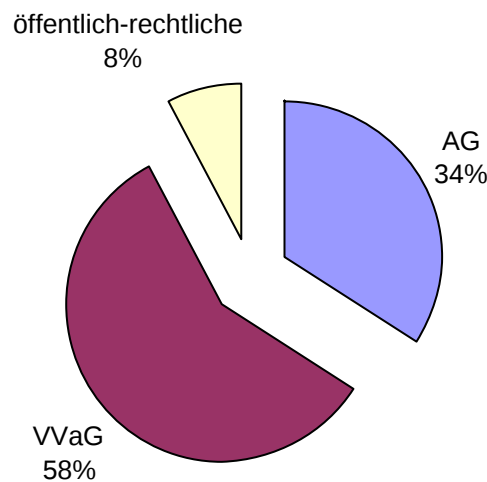


Abbildung 4: Marktanteile der KVU nach Rechtsform

Den überwiegenden Teil des Marktes nehmen VVaGs (Anzahl: 22) ein. Dies begründet sich aus der historischen Entwicklung. Hingegen sind öffentlich-rechtliche Versicherungsunternehmen (3) eher von geringer Bedeutung, obwohl die bestehenden Unternehmen bereits überdurchschnittlich lange am Markt tätig sind. Aktiengesellschaften sind in dem betrachteten Markt 13 mal vertreten.

Diese Aufteilung spiegelt sich ebenfalls in dem gebuchten Bruttoprämien wieder. So verbuchten die VVaGs im Jahr 2004 EURO 13.238,32 Mio., die AGs EURO 10.912,70 Mio. und die öffentlich-rechtliche Versicherungsunternehmen EURO 1.611,75 Mio..

Versichertenkreis der PKV

Die PKV kommt nur für diejenigen Personen in Frage, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen. Zu ihnen gehören Selbständige, Beamte und abhängig Beschäftigte, welche über der Pflichtversicherungsgrenze liegen.

Beiträge

Die Finanzierung der PKV erfolgt ebenfalls sowohl zu Lasten des Arbeitgebers als auch des Arbeitnehmers. Der Arbeitgeber zahlt dabei nach § 257 I SGB V bis zu 50% der anfallenden Beiträge und maximal die Hälfte des durchschnittlichen Höchstsatzes der GKV. Die Prämien werden individuell und abhängig vom Risiko des Versicherungsnehmers bestimmt. Maßgeblich für die Berechnung der Prämien ist das einzelvertragliche risikotheorietische Äquivalenzprinzip, ganz im Gegensatz zum arbeitseinkommensbezogenen Solidarprinzip in der GKV. Für die Beitragsbemessung in der PKV besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Höhe der Prämie eines Versicherten und dem Umfang des individuellen Versicherungsschutzes.

Je umfangreicher der Versicherungsschutz¹⁸ und damit die voraussichtliche Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen, desto höher die Prämien. Da mit zunehmendem Alter die Gesundheitskosten steigen, sind die Prämien in der PKV auch vom Lebensalter des Versicherungsnehmers bei Vertragsbeginn abhängig. Weiterhin beeinflusst der Gesundheitszustand¹⁹ des Versicherungsnehmers bei Vertragsbeginn sowie das Geschlecht die Tarifikalkulation. Anzumerken ist, dass es nur auf Verhältnisse bzgl. des Gesundheitszustandes des Versicherungsnehmers vor Vertragsbeginn ankommt. Im Verlauf der Vertragslaufzeit auftretende, risikorelevante Veränderungen haben keine Auswirkungen auf die Prämienhöhe.

Finanzierung

Die PKV beruht auf dem Prinzip der Kapitaldeckungsverfahren. Die Kalkulation erfolgt nach Art der Lebensversicherung.²⁰ Dabei werden zur Deckung zukünftig erwarteter Leistungen Teile der Prämie zurückgestellt. Jeder Versicherungsnehmer spart demnach für seine individuell erwarteten künftigen Leistungsansprüche selbst an. Hierdurch wird die Prämiensteigerung im Alter aufgrund von Alterungsrückstellungen gemildert. Die PKV funktioniert deshalb nach dem so genannten Anwartschaftsdeckungsverfahren.

¹⁸ Z.B. ist die Prämie eines Versicherungsvertrages der die Unterbringung im Einzelzimmer in einem Krankenhaus einschließt teurer als Unterbringung im Mehrbettzimmer. Vergleichbares gilt beispielsweise für die Chefarztbehandlung.

¹⁹ Bekannte Erkrankungen werden meist vertraglich ausgeschlossen oder es müssen aufgrund des zusätzlichen Risikos Risikozuschläge auf die Prämie in Kauf genommen werden.

²⁰ Dies bedeutet, das Fragen zur Gesundheit des VN nur bei Beitritt gestellt werden. Weiterhin verzichtet das VU auf ein Vertragskündigungsrecht, damit ist der Versicherungsvertrag lebenslang gültig und es besteht eine lebendlange Bindung zwischen VU und VN.

Leistung

Die Leistung der PKV beruht auf Kostenerstattung zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherungsnehmer. Für die erbrachte Behandlungsleistung erstellt der Arzt bzw. Zahnärzte eine Rechnung anhand der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ). Der Patient erhält die Rechnung und ist so in der Lage eine Prüfung der abgerechneten und tatsächlich erbrachten Leistungen vorzunehmen. Ist die Rechnung korrekt ausgestellt muss der Versicherungsnehmer diese bezahlen und erhält die Kosten von seiner Krankenkasse erstattet.²¹ Die Höhe der Kostenerstattung richtet sich dabei nach der individuellen, vertraglichen Leistungsvereinbarung.

Für die Unternehmen der PKV besteht kein Kontrahierungszwang. Jedes PKV-Unternehmen entscheidet daher eigenständig über die Aufnahme des Versicherungsnehmers und kann Risiken, die z.B. durch bestehende Vorerkrankungen gegeben sind, bei Vertragsabschluss ausschließen. Durch eine Gesundheitsprüfung vor Vertragsbeginn wird die Höhe des zu versichernden Risikos deutlich. Hiernach bemisst sich ebenfalls die Höhe der Prämien. In dem Versicherungsvertrag kann ebenfalls eine Selbstbeteiligung des VN festgelegt werden. Diese kann entweder eine Mindestselbstbeteiligung sein oder der VN übernimmt die Kosten einer Behandlung in Höhe des Betrages, der die regulären Kosten nach den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte übersteigt.

Eine Kündigung bestehender Verträge durch die Unternehmen der PKV, insbesondere aufgrund von Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherungsnehmers, ist gesetzlich ausgeschlossen. Eine betragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen, wie dies in der GKV möglich ist, gibt es in der PKV nicht. Dennoch verpflichten sich die PKVen zum Kontrahierungszwang bei Neugeborenen, wenn die Eltern bereits privat krankenversichert sind.

Privater Versicherungsschutz greift ebenfalls wie in der GKV in ganz Europa und für einen Zeitraum von ein bis drei Monate weltweit. Je nach individueller Vereinbarung kann der Gültigkeit des Versicherungsschutzes variieren.

²¹ Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit die Rechnungen unbezahlt zur Erstattung einzureichen.

Arten

Die PKV betreibt unterschiedliche Arten von Kranken-, Auslandsreisekranken- und Pflegeversicherungen. Eine genaue Beschreibung der unterschiedlichen Möglichkeiten wird in Punkt D. (1) Leistungsangebot vorgenommen.

C. Diskussion der verschiedenen Systeme

(1) GKV vs. PKV

Wie sich gezeigt hat, gibt es einige Gemeinsamkeiten zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Dennoch kann man sagen, dass die Unterschiede vor allem in der Art der Finanzierung und Beitragsbemessung gravierend sind. Nachfolgend werden noch weitere Aspekte der unterschiedlichen Systeme vergleichend gegenübergestellt.

Die Aufsicht ist ein weiterer Punkt, die für beide Versicherungsarten unterschiedlich geregelt ist. So wird zum einen die GKV vom Bundesversicherungsamt²² beaufsichtigt, welches die Aufsicht über bundesunmittelbare Träger und Einrichtungen der Sozialversicherung innehat. Zum anderen wird die PKV von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) überwacht. Die BaFin ist zuständig für die privatrechtliche Versicherungs-, Banken- und Wertpapieraufsicht.

Weitere Unterschiede, die bereits kurz angemerkt wurden, bestehen in der Art der Risikoselektion. In der GKV besteht Kontrahierungszwang, d.h. jeder versicherungswillige Versicherungsnehmer muss aufgenommen werden, unabhängig von seinem persönlichen Risiko. In der PKV hingegen erfolgt eine Risikoprüfung und Risikoselektion.

Sowohl in der GKV als auch in der PKV werden Zuzahlungen u.a. zu Heil-, Hilfs- oder Arzneimitteln verlangt. Während dies in der GKV obligatorische Zuzahlungen betrifft, regelt die PKV dies wieder vertragsindividuell über prozentuale oder absolute Selbstbeteiligungen.

²² Das Bundesversicherungsamt hat Beratungs- und Genehmigungsbefugnisse ggü. den Sozialversicherungsträgern. Außerdem prüft es die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung. Unter die Sozialversicherungsträger fallen bundesunmittelbare Krankenversicherungsträger und Pflegekassen.

Wie bereits zu Beginn dargestellt sind fast 90% der Versicherten GKV und nur 10% der Versicherten PKV versichert. Dennoch tragen die 10% der privat Krankenversicherten ca. 20% der im deutschen Gesundheitswesen anfallenden Kosten. In der aktuellen Debatte der Gesundheitspolitik wird diese Tatsache oft vernachlässigt.

(2) Aktuelle Gesundheitsdebatte

Nach monatelanger Beratung hat sich die große Koalition auf die Eckpunkte einer Gesundheitsreform verständigt. Dennoch dauert die Diskussion über eine Reform der GKV weiter an. Da diese aber ebenfalls die PKVen betrifft, wird nachfolgend auf die geplanten Änderungen eingegangen, die Anfang Juli 2006 feststehen und voraussichtlich 2007 in Kraft treten. Jedoch ist nicht auszuschließen, dass weitere Änderungen folgen.

Es werden einheitliche Beiträge erhoben und vom Arbeitgeber an eine zentrale Einzugsstelle gezahlt. Von dieser werden die Beiträge an einen Gesundheitsfond weitergeleitet. Die Finanzierung der Kassen erfolgt aus dem Gesundheitsfonds²³, in den auch Steuermittel einfließen. Hieraus erhalten sie eine alters- und risikoabhängige Pauschale für jeden Versicherten. Ab 2008 soll eine zunehmende Steuerfinanzierung der Krankenkassen erfolgen, um die Beitragsfreie Mitversicherung der Kinder zu finanzieren. Hiervon sind privat Versicherte dann ebenfalls indirekt betroffen.

Durch die neue Möglichkeit direkt Verträge mit Leistungserbringern abschließen zu können, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen entmachtet und das gesamte System wird transparenter.

Durch die Veränderungen in den Strukturen sollen vor allem mehr Wettbewerb und höhere Qualität in der GKV aber auch in der PKV sichergestellt werden.

Zur Entlastung der PKVen wird die Gebührenordnung für Ärzte überarbeitet, um eine vergleichbare Vergütungen zu schaffen. Weiterhin werden die PKVen verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, der sich an den Merkmalen der GKV-Tarife orientiert.²⁴

Der Wechsel zwischen PKVen wird innerhalb eines vergleichbaren Tarifs möglich und durch Kontrahierungszwang erleichtert. Dadurch sollen die Alterungsrückstel-

²³ Die Funktionsweise des Gesundheitsfond veranschaulicht eine Graphik im Anhang (2).

²⁴ Der Leistungsumfang entspricht der GKV. Es besteht Kontrahierungszwang ohne die Möglichkeit eine individuelle Risikoprüfung durchzuführen oder Zuschläge zu erheben und Leistungen auszuschießen.

lungen portabel sein. Dies wird gesetzlich festgeschrieben. Auch ein Wechsel von der PKV zu GKV ist nun möglich.

D. Analyse der Privaten Krankenversicherung

(1) Leistungsangebot

1) Versicherungsarten

In den Versicherungsbedingungen der Versicherungsunternehmen werden die Produktgestaltungen autonom von den Versicherungsunternehmen bestimmt und festgelegt. Auch die Prämiengestaltung erfolgt autonom und ohne vorherige Kontrolle oder Lizenzverfahren. Ausgenommen davon sind die substitutive Krankenversicherung, bei welcher die Versicherungsbedingungen und die Prämienberechnungsgrundsätze (und Berechnung der mathematischen Rückstellungen) zwingend bei der Aufsicht vorgelegt werden müssen, sowie alle Pflichtversicherungen (Vorlage der Versicherungsbedingungen).

Für die einzelnen Produkte muss keine Genehmigung eingeholt werden, da eine umfassende Kontrolle der Kalkulationsgrundlage sowie umfassende Forderungen nach Kapitalausstattung (Anlagenverordnung) und Solvabilität vorhanden sind.

Nachfolgend werden die von den privaten Krankenkassen angebotenen Produkte benannt und kurz beschrieben:

(substitutive) Krankheitsvollkostenversicherung

Die substitutive Krankenversicherung zeichnet sich dadurch aus, dass sie geeignet ist die GKV vollständig oder teilweise zu ersetzen. Sie darf nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden (§ 12 I VAG). Der Leistungsumfang entspricht mindestens dem in der GKV. Das VU verzichtet auf das außerordentliche Kündigungsrecht, behält sich aber das Recht vor, die Beiträge anzupassen. Wie in der GKV wird ein Arbeitgeberanteil gezahlt.

Gedeckt werden Kosten aus Leistungen ambulanter und stationärer Heilbehandlungen (einschließlich Arzneien und Verbandmittel sowie Heil- und Hilfsmittel) sowie

Zahnbehandlung und -ersatz. Die genannten Leistungen können sowohl einzeln als auch in Kombination miteinander abgeschlossen werden.²⁵

Krankentagegeld und Krankenhaustagegeld

Dies sind Versicherungen, die im Krankheitsfall (bei Krankenhausaufenthalt) den Verdienstausfall für den Versicherungsnehmer zahlen. Diese Arten der PKV können auch als Zusatzversicherung für gesetzliche Krankenversicherte abgeschlossen werden.

Pflegeversicherung

Hierzu zählen neben der reinen Pflegepflichtversicherung²⁶, die freiwillige Pflegekosten- und Pfl egetagegeldversicherung, die ebenfalls geeignet sind die gesetzliche Pflegeversicherung zu ergänzen. Grundlage für die Pflegepflichtversicherung bildet das SGB XI. Demnach besteht eine grundsätzliche Versicherungspflicht auch für PKV-Versicherte (§ 1 II SGB XI). Die VU unterliegen dem Kontrahierungszwang für alle Voll-PKV-Versicherten.²⁷

Auslandreisekrankenversicherung

Dies sind zusätzliche Absicherungen des Krankheitsfalles bei Reisen in das (nicht-europäische) Ausland oder zusätzliche Vereinbarungen zur standardmäßigen Versorgung im Ausland.

Sonstige Zusatzversicherungen

Zu den sonstigen Zusatzversicherungen, die als Ergänzung zur gesetzlichen Sozialversicherung dienen, zählen: Kurkosten- und Kurtagegeldversicherung, Auslandsreisekrankenversicherung, private studentische Krankenversicherung, Restschuldversicherung, Vorsorgetarife und Anwartschaftstarife.

²⁵ Ebenfalls zur substitutiven Krankheitsvollkostenversicherung zählt die Quotenversicherung. Sie sichert hauptsächlich Beamte und deren Familienangehörige als Beihilfeberechtigte vollständig ab.

²⁶ Die reine Pflegeversicherung ist an den Krankenversicherungsträger gebunden.

²⁷ Es gelten Besonderheiten in der Tarifierung. So darf das Geschlecht kein Risikomerkmale bilden, die maximale Beitragshöhe ist begrenzt durch den maximalen Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung.

Zusatzversicherungen für gesetzlich Krankenversicherte

Gesetzlich Versicherte können sich zusätzlichen gegen bestimmte Risiken oder für zusätzliche Leistungen absichern. Nach Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes 2003 stieg die Nachfrage nach privater Zusatzabsicherung und es entstanden zahlreiche Kooperationen zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Formen der Zusatzversicherung sind dabei u.a. Wahlleistungen stationärer Krankenhausbehandlung, Wahlleistungen ambulanter Heilbehandlungen und Restkostenerstattung bei Zahnbehandlung und Zahnersatz.

Standardtarif

Weiterhin sind die PKVen gesetzlich verpflichtet, einen sog. Standardtarif für Personen ab 55 Jahren, die mindestens 10 Jahre privat krankenversichert waren, anzubieten.²⁸ Die gebotenen Versicherungsleistungen sind mit denen in der GKV vergleichbar. Der monatlich zu zahlende Höchstbeitrag ist gesetzlich geregelt und entspricht dem durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV (derzeit: EURO 541,65).

Der Versicherungsnehmer hat während der gesamten Vertragslaufzeit das Recht einen Tarifwechsel innerhalb des Versicherungsunternehmens vorzunehmen. Hierbei müssen ihm seine bereits erworbenen Alterungsrückstellungen auf den neuen Tarif angerechnet werden. Dennoch wird erneut eine Gesundheitsprüfung durchgeführt.

2) Vertragsform

Geschlossen werden individuelle Verträge zwischen VN und VU, die unterschiedliche Leistungen enthalten und abhängig von Risiko und Selbstbehalt des Versicherungsnehmers bepreist werden. Die Verträge sind frei gestaltbar und enthalten die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie rechtliche Beschreibungen der Teilgeschäfte. Des Weiteren werden u.a. noch die Zahlungsbedingungen für Prämien und Versicherungsleistungen, Obliegenheiten, Laufzeiten und Kündigungsrechte festgelegt. Dies entspricht insoweit einem klassischen privatrechtlichen Versicherungsvertrag sonstiger Sparten der Individualversicherung.

²⁸ Die Regelungen finden sich in § 257 SGB V.

In der substitutiven Krankenversicherung sind zusätzliche Angaben über die zukünftigen Prämienentwicklungen, durch steigende Krankheitskosten im Alter, zu machen. Weiterhin sind Hinweise, auf mögliche Prämie einschränkungen im Alter zu geben.

3) Rechnungsgrundlagen

In der Personenversicherung gilt allgemein die Vorgabe des VAG, die Prämien anhand angemessener Rechnungsgrundlagen zu kalkulieren. Dabei ist in der substitutiven Krankenversicherung der Rechnungszins vorgeschrieben (§ 11 I Nr. 1 VAG). Die rechtliche Grundlage für die Rechnungsgrundlagen bildet die Kalkulationsverordnung. Sie schreibt die Kalkulation mit einem Rechnungszins von maximal 3,5% (§ 4 KalV) explizit vor.²⁹ Das VU ist ständig angehalten, die Rechnungsgrundlagen zu prüfen und den aktuellen Gegebenheiten anzupassen.

Das der Beitragskalkulation zugrunde liegende Kapitaldeckungsverfahren zeigt, dass steigenden Krankheitskosten im Alter und andere Änderungen im Vertragsablauf durch Kapitalansammlung (Sparprozesse) Rechnung getragen wird. Rechnungsgrundlage sind die periodischen Erwartungswerte der Leistungszahlungen für ein Einzelrisiko eines bestimmten Lebensalters und Geschlechts für jede definierte Leistungsart (Kopfschäden³⁰). Darüber hinaus werden Zuschläge für Abschluss-, Verwaltungs- und Schadenregulierungskosten erhoben. Aber auch Sterblichkeit und Stornowahrscheinlichkeiten werden berücksichtigt.

Da das VU auf sein Kündigungsrecht verzichtet, hat es das Recht und die Pflicht Beitragsanpassung der einzelnen Verträge vorzunehmen. Regelmäßig muss ein Vergleich der tatsächlichen und der rechnungsmäßigen Schäden vorgenommen werden. Außerdem erhebt das VU einen gesetzlich vorgeschriebene Beitragszuschlag (§ 12 4a VAG). Beitragszuschläge³¹ werden in der PKV in Höhe von 10% der gezillmerten Bruttoprämie erhoben und sind von allen Vollversicherten zwischen 21 und 60 Jahren zu zahlen. Dieser Zuschlag ist direkt den Alterungsrückstellungen zuzuführen und zur Verwendung der Prämienermäßigung im Alter gedacht. Die Alterungsrück-

²⁹ Im Anhang (3) ist die genaue Beitragsberechnung zu finden.

³⁰ Beispielhaft findet sich im Anhang (4) die Kopfschadenstatistik für einen ambulanten und einen stationären Tarif.

³¹ Dieser Zuschlag wird aufgrund der Alterung der Versicherungsbestände und den damit verbundenen steigenden Kosten für Heilbehandlungen bzw. hohen Krankheitskosten für Alte erhoben.

stellung entspricht dem erwarteten Barwert zukünftiger Krankenversicherungsleistungen verringert um den erwarteten Barwert zukünftiger Prämienzahlungen.

Die Bildung einer Alterungsrückstellung ist nach § 341 f HGB vorgeschrieben, um die steigenden Krankheitskosten im Alter nicht vollständig in Prämien erhöhungen umlegen zu müssen und eine „gleich bleibende“ Prämie über die lange Vertragslaufzeit zu gewährleisten.

Dies hat zur Folge, dass bei Vertragsbeginn und während der ersten Versicherungsjahre die vom VN zu zahlende Periodenprämie stets höher ist als sein periodisch korrespondierendes tatsächliches Krankheitskostenrisiko. Die Prämie enthält zunächst also eine Art Sparanteil zur Bildung der Alterungsrückstellungen, welcher zudem über die Vertragslaufzeit hinweg verzinst wird. Die im Alter gemessen an den periodisch erwarteten Krankheitskosten zu geringe Periodenprämie wird dann im notwendigen Umfang durch Entnahmen aus der zuvor gebildeten Rückstellung ergänzt (Entsparprozess). Dennoch können Prämiensteigerungen im Alter nicht gänzlich vermieden werden. Auf die Problematik der Alterungsrückstellung wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch näher eingegangen.

Der VN hat ein Recht auf eine Mindestgewinnbeteiligung gemäß § 81d VAG. Rechtsgrundlage für die Überschussbeteiligung bildet der § 12 a VAG. Dem VN kommen dabei 90% des Überzinses multipliziert mit der Alterungsrückstellung des Vorjahres zugute. Der Überzins ergibt sich aus der Differenz zwischen dem durchschnittlichen Kapitalanlagezins und dem rechnungsmäßigen Zins.

Die nachfolgende Graphik veranschaulicht noch einmal die Überschussbeteiligung in der PKV.

Da nicht alle VN Beitragszuschläge auf ihre Bruttoprämien zahlen, kommen die auf den Beitragszuschlag entfallenden Zinsen nur den VN zugute, die ihn auch leisten. Nach Abzug der Zinsen auf den Beitragszuschlag werden 62%³² des Restbetrags als Direktgutschrift den VN angerechnet. Weiterhin erfolgt eine Zuführung zur erfolgsunabhängigen Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen zur Beitragsermäßigung der über 65-jährigen VN (38% des Restbetrags, der entsprechend fällt).

³² Der Prozentsatz wächst jährlich zum 31.12. bis er zum 31.12.2025 100% erreicht hat.

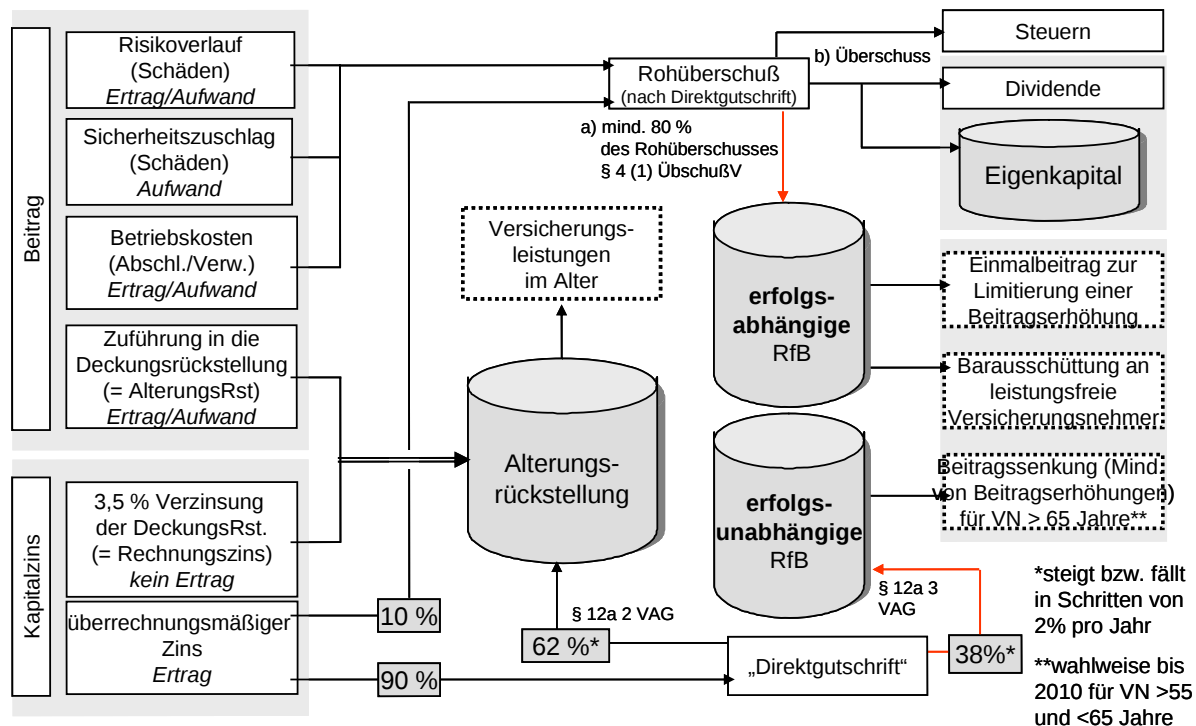


Abbildung 5: Überschussbeteiligung in der PKV (Überblick)

Zusätzlich sind mindestens 80% des gesamten Überschusses unter Berücksichtigung der vorher zugeteilten Beträge den erfolgsabhängigen RfB zuzuführen. Diese können bar ausgeschüttet werden oder als Einmalbeiträge zur Limitierung einer Beitragsanpassung verrechnet werden.

(2) Umsatzvolumen / Geschäftsentwicklung

Die 54 von der BaFin beaufsichtigten privaten Krankenversicherer erzielten im Jahr 2005 Beitragseinnahmen von insgesamt EURO 27,3 Mrd. (2004: EURO 26,5 Mrd.; 2003: EURO 24,8 Mrd.). Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Steigerung von 3,5% (6,9%; 7,2%). Da die Ergebnisse für das Jahr 2005 noch nicht vollständig erhoben sind, werden wir uns im Folgenden hauptsächlich auf die Ergebnisse des Jahres 2004 beziehen.

Der Rückgang des Neugeschäfts beeinflusste hauptsächlich die Verringerung der Beitragseinnahmen. Die Diskussion über die Zukunft der PKV mag ein ausschlaggebender Punkt für den Rückgang des Neugeschäfts sein.

Zur Ermittlung der generellen Ertragskraft wird der Rohüberschuss herangezogen. Die absolute und prozentuale Entwicklung des Rohüberschusses in den letzten fünf Jahren ist nachfolgend dargestellt.

2004	2003	2002	2001	2000
4,293 Mrd. €	3,501 Mrd. €	2,088 Mrd. €	2,695 Mrd. €	3,406 Mrd. €
+22,6%	+67,7%	-22,5%	-20,9%	k.A.

Abbildung 6: Rohüberschuss vor Steuern³³

(3) Steuersystem

Für alle Versicherungsunternehmen gilt das allgemeine Steuerrecht. Dabei sind die folgenden Steuerarten zu entrichten: Ertragssteuern (Körperschafts-, Gewerbesteuer), Substanzsteuern (Grundsteuer), Verkehrssteuern (Umsatz-, Versicherungs- und Feuerschutzsteuer) und Verbrauchssteuern. Ausnahmen gelten für Krankenversicherungen, die von der Versicherungssteuer und natürlich von der Feuerschutzsteuer ausgenommen sind.

Insbesondere finden sich Regelungen für die Körperschaftssteuer in den § 20 – 21 KStG. Hierbei wird die steuerliche Abzugsfähigkeit von Zuführungen zu versichertechnischen Rückstellungen und von Zuführungen zur RfB geregelt. Die Besteuerung der Zahlungen von Versicherungsprämien sowie Ausnahmen von der Steuerpflicht finden sich im Versicherungssteuergesetz.

(4) Beziehungen zwischen PKV und Leistungserbringern

Zur genaueren Beleuchtung der möglichen Kontrolle der Behandlungsvergütung und der Beziehungen zwischen PKV und den Leistungserbringern ist es erneut zweckmäßig, die klassische Vertragsstruktur zwischen PKV und VN näher zu beleuchten. Wie die folgende Graphik verdeutlicht, haben die PKVen keine direkten Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern im deutschen Gesundheitswesen.

Der VN zahlt seine Prämie an die PKV. Generell bekommt der VN die Rechnung des Leistungserbringers zugestellt und muss diese begleichen. Er erhält dafür eine Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen durch die PKV in Abhängigkeit der vereinbarten Leistungen.

Es wird deutlich, dass die PKV aufgrund des dualen Vertragsmodells in keinem direkten Kontakt zu den Leistungserbringern steht. Die Krankenkassen führen lediglich eine Plausibilitätskontrolle der Rechnungen durch. Nur in Ausnahmefällen reicht der VN die Rechnung an die PKV direkt weiter und diese begleicht sie.

³³ Quelle: BaFin Statistik 2004.

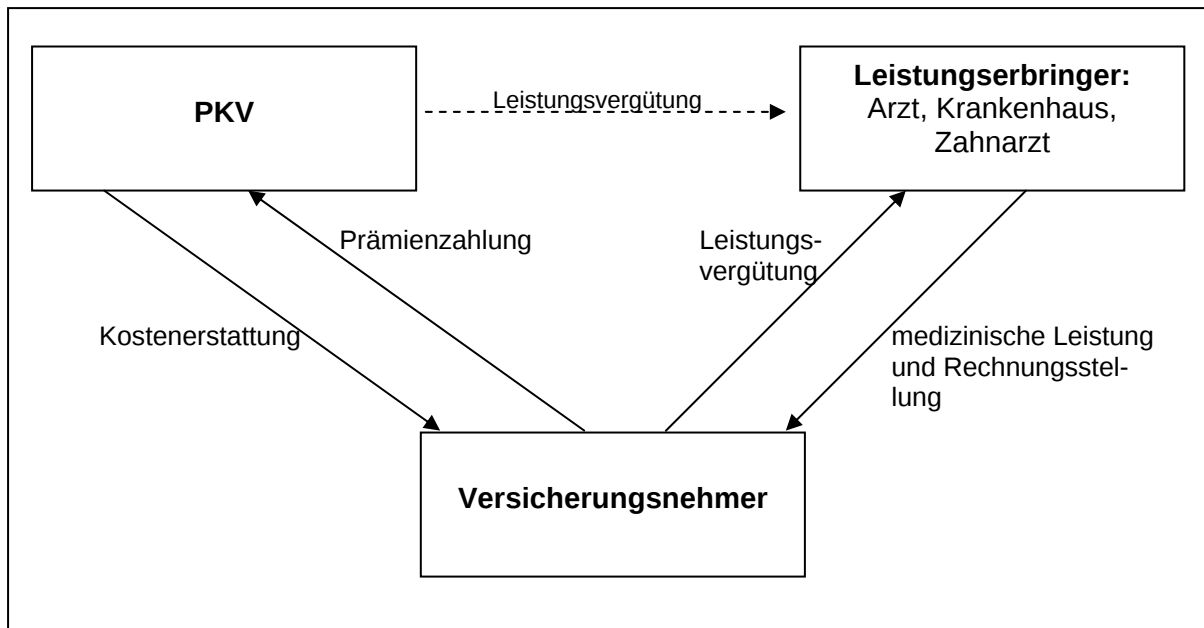


Abbildung 7: Beziehungen in der PKV

(5) Exogene Einflüsse der Finanzierbarkeit der GKV und PKV

Die Problematik des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschritts sowie ihre negativen Auswirkungen auf die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens durch erhebliche Kostensteigerungen wurden bereits angesprochen. Die Probleme der Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen könnten aber durch Effizienzverbesserungen im Gesundheitssektor entschärft werden. Bestehende Ineffizienzen, insbesondere im diagnostischen aber auch im verwaltungsbezogenen Bereich könnten vor allem durch strukturelle Veränderungen beseitigt werden. Durch Managed Care Systeme zur Steuerung der Patientenversorgung ergeben sich Möglichkeiten der Qualitätssteigerung und der Effizienzverbesserung womit erhebliche Kostenreduktionen einhergehen. Seit der letzten Gesundheitsreform 2004 kann eine Entwicklung in diese Richtung in der GKV bereits beobachtet werden. Themen wie Integrierte Versorgung, Disease Management Programme und Optimierung der Behandlungspfade der Patienten gelangen zu immer größerer Bedeutung und werden intensiv verfolgt.

Aufgrund der Größe des Versichertenbestandes in der GKV sind Möglichkeiten zur Optimierungen und Effizienzverbesserung bzw. zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern eindeutig gegeben. Seit

einiger Zeit beginnen sich Hausarztmodell³⁴ und die Abschlüsse von Verträgen zwischen Leistungserbringern und der GKV³⁵ zu etablieren. Vor allem die veränderte Gesetzeslage mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens und die damit verbundene Verpflichtung zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit ambulanter und stationärer GKV-Leistungen vereinfachen die Möglichkeiten zur Kostenkontrolle und die Verbesserung der Patientenbetreuung in der GKV.

Hingegen sind die Möglichkeiten in der PKV, Einfluss auf die Versorgung der Patienten zu nehmen, eher eingeschränkt. In Deutschland existiert keine übergeordnete Kontrollinstanz, die die Leistungserbringer insbesondere die Krankenhäuser beaufsichtigt oder überwacht.³⁶ Dadurch resultierende Ineffizienzen in der Patientenversorgung und überhöhte Kosten, sind aufgrund des geringen Marktanteils und der geringen lokalen Konzentration der PKVen bezogen auf den Gesamtmarkt leicht zu erklären.³⁷

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der strikt gesetzlich geregelten Budgetierung der Kassenärzte, die die „fehlende“ Vergütung auf die privatversicherten Patienten abwälzen und so Quersubventionierung der gesetzlich Krankenversicherten betreiben. Hieraus lassen sich u.a. die Ausgabesteigerungen der PKVen in den letzten Jahren erklären. Im Jahr 2004 erhöhten sich die Ausgaben der PKV im Gegensatz zum Vorjahr um 3,4%. Die Ausgaben in der GKV sanken im gleichen Zeitraum um 3,6%.

(6) Kontrolle der Behandlung und der Vergütung

Aufgrund des dualen Vertragsmodells nach dem Kostenerstattungsprinzip ist in der PKV kein direkter Kontakt zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen gegeben. Im gegenwärtigen Vergütungssystem der PKV ist es weitgehend unmöglich,

³⁴ Das Hausarztmodell beschränkt das Recht des GKV-Versicherten auf die freie Wahl seines Arztes indem es ihn verpflichtet, im Krankheitsfall zunächst seinen Hausarzt aufzusuchen. Der Hausarzt entscheidet dann über eine mögliche Überweisung an einen Spezialisten (Facharzt).

³⁵ Bislang besteht das unmittelbare Vertragsverhältnis typischerweise ausschließlich zwischen Krankenkassen und den Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen.

³⁶ Problematisch sind dabei vor allem die unterschiedlichen Trägerstrukturen und damit die Vergleichbarkeit der einzelnen Krankenhäuser. Es gibt freigemeinnützige (66%), öffentlich-rechtliche (24%) und private (10%) Krankenhäuser in Deutschland.

³⁷ So hat die größte PKV Debeka im privaten Krankenversicherungsmarkt einen Marktanteil von etwa 14% im Vergleich zum Gesamtmarkt hat sie aber nur etwa 1,3% relevanten Marktanteil. Auch wenn sich die drei größten PKVen (38,7% PKV-Marktanteil) zusammenschließen würde, erreichten Sie nur einen Gesamtmarktanteil von 3,7%.

Verträge direkt mit einzelnen Leistungserbringern abzuschließen, um finanzielle Anreize für bessere Qualität zu generieren. Dies resultiert aus dem Vorhandensein der umfangreichen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ), in denen die Entlohnung unabhängig von der erbrachten Qualität geregelt ist. Aus diesem Grund ist ein Qualitätswettbewerb de facto nicht vorhanden.

Die PKV ist nur in der Lage in direkten Kontakt zu den Leistungserbringern zu treten, wenn es ihr gelingt ein Versorgungsnetzwerk unter Mitarbeit bestimmter Leistungserbringer aufzubauen. In Anlehnung an § 140 a SGB V könnte dies in einer Art Integriertem Versorgungssystem vergleichbar mit den Möglichkeiten der GKV realisiert werden. Hierbei ist nicht nur die Akzeptanz der Leistungserbringer, sondern auch die Bereitschaft der Versicherten zur Teilnahme an solchen Formen der Versorgung erforderlich.

Probleme dieser Systeme würden aber in der flächendeckenden Versorgung auftreten, da die privaten Krankenversicherungen nur einen kleinen Marktanteil innehaben. Überdies ist auch bei der Kooperation mehrerer Anbieter zu vermuten, dass die Mindestmenge an Versicherten nicht erreicht würde, um solch ein Netzwerk effizient nutzen zu können.

Dennoch ist in den letzten Jahren zu beobachten, dass sich auch die privaten Krankenversicherer immer mehr mit dem Thema Kooperationen und Disease-Management-Programmen (DMP) auseinandersetzen und diese auch verstärkt anbieten. Vor allem für Diabetes Mellitus Kranke werden derzeit solche Behandlungsprogramme angeboten.

Eine weitere Möglichkeit zur Qualitätsverbesserung wäre die Beratung der Patienten über die Qualität der Leistungserbringer. Dies wird momentan nur in sehr geringem Umfang betrieben, da die bei den PKVen vorhandene Datenbasis nur geringe Informationen über die Leistungserbringer enthält und sich eine objektive Qualitätsmessung der ärztlichen Kunst grundsätzlich als schwierig erweist. Um eine ausreichend große Datenmenge zu generieren, könnte eine Zusammenarbeit mit den GKVn nützlich sein.

Weiterhin werden auch von einigen privaten Krankenversicherern Hausarztmodelle angeboten, mit denen versucht wird, Behandlungspfade durch ein aktives Patientenmanagement zu optimieren und Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden.

Die Frage der Intensität der Bemühungen um diese Programme richtet sich nach dem Wettbewerbsvorteil, den die PKVen dadurch erreichen könnten. Dieser wäre aber nur dann erreichbar, wenn die VN die Qualitätsverbesserung erkennen und zugleich ihre eingeschränkte Wahlfreiheit akzeptieren.

Das momentan noch fehlende Gesundheitsmanagement kann auf geringe wirtschaftliche Anreize aufgrund fehlenden Wettbewerbs um Bestandskunden zurückgeführt werden. Ein weiterer Grund sind rechtliche Hindernisse für Steuerungsinstrumente, die auf Leistungserbringer gerichtet sind, aufgrund der feststehenden Gebührenverordnungen der (Zahn-) Ärzte.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die PKVen nur sehr geringe Möglichkeiten haben die Qualität und Effizienz im deutschen Gesundheitswesen zu beeinflussen. Die fehlenden Vertragsbeziehungen könnten durch die Reform des VVG beseitigt werden. Hiermit könnte auch das Kostenerstattungsprinzip abgeschafft werden und das Angebot einer Beratung über medizinische Leistungserbringer etabliert werden.

E. Beispiele erfolgreicher privater Krankenversicherer

Nachfolgend werden einige Beispiele erfolgreicher privater Krankenversicherungsunternehmen angeführt. Die Betrachtung schließt dabei nur die 38 Krankenversicherer mit ein, die u.E. den generellen Krankenversicherungsmarkt darstellen.³⁸ Dabei werden die drei größten PKVen und drei junge, erfolgreiche PKVen verglichen. Das Alter des jeweiligen VU ist besonders wichtig, weil naturgemäß der Typ des stark wachsenden, jungen Versicherers Unterschiede in bestimmten Kennzahlen im Vergleich zu „alten“ PKVen aufweist. Die betrachteten Zahlen in den weiteren Ausführungen beziehen sich überwiegend auf den Jahresabschluss 2004 der einzelnen VU.³⁹

Zu den im weiteren Verlauf besprochenen „alten“ Krankenversicherern zählen Debe-ka Krankenversicherungsverein a. G. (100 Jahre), DKV Deutsche Krankenversicherung AG (78) und Allianz Private Krankenversicherungs-AG (80). Sie sind gleichzeitig die Marktführer.

³⁸ Auf diese Aufteilung wurde oben bereits hingewiesen.

³⁹ Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Artikels liegen die Daten aus 2005 noch nicht vor.

Die „jungen“ Krankenversicherer, die am erfolgreichsten erscheinen, sind HUK-Coburg Krankenversicherung AG (15 Jahre), LVM Krankenversicherungs-AG (23) und Union Krankenversicherung AG (24).

Die Anteile am Markt der einzelnen VU nach gebuchten Bruttoprämien sind wie folgt verteilt:

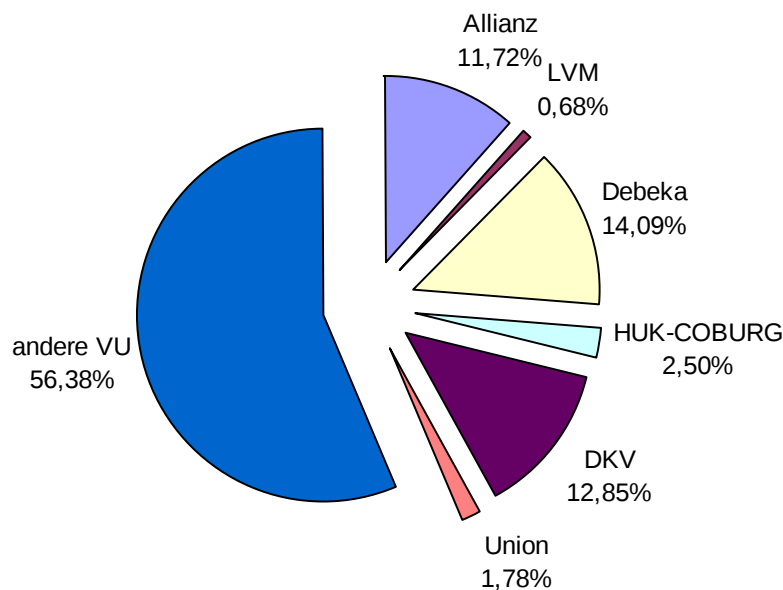


Abbildung 8: Marktanteile der drei größten und drei jungen Versicherungsunternehmen

Die Debeka besitzt dabei den größten Marktanteil im Krankenversicherungsmarkt mit 14,09% und ist eines der ältesten Unternehmen am Markt. Durch eine gezielte Selektion der Versicherungsnehmer und eine konsequente, konservative Anlagepolitik kann sie sich seit langem als Marktführer behaupten. Ein weiterer Vorteil für die Debeka ist ihre historisch bedingte Nähe zum unter Risikogesichtspunkten vorteilhaften Kundensegment der Beamten und Beschäftigten im öffentlichen Dienst.

Es wird weiterhin deutlich, dass die drei jungen Unternehmen einen sehr geringen Marktanteil besitzen. Die Debeka ist damit Marktführer gefolgt von DKV und Allianz. HUK, LVM und Union nehmen Platz 13, 23 und 17 ein. Eine Auflistung aller 38 betrachteten Krankenversicherer findet sich im Anhang

Bei der online Recherche zeigt sich, dass vor allem die großen Krankenversicherer Modelle zur Qualitätserhöhung und zur Informationssteigerung bei den Patienten anbieten. Allen voran die Allianz, die durch Beteiligung der VN an einem Hausarztmodell und damit die Vermeidung von Doppeluntersuchungen die Beiträge für die VN reduziert. Weiterhin bietet sie ein integriertes Gesundheitsmanagement und einen Gesundheitslotsen an, der ein Gesundheitstelefon und DMP beinhaltet. Die Allianz kooperiert u.a. mit Zahnlabors und Kliniken, um für ihre Versicherten gleich bleibende Qualität und Service gewährleisten zu können. Auch Debeka und DKV bieten online ein Gesundheitsportal an, um die Informationsdichte für den VN zu steigern. Die DKV bietet ebenfalls ein Vertragsarztmodell an.

Ebenfalls hervorzuheben ist die HUK, die einen sehr jungen Bestand und eine günstige Kostenstruktur aufweist. Durch alternative Vertriebswege und effiziente Strukturen behauptet sie sich sehr erfolgreich am Markt.

Die nachfolgenden Tabellen veranschaulichen vergleichend die aktuellen Kennzahlen der sechs oben genannten Versicherer bezogen auf das Geschäftsjahr 2004. Ausgewählte Kennzahlen werden im Folgenden besprochen.

In den ersten Zeilen der Tabellen ist ersichtlich, dass die drei jungen VU, aufgrund kleinerer Bestände, wesentlich geringere Beitragseinnahmen verbuchen. Dennoch zeigt sich in der Verteilung nach Hauptversicherungsarten ein sehr ähnliches Bild bei allen Versicherern. Das Hauptgeschäft aller VU ist das Krankheitsvollkostengeschäft.

In den Wachstums Kennzahlen (Nr. 10-19) spiegeln sich die Veränderungen der verdienten Bruttoprämien und der natürlich versicherten Personen wieder. Hierdurch kann das Wachstum eines Unternehmens beurteilt werden. Dennoch kann durch ein Beitragswachstum noch keine Aussage über ein gutes Neugeschäft getroffen werden. Dies kann z.B. auf Beitragserhöhungen zurückzuführen sein. In Kombination mit einer Veränderung der Anzahl der versicherten Personen ist aber eine konkrete Angabe über das Wachstum möglich.

	2004	Allianz Private	Debeka K	DKV	Durch- schnitt
	Bestand				
1	gebuchte Bruttoprämien direkt (Mio €) davon in %	3.019,62	3.628,92	3.311,31	3.319,95
2	gebuchte Bruttoprämien direkt Haupt- versicherungsarten (Mio €) davon in %	2.997,48	3.608,80	3.268,02	3.291,43
3	Krankheitskostenvoll-V.	72,75%	81,90%	67,85%	74,167%
4	Krankentagegeld-V.	4,01%	0,95%	4,99%	3,317%
5	Krankenhaustagegeld-V.	3,09%	2,41%	3,45%	2,983%
6	Krankenkostenteil-V.	13,22%	5,65%	16,96%	11,943%
7	Pflege-V.	6,93%	9,09%	6,75%	7,590%
8	Anzahl vers. natürliche Personen	2.397.791	3.055.699	2.894.100	2.782.530
9	Durchschnittsprämie, vers. natürliche Personen	1.259,33	1.187,59	1.144,16	1.197,03
	Wachstumsraten in % verdiente Bruttoprämien				
10	1999-2000	2,91%	2,58%	3,60%	3,03%
11	2000-2001	2,58%	3,13%	2,44%	2,72%
12	2001-2002	3,60%	9,01%	2,92%	5,18%
13	2002-2003	-0,90%	7,59%	7,23%	4,64%
14	2003-2004	2,02%	10,98%	2,02%	5,01%
	Zahl vers. natürliche Personen				
15	1999-2000	0,09%	2,03%	-0,45%	0,56%
16	2000-2001	0,44%	2,65%	-0,81%	0,76%
17	2001-2002	0,25%	3,25%	-0,06%	1,14%
18	2002-2003	2,87%	2,84%	0,02%	1,91%
19	2003-2004	2,64%	4,54%	2,15%	3,11%
	Gewinn				
20	Bruttoüberschuss vor Steuern	428,06	531,27	337,09	432,14
21	... in % der Gesamterträge	11,59	11,82	9,05	10,82
22	Versicherungsgeschäftliches Ergebnis (PKV-Verband)	338,40	347,93	345,54	343,96
23	... in % der verdienten Bruttoprämie	11,21	9,59	10,38	10,39
24	Schadenquote (PKV-Verband)	77,91	85,03	76,33	79,76
25	Betriebskostenquote, brutto	10,88	5,51	13,30	9,90
26	Verwaltungskostenquote, brutto	2,95	1,57	3,50	2,68
27	Abschlusskostenquote, brutto	7,93	3,94	9,79	7,22
28	Nettoverzinsung KA inkl. Stille Reserven	6,04	7,06	5,46	6,19
	Sicherheit				
29	jeweils in % der gebuchten Bruttoprämie EK	8,94	8,07	15,07	10,69
30	Deckungs-/AltersRST	413,08	347,59	458,86	406,51
31	RfB, gesamt	787,84	1.413,48	663,84	955,05
32	RfB-Quote	21,38	35,92	15,37	24,23
33	Zuführungsquote RfB-Bestand lt. PKV-Verband	11,61	14,55	8,48	11,55
34	Deckungs-/AltersRST pro vers. nat. Person KKV in €	16.025,41	6.562,20	18.976,88	13.854,83
35	Solvabilitätsdeckungsgrad in %	159,44	149,08	282,21	196,91

Abbildung 9: Kennzahlen ausgewählter PKVen I

	2004	HUK- Coburg	LVM	Union	Durch- schnitt	Branche gesamt
	Bestand					
1	gebuchte Bruttoprämien direkt (Mio €) davon in %	643,62	175,50	458,63	425,92	25.711,77
2	gebuchte Bruttoprämien direkt Haupt- versicherungsarten (Mio €) davon in %	587,72	171,77	418,28	392,59	25.201,10
3	Krankheitskostenvoll-V.	79,86%	74,49%	65,90%	73,42%	72,85%
4	Krankentagegeld-V.	2,96%	5,42%	6,86%	5,08%	4,09%
5	Krankenhaustagegeld-V.	0,95%	3,43%	3,60%	2,66%	3,03%
6	Krankenkostenteil-V.	7,74%	9,49%	17,67%	11,63%	12,79%
7	Pflege-V.	8,50%	7,17%	5,97%	7,21%	7,24%
8	Anzahl vers. natürliche Personen	611.232	2.105,99	795.125,00	469.488	24.139.046
9	Durchschnittsprämie, vers. natürliche Personen	1.052,98	833,35	576,70	821,01	1.065,14
	Wachstumsraten in % verdiente Bruttoprämien					
10	1999-2000	17,77%	13,77%	9,75%	9,45%	4,14%
11	2000-2001	18,71%	8,99%	10,69%	19,19%	4,95%
12	2001-2002	21,72%	13,18%	9,74%	13,05%	6,23%
13	2002-2003	16,39%	10,68%	8,27%	11,70%	7,12%
14	2003-2004	16,91%	12,58%	8,26%	2,77%	6,76%
	Zahl vers. natürliche Personen					
15	1999-2000	11,62%	3,50%	2,78%	7,69%	1,42%
16	2000-2001	-33,39%	3,16%	6,32%	-11,96%	1,68%
17	2001-2002	11,31%	4,80%	3,67%	7,86%	1,79%
18	2002-2003	9,08%	5,80%	5,01%	3,03%	3,25%
19	2003-2004	43,41%	8,56%	11,61%	11,38%	5,95%
	Gewinn					
20	Bruttoüberschuss vor Steuern	56,92	27,57	53,60	46,03	3.251,92
21	... in % der Gesamterträge	8,08	13,84	10,55	10,82	10,72
22	Versicherungsgeschäftliches Ergebnis (PKV-Verband)	46,51	23,17	47,53	39,07	2.726,49
23	... in % der verdienten Bruttoprämie	7,23	13,21	10,38	10,27	10,58
24	Schadenquote (PKV-Verband)	86,46	74,89	74,96	78,77	77,73
25	Betriebskostenquote, brutto	6,40	11,98	14,74	11,04	11,78
26	Verwaltungskostenquote, brutto	1,18	2,67	2,97	2,27	2,89
27	Abschlusskostenquote, brutto	5,22	9,31	11,77	8,77	8,84
28	Nettoverzinsung KA inkl. Stille Reserven	5,58	5,67	6,80	6,02	5,73
	Sicherheit					
29	jeweils in % der gebuchten Bruttoprämie EK	11,15	15,94	11,41	12,83	13,49
30	Deckungs-/AltersRST	169,44	241,02	221,31	210,59	354,82
31	RfB, gesamt	96,82	73,37	83,58	84,59	6.744,79
32	RfB-Quote	13,85	40,79	16,42	23,69	22,84
33	Zuführungsquote RfB-Bestand lt. PKV-Verband	8,90	14,99	10,13	11,34	10,85
34	Deckungs-/AltersRST pro vers. nat. Person KKV in €	3.709,44	7.254,87	8.963,25	6.642,52	11.375,35
35	Solvabilitätsdeckungsgrad in %	189,48	296,35	212,46	232,76	239,39

Abbildung 10: Kennzahlen ausgewählter PKVen II

Es wird deutlich, dass vor allem die jungen VU in den letzten fünf Jahren sehr schnell gewachsen sind. Außerdem lässt sich das allgemeine Erhöhung der Bestände in den letzten Jahren primär auf das wachsende Geschäft mit der Zusatz- und Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte aufgrund des eingeschränkten Leis-

tungsumfangs der GKV zurückführen. Je reduzierter der Leistungsumfang der GKV desto größer wird das Zusatzangebot der PKVen.

Als Beispiel sei die Allianz angeführt, die sich, wie die anderen Versicherer ebenfalls, sehr stark auf das Neugeschäft mit Zusatzversicherungen konzentriert. In diesem Segment konnten sie im Jahr 2004 eine Steigerung von 4,5% verbuchen. Im Gegensatz dazu reduzierte sich das Neugeschäft in der Vollversicherung aufgrund des fehlenden Wettbewerbs und der Debatte über eine Gesundheitsreform um 1% im Vergleich zum Vorjahr.

Die Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote (Nr. 22) gibt an wie viel nach Anzug der Versicherungsleistungen und Kosten von den Prämien übrig bleibt. Hierdurch kann gezeigt werden, ob alle Aufwendungen durch die Summe der Beiträge und der rechnungsmäßigen Verzinsung ausreichend gedeckt wurden.

Die Verwaltungs- und Abschlusskostenquoten (Nr. 26 und 27) geben an, wie hoch die Aufwendungen für Kundenberatung und -betreuung sowie Aufwendungen für Vertragsabschlüsse in Relation der verdienten Bruttoprämien stehen. Begünstigt durch ihre Bestandstruktur hat hier die Debeka die geringsten Kostenquoten, da sie als großer Beamtenversicherer fast nur Beihilfetarife anbietet. Gleiches gilt für die HUK.

In der Nettoverzinsung der Kapitalanlagen (Nr. 28) spiegelt sich wieder, wie erfolgreich das VU wirtschaftete. Es werden sämtliche Erträge und Aufwendungen der Kapitalanlagen berücksichtigt. Alle hier betrachteten VU erzielen gute Ergebnisse. Herauszuheben ist vor allem die Debeka, die durch ihre konservative Anlagenpolitik eine sehr gute Nettoverzinsung ihrer Kapitalanlagen erwirtschaftet, die weit über dem Branchendurchschnitt liegt.

RfB (Nr. 32) gelten als Puffer für das VU in hohen Schadenjahren. Sie geben Auskunft über die Struktur des VU und damit über die Mittel, die ein VU zurückstellt, um die Versicherten am Erfolg zu beteiligen. Im Vergleich zum Branchendurchschnitt haben z.B. Debeka und LVM einen sehr hohen Puffer. Sie sind überdurchschnittlich gut in der Lage eine stabile Beitragsentwicklung zu gewährleisten.

Das Alter der Bestände lässt sich an Deckungs-/Alterungsrückstellung pro versicherter Person in der Krankheitsvollkostenversicherung (KKV) (Nr. 34) ablesen. So sind die Rückstellungen pro Person bei der Allianz und der DKV sehr hoch. Dies deutet auf ein hohes Alter des Bestandes hin. Hingegen sind liegen die Rückstellungen pro Person bei der HUK weiter unter dem Branchendurchschnitt. Hierdurch bestätigt sich die zu Beginn gemachte Aussage über die junge Struktur des HUK-Bestandes.

Dem Solvabilitätsdeckungsgrad (Nr. 35) kommt aufsichtsrechtliche Bedeutung zu. Durch ihn kann eine Beurteilung der bestehenden Sicherheitsmittel im Verhältnis zur Risikolage eines VU getroffen werden. Alle Krankenversicherer am Markt erfüllen die Mindestauflagen der BaFin problemlos.

F. Risikofaktoren im Management von PKVen

(1) Gesetzgebung

Portabilität der Alterungsrückstellung

Scheidet ein VN aus dem Versicherungskollektiv durch Wechsel zu einer anderen PKV aus, so kann er seine angesammelte Alterungsrückstellung nicht mitnehmen. Die Mitgabe des rechnungsmäßigen Deckungskapitals im Stornofall ist nicht möglich. Sie wird an das Versicherungskollektiv vererbt. Dies stellt vor allem für schon länger im Bestand befindliche VN ein erhebliches Problem dar, da sie einen hohen Verlust hinnehmen müssten. Im neuen Versicherungskollektiv müssten sie mit einem Neuaufbau der Alterungsrückstellung beginnen. Hierbei würde erneut eine Risikoprüfung erfolgen und es müssten dem Alter und Gesundheitszustand entsprechend höhere Prämien entrichtet werden. Somit scheint ein Wechsel der PKV ab einem bestimmten Alter und einer bestimmten Zeit im Kollektiv wegen des Verlustes der Alterungsrückstellung nicht ratsam. Damit kommt ein weiterer Aspekt der Probleme privater Krankenversicherungen zum Vorschein. Aufgrund des Verlustes der Alterungsrückstellung findet ein Wettbewerb zwischen den PKVen meist nur noch um Neukunden bzw. jüngere Kunden statt.

Durch die Gesundheitsreform soll nun die Portabilität der Alterungsrückstellungen gesetzlich festgeschrieben werden. Obwohl eine Vielzahl von möglichen Übertragungsmodellen existiert, ist dennoch kein bislang veröffentlichtes Modell geeignet, die individuelle Zuordnung der Alterungsrückstellungen zu ermöglichen. Die Alte-

rungsrückstellung gehört nach heutiger aktuarieller Auffassung dem Kollektiv, da kein individueller Sparbetrag dem einzelnen Vertrag zugeordnet werden kann. Außerdem ergeben sich Antiselektionsprobleme bei der Berechnung der durchschnittlichen Alterungsrückstellung aufgrund des veränderten Gesundheitszustandes seit Beginn des Vertrages.

Gesundheitsreform

Weiterhin ist unklar wie stark die PK-Versicherten zur Finanzierung des Gesundheitsfonds herangezogen werden. Vorerst unterbleibt zwar eine Beteiligung der Versicherten, dennoch kann dies für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden.

Aufgrund der sich durch die Gesundheitsreform ergebenden Wechselmöglichkeiten von der PKV zur GKV bzw. die Pflicht eines Basistarifangebots können Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit noch nicht abgeschätzt werden.

Durch die Gesundheitsreform wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen angeregt, da diese nun ein Wechsel innerhalb der PKV in vergleichbare Tarife ermöglichen müssen. Dies kann Prämienreduktionen und eine Verbesserung des Services zu Folge haben, da die VN nun in der Lage sind, Sanktionen bei überhöhten Prämien und schlechtem Service zu ergreifen.

Quersubventionierung der GKV

Die Art der Budgetierung durch unterschiedliche Honorierungssysteme in GKV und PKV bewirkt einen Anreiz der Kostenverlagerung auf privat Krankenversicherte durch die Leistungserbringer. Die hieraus resultierende Belastung der VN in der PKV durch Einzelleistungsvergütung nach GOÄ bzw. GOZ und unnötige Leistungsausdehnung ist enorm und hat erhebliche Prämiensteigerungen zur Folge.

Auch dieses Problem wird im Zuge der Gesundheitsreform angegangen. Die GOÄ und GOZ soll überarbeitet werden und es soll ein Leistungsverzeichnis mit einer der GKV vergleichbaren Vergütung geschaffen werden.

(2) Kostenentwicklung und Finanzierbarkeit

Inflationsrisiko aufgrund des Anwartschaftsdeckungsverfahrens

Durch die gesamte Preissteigerungsrate im Gesundheitswesen ist ein hohes Risiko der Entwertung der Alterungsrückstellung gegeben. Hingegen ist der individuelle Beitrag des VN im Gegensatz zur GKV weitgehend unabhängig bzw. nur unmittelbar von der demographischen Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen betroffen. So steigen die Kosten der PKV durch Preissteigerungen der Leistungen und längere Lebenserwartung bedingt durch die verbesserte medizinische Versorgung. Auch der Geburtenrückgang wirkt sich im Laufe der Zeit negativ durch eine Verringerung des Neuzugangs auch den Versicherungsbestand aus. Damit entsteht in der PKV, wie auch in der GKV, ein überalterter Versichertenbestand, der sehr kostenintensiv ist. Dies hat Auswirkungen auf die Beitragshöhe.

Probleme in der Kalkulation

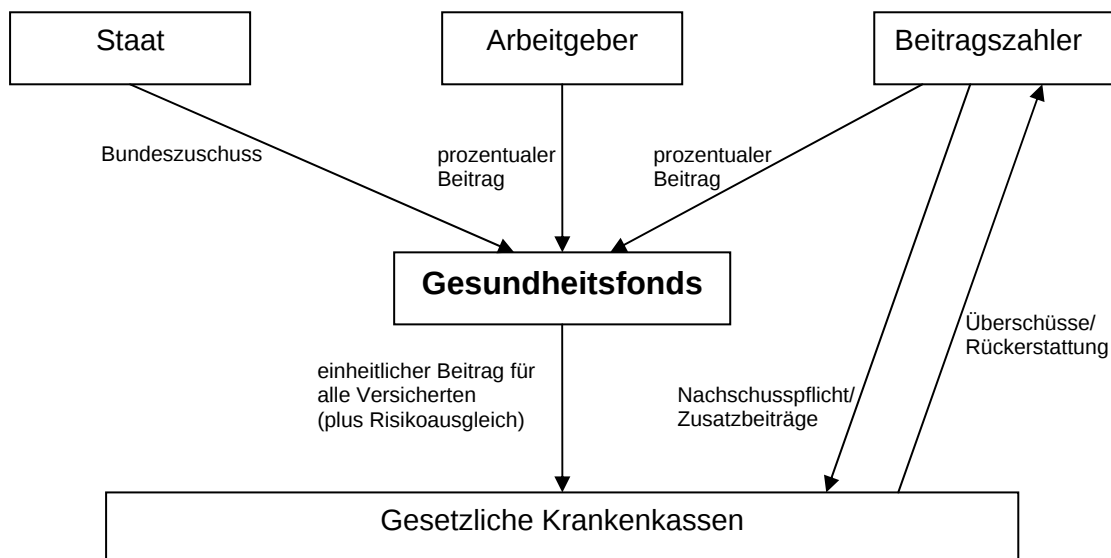
Durch Ineffizienzen im Gesundheitswesen, steigende Krankheitskosten und Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung so hat das VU ein Recht auf Beitragsanpassung. Neukunden zahlen dann eine höhere Prämie und bei Bestandskunden erfolgt eine Beitragsanpassung, die die entstehende Finanzierungslücke in den Alterungsrückstellung decken muss. Aus diesem Grund kann die Beitragsanpassung, vor allem bei bereits sehr lange bestehenden Verträgen, überproportional hoch ausfallen.

G. Anhang

(1) Systematischer Aufbau des deutschen Versicherungsrechts

Regelung der Beziehungen zwischen VU und VN	Regelungen das VU betreffend	
	privatrechtlich	öffentlich-rechtliche
- VVG - BGB - HGB	- Regelungen des allg. Unternehmensrechts: Aufbau - AktG - BGB - HGB (z.B. Kaufmannseigenschaft)	- Regelungen des allg. Unternehmensrechts: Funktionsweise - HGB (Rechnungslegung) - Rechnungslegungsverordnungen: (ÜschV, KalV, RechVersV etc.)
	- Regelungen des speziellen Unternehmensrechts: - VAG (-> VVaG)	- Regelungen des speziellen Unternehmensrechts: - VAG (Aufsichtrecht) - VwVfG - Rechtsverordnungen (VwGO)

(2) Die neue Gesundheitsversicherung (Überblick)



(3) Beitragsberechnungsprinzip in der PKV

Risikobeitrag

+ Sparbeitrag

= Nettoprämie

+ Sicherheitszuschlag

+ Zuschlag für den Standardtarif (nur bei Optionstarifen)

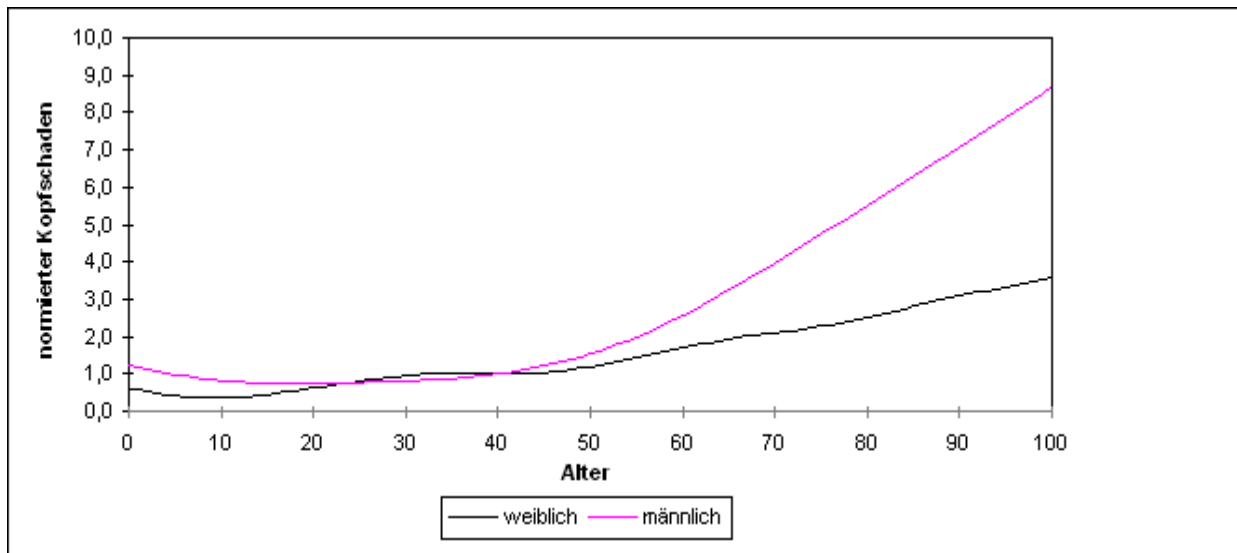
+ Gesamtkostenzuschlag

= Bruttoprämie

+ 10% gesetzlicher Bruttobeitragszuschlag bis 60 Jahre

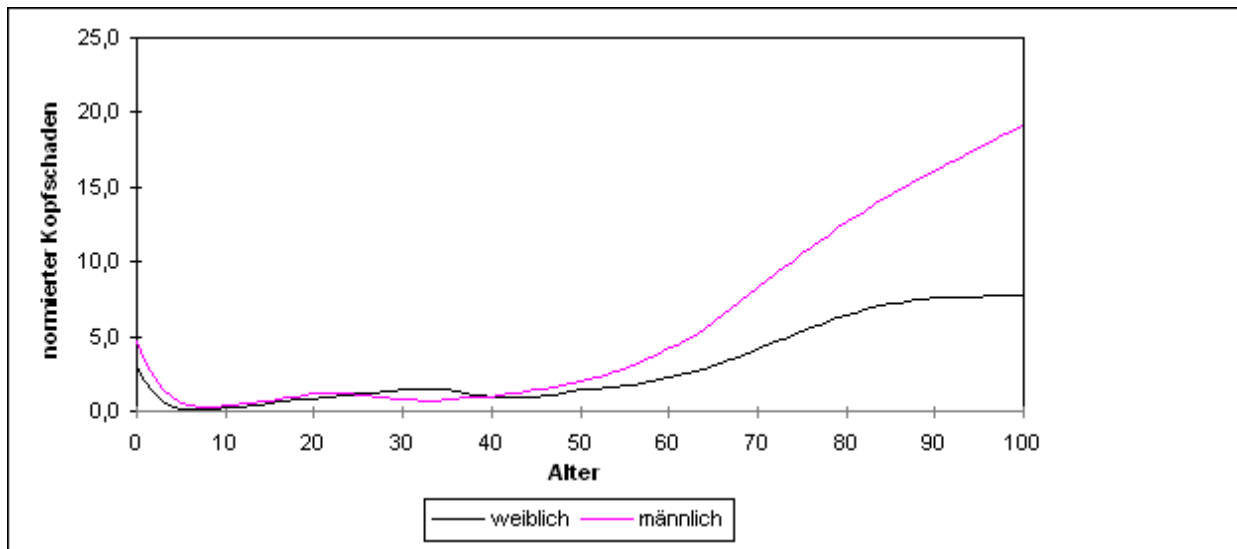
(4) Kopfschäden ambulanter und stationärer Tarif⁴⁰

Kopfschadenstatistik Ambulanttarif



Auswertung der Erstattungsbeträge	Grundkopfschaden weiblich	2.096 Euro
	Grundkopfschaden männlich	1.044 Euro

Kopfschadenstatistik Stationärtarif Zweibettzimmer



Auswertung der Erstattungsbeträge	Grundkopfschaden weiblich	462 Euro
	Grundkopfschaden männlich	293 Euro

⁴⁰ Quelle: Wahrscheinlichkeitstafeln 2004.

(5) Aufstellung der wichtigsten deutschen Privaten Krankenversicherungsunternehmen

	Rechtsform	Größe	Alter
Allianz Private K	AG	3	81
Alte Oldenburger K	VVaG	27	79
ARAG K	AG	22	73
AXA K	AG	10	44
Barmenia K	VVaG	8	79
Bayerische Beamten K	ör	6	73
BBV K	VVaG	37	14
Central K	AG	5	93
Concordia K	VVaG	34	16
Continental K	VVaG	7	102
DBV-Winterthur K	AG	9	97
Debeka K	VVaG	1	101
Deutscher Ring K	VVaG	18	81
DEVK K	VVaG	36	12
DKV	AG	2	79
Europa K	VVaG	28	47
Globale K	AG	30	14
Gothaer K	VVaG	12	25
Hallesche K	VVaG	11	72
HanseMerkur K	VVaG	21	70
HUK-COBURG K	VVaG	13	16
Inter K	VVaG	14	80
KarstadtQuelle K	AG	32	15
LVM K	VVaG	23	24
Mannheimer K	VVaG	26	15
Mecklenburgische K	VVaG	38	5
Münchener Verein K	VVaG	19	84
Nürnberger K	AG	29	16
PAX-FAM.FÜRS. K	VVaG	25	106
Provinzial K	ör	35	9
R+V K	AG	24	18
Signal K	VVaG	4	99
Süddeutsche K	VVaG	16	80
Union K	ör	17	25
uniVersa K	VVaG	20	105
Victoria K	AG	15	85
Württembergische K	AG	31	8
Zürich K	AG	33	8

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerung nach Art des Krankenversicherungsschutzes (Stand Mai 2003)	3
Abbildung 2: Verteilung der Versicherten in der GKV (Stand: Mai 2003)	5
Abbildung 3: Zahlungs- und Versorgungsströme in der GKV	7
Abbildung 4: Marktanteile der KVV nach Rechtsform.....	11
Abbildung 5: Überschussbeteiligung in der PKV Überblick	21
Abbildung 6: Rohüberschuss vor Steuern	22
Abbildung 7: Beziehungen in der PKV.....	23
Abbildung 8: Marktanteile der drei größten und drei jungen Versicherungsunternehmen.....	27
Abbildung 9: Kennzahlen ausgewählter PKVen I	29
Abbildung 10: Kennzahlen ausgewählter PKVen II	30

K. Abkürzungsverzeichnis

AktG	Aktiengesetz
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DMP	Disease Management Programm
etc.	et cetera
ggü.	gegenüber
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HGB	Handelsgesetzbuch
k.A.	keine Angabe
KalV	Kalkulationsverordnung
KStG	Körperschaftsteuergesetz
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
Nr.	Nummer
RechVersV	Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen
RfB	Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen
S.	Seite
sog.	so genannte
Tsd.	Tausend
u.a.	unter anderem, und andere
u.E.	unseres Erachtens
ÜbschV	Überschussverordnung
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VN	Versicherungsnehmer
VU	Versicherungsunternehmen
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
VwVfG	Verwaltungsverfahrensgesetz
z.B.	zum Beispiel

L. Literaturverzeichnis

AXCO Insurance Market Report, Healthcare: Life and Benefits, 2006.

Bäcker, Gerhard; Reinhard Bispinck, Klaus Hofemann, Gerhard Naegele: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland – Band 2: Gesundheit und Gesundheitssystem, Familie, Alter, Soziale Dienste, 3. Auflage, Wiesbaden, 2000.

BaFin 2004: Jahresbericht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 2004.

BaFin 2005: Jahresbericht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 2005.

BaFin Statistik 2004: Statistik der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Erstversicherungsunternehmen 2004.

Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch 2005.

Bundesministerium für Gesundheit: www.die-gesundheitsreform.de, [Zugriff: 04.07.2006; 18:09 MEZ]

Die private Krankenversicherung – Zahlenband 2004/2005, Köln, 2005.

Farny, Dieter: Versicherungsbetriebslehre, 4. Auflage, Karlsruhe, 2006.

KIVI Zahlenband 2004 – Geschäftsergebnisse der Krankenversicherung.

Laue, Uwe; Ulrich Machold, Flora Wisdorff: Die Beiträge gehen dann hoch (Interview mit Uwe Laue), in: Welt am Sonntag, Nr. 25, 18.06.2006.

Milbrodt, Hartmut; Tobias Kniep: Aktuarielle Methoden der deutschen Privaten Krankenversicherung, in: Schriftenreihe angewandte Versicherungsmathematik, Nr. 34, Karlsruhe, 2005.

Münch, Manfred: Beurteilung der Exit-Option an der Schnittstelle von GKV und PKV in bezug auf die Erreichung von Wettbewerbs- und Solidarzielen, Onlinedissertation, Darmstadt 2002, URL: http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=967404444&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=967404444.pdf, [Zugriff: 06.07.2006, 18:45 Uhr MEZ].

Niehaus, Dr. Frank; Christian Weber: Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, 2005.

Peters, Horst: Handbuch der Krankenversicherung Teil II – Sozialgesetzbuch V, 19. Auflage, Stuttgart, Stand 2006.

Prölss, Erich R.; Reimer Schmidt, Peter Frey: Versicherungsaufsichtsgesetz mit Europäischem Gemeinschaftsrecht und Recht der Bundesländer, 12. Auflage, München, 2005.

Sauerland, Dirk: Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung – GKV und PKV im Vergleich, WHL Diskussionspapier Nr. 3, Lahr, 2005.

Sehlen Stephanie: Gesundheitsmanagement in der privaten Krankenversicherung in Deutschland – Gestaltungsmöglichkeiten des privaten Krankenversicherungsschutzes zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen, in: Schriften zur Gesundheitsökonomie, Band 40, Bayreuth, 2002.

Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgaben nach Ausgabeträgern, 2005, URL: <www.destatis.de> [Zugriff: 12.06.2006, 10:18 Uhr MEZ].

Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2005, URL: <www.bge-bund.de> [Zugriff: 12.06.2006 14:49 Uhr MEZ].

VerBaFin 2005: Veröffentlichungen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht-Wahrscheinlichkeitstabellen, Dezember 2005.

VVGKom – Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, Abschlussbericht vom 19. April 2004, URL: <www.bmj.bund.de/media/archive/647.pdf> [Zugriff: 13.06.2006, 11:36 Uhr MEZ].

Wahrscheinlichkeitstabellen 2005: Anlage zur Dezemberausgabe der Veröffentlichungen der BaFin, URL: <<http://www.bafin.de/verbafin/2005/tabellen.zip>> [Zugriff 23.06.2006, 13:28 Uhr MEZ].