

Tim Rödiger

Sind PKV-Versicherte die Sozialhilfeempfänger von morgen?

Der demografische Wandel stellt die Finanzierung des Gesundheitssystems vor große Herausforderungen. Langfristige Prognosen gehen von stark steigenden Beiträgen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird vielfach die vermeintliche Überlegenheit des Finanzierungsprinzips der privaten Krankenversicherung (PKV) gegenüber der GKV unterstellt. Mithilfe einer Extrapolation (Vorhersage der Prämien- und Beitragsentwicklung) am Beispiel der Prämien für einen 35-jährigen Mann wird untersucht, wie sich die Beiträge in GKV und PKV entwickeln werden. Zusätzlich werden die unterschiedlichen Prämien- und Beitragsanteile von Versicherten im Alter analysiert. Die Ergebnisse zeigen exorbitante Unterschiede, welche bei der künftigen Ausgestaltung des Finanzierungssystems berücksichtigt werden sollten.

Einführung

Die Große Koalition hat mit dem Gesundheitsfonds eine Kompromisslösung entwickelt, mit der nach der nächsten Bundestagswahl sowohl die Union als auch die SPD ihre Vorstellungen zur zukünftigen Finanzierung des Gesundheitssystems umsetzen kann. Damit wird bei der Finanzierungsreform auch die Systemfrage zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung wieder auf die Agenda rücken. In der Vergangenheit wurden in diesem Kontext die Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung (PKV) in den Risikostrukturausgleich (RSA), die weitere Konvergenz der Systeme oder die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes diskutiert. Auch eine Ausweitung des PKV-Systems wurde in die Debatte eingebracht.

Lange Zeit galt das Finanzierungsprinzip der PKV wegen der Bildung von Alterungsrückstellungen aufgrund der demografischen Entwicklung dem Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als überlegen. Durch deutliche Steigerungsraten rückt die Prämienentwicklung immer stärker in das Bewusstsein der öffentlichen Diskussion. Mithilfe einer Extrapolation (Vorhersage der Prämien- und Beitragsentwicklung)

der Prämien für einen 35-jährigen Mann soll untersucht werden, in welchem Ausmaß Steigerungen zu erwarten sind und wie diese im Vergleich zur GKV ausfallen. Darüber hinaus wird die unterschiedliche Belastung von Versicherten im Alter untersucht. Dabei soll auch der Frage nachgegangen werden, ob die Bildung von Alterungsrückstellungen aus Sicht der Versicherten einen Vorteil gegenüber dem Umlageverfahren bietet.

Vergleich der Beitragssatz- und Prämienkalkulation in der GKV und PKV

Zur Kalkulation in der GKV

In der GKV werden die Beiträge nach dem Umlageverfahren berechnet. Demnach müssen die zu erwartenden Leistungsausgaben eines Jahres durch die Beitragseinnahmen gedeckt sein. Die Kernparameter sind die Höhe der Ausgaben und die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen, also der Löhne, Gehälter und Renten. Liegen die Ausgaben beispielsweise bei 160 Milliarden Euro im Jahr und die beitragspflichtigen Einnahmen bei einer Billion Euro, so muss der Beitragssatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen 16 Prozent betragen, damit den Ausgaben von 160 Milliarden Euro ebenso hohe Beitragseinnahmen gegenüberstehen.

Reduziert werden kann der Beitragssatz aufgrund von sonstigen Einnahmen aus Zinsen oder Erstattungen von anderen Sozialversicherungsträgern, zum Beispiel für den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags. Der künftig steigende Steuerzuschuss für versicherungsfremde Leistungen wirkt zusätzlich beitragsmindernd.

Die GKV wird solidarisch finanziert (§ 3 SGB V). Die Beiträge des Einzelnen orientieren sich an seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Sie werden prozentual von den beitragspflichtigen Einnahmen bis zu einer Obergrenze, der so genannten Beitragsbemessungsgrenze (BBG), erhoben. Anders als im Steuersystem verläuft die Belastung also nicht progressiv, sondern ist bis zur BBG als eine Art Flat-Tax ausgestaltet und verläuft danach degressiv. Die gesetzliche Krankenversicherung schafft

durch diese Ausgestaltung und die kostenfreie Familienversicherung einen Ausgleich zwischen Gutverdienern und Geringverdienern, Jungen und Alten, Gesunden und Kranken und zwischen Singles und Familien. Der Ausgleich ist intergenerativ angelegt. Langfristige Entwicklungen wie der demografische Wandel werden vom gesamten Versichertenkollektiv unter Berücksichtigung der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit getragen. So wird der Einzelne vor Überforderung geschützt und ein Abgleiten in die Bedürftigkeit im Sinne einer staatlichen Alimentierung verhindert.

Zum Kalkulationsprinzip der PKV

Die Kalkulation der Versicherungsprämie in der PKV folgt dem Äquivalenzprinzip: Die Summe aller Einzahlungen (Prämien) entspricht dabei grundsätzlich dem Erwartungswert der Summe aller Auszahlungen (Leistungen).

Die Krankheitskosten eines Versicherten hängen wesentlich von seinem Alter ab. Auch ohne Berücksichtigung der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen steigen die Ausgaben im Alter aufgrund der höheren Inanspruchnahme auf ein Vielfaches an. In der Folge würden die Prämien mit zunehmendem Alter des Versicherten stark ansteigen. In jungen Jahren wären dann sehr günstige Versicherungsprämien zu entrichten. Im hohen Alter besteht jedoch die Gefahr, dass die Versicherten ihre Prämien bei dann niedrigerem Einkommen nicht mehr bezahlen könnten.

Um dem entgegenzuwirken, wird in Deutschland die Krankenversicherung bei der PKV nach Art der Lebensversicherung betrieben. Dazu werden Alterungsrückstellungen gebildet, die den sonst erforderlichen Prämienanstieg auffangen sollen. Die Prämien enthalten einen Sparanteil, der vom Versicherungsunternehmen verzinslich angelegt wird, bis er im Alter benötigt wird. Im Grundsatz sollen die während eines Versicherungsvertrages anfallenden Versicherungsleistungen durch die Prämien gedeckt sein.

Bei der Prämienberechnung werden Versichertenkohorten nach Eintrittsalter, Geschlecht und Leistungsanspruch gebildet, wobei bei Vertragsbeginn bestehende Vorerkrankungen und Leistungsausschlüsse berücksichtigt werden. Für jeden Versicherten einer solchen Kohorte wird eine über die gesamte Laufzeit konstante Nettoprämie ermittelt. Dabei werden die angesammelten Sparanteile genutzt, um die gegen Ende der Laufzeit die Nettoprämien übersteigenden Kosten abzudecken.

Da je nach Eintrittsalter unterschiedliche Krankheitskosten in Bezug auf die Restlebenszeit anfallen und sich die Anspar- und Entsparphase verändert, ergeben sich unterschiedlich hohe Nettoprämien bei unterschiedlichem Eintrittsalter. Die vom Versicherungsnehmer zu zahlende Bruttoprämie enthält zusätzlich einen Sicherheitszuschlag sowie verschiedene Kostenzuschläge wie zum Beispiel für Abschlussprovisionen (Bundestagsdrucksache 13/4945).

Im Gegensatz zur GKV wird die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten in der PKV nicht berücksichtigt. Sinkt das Einkommen zum Beispiel durch den Verlust des Arbeitsplatzes oder den Eintritt in das Rentenalter, dann besteht grundsätzlich das Risiko, dass die Prämie aus dem verfügbaren Einkommen nicht mehr finanziert werden kann.

Entwicklung der Prämien zur privaten Krankenversicherung und der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in der Vergangenheit

Steigerungsraten im Längsschnitt

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) hat die Prämien- und Beitragsentwicklung von 1985 bis 2005 untersucht (Grabka 2006). In diesem Zeitraum haben sich die Prämien der PKV im Durchschnitt mehr als verdreifacht und sind damit doppelt so stark gestiegen wie in der GKV. Untersucht wurde auch die Prämienentwicklung im Längsschnitt, das heißt, es wurden dieselben Versicherten über den gesamten Zeitraum beobachtet.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden hier für Privatversicherte ohne Beihilfeanspruch und für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, die über der Beitragsbemessungsgrenze liegen, ausgewiesen. Diese beiden Versichertentypen sind gut miteinander vergleichbar, da einerseits der Beihilfeanspruch von Beamten auf die Prämienhöhe in der PKV mindernd wirkt, bei der Höhe des GKV-Beitrags jedoch nicht berücksichtigt werden darf. Andererseits konnten sich Personen, die in diesem Zeitraum über der Beitragsbemessungsgrenze und später über der noch höheren Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAG) lagen, sowohl in der PKV als auch in der GKV versichern.

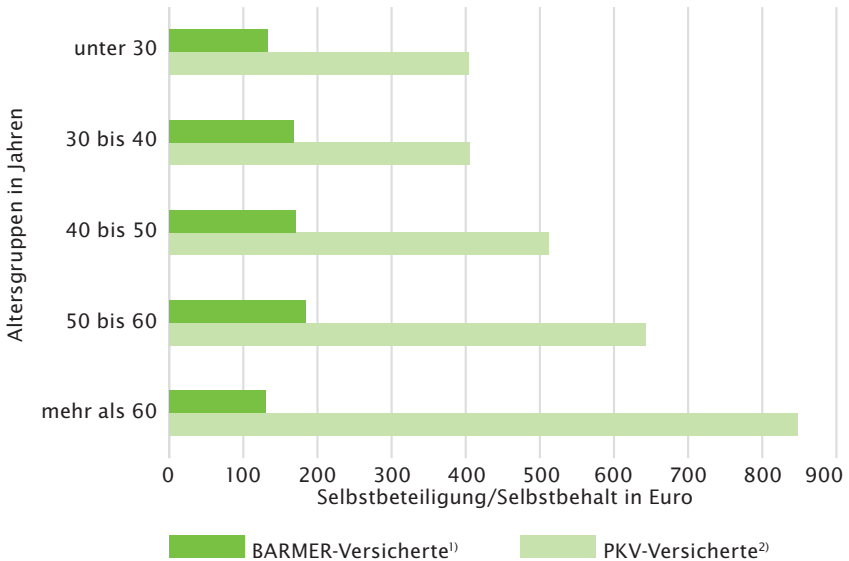
Tabelle 1: Entwicklung der Prämien und Beiträge von 1985 bis 2005

Prototyp	Prämie/Beitrag (in Euro)		in Prozent	Index 1985=100
	1985	2005	2005	1985 bis 2005
GKV über BBG	244	564	231	6,6
PKV ohne Beihilfeanspruch	131	395	302	10,1

Quelle: Grabka 2006: 656 ff
prozentuale Steigerung berechnet als Zwanzigstel der Veränderung des Index

Die Datengrundlage für die Auswertung war das Sozioökonomische Panel (SOEP). Dies ist die einzige große bevölkerungsrepräsentative Studie, die jedes Jahr Informationen zum Krankenversicherungsschutz und zur Prämienhöhe in der PKV erhebt. Im sozioökonomischen Panel werden bestimmte Informationen wie die Tarifart oder der Leistungsumfang nicht erfasst, sodass nicht von einem konstanten Leistungsumfang ausgegangen werden kann. Fünf Prozent der PKV-Versicherten geben zum Beispiel an, zur Begrenzung des Prämienanstiegs im Alter eine Reduktion des Versicherungsschutzes vereinbart zu haben. In Übereinstimmung dazu gibt es Berechnungen, die eine steigende Selbstbeteiligung im Alter als Ergebnis haben.

Abbildung 1: Selbstbeteiligung und Selbstbehalt nach Altersgruppen



Quelle: Grabka 2006: 656 ff; BARMER-Daten Stand 31. Dezember 2007

¹⁾ durchschnittliche Höhe des Selbstbehaltes der Wahltarifteilnehmer

²⁾ vereinbarte Selbstbeteiligung der PKV-Versicherten ohne Beihilfeanspruch

Die Abbildung 1 zeigt die vereinbarte Selbstbeteiligungshöhe zum Zeitpunkt der Befragung nach Altersgruppen. Daraus kann geschlossen werden, dass der Prämienanstieg zum Teil durch höhere Selbstbeteiligungen kompensiert wurde und ohne diesen Effekt höher als etwa zehn Prozent ausgefallen wäre. Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz können auch GKV-Mitglieder Selbstbeteiligungen wählen, so genannte Selbstbehalttarife nach § 53 SGB V.

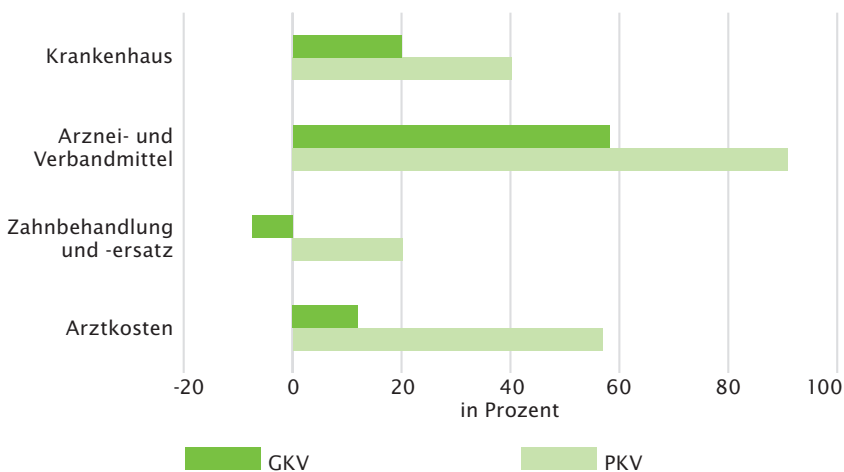
Aufgrund der Orientierung der Beitragshöhe am Einkommen ist im Gegensatz zur PKV nicht davon auszugehen, dass Druck auf die Mitglieder entsteht, solche Tarife in Abhängigkeit vom Alter abschließen zu müssen,

weil die Beiträge immer größere Anteile des verfügbaren Einkommens aufbrauchen. Auswertungen der BARMER zur Höhe des Selbstbehaltes in Abhängigkeit des Alters bestätigen dies. Abbildung 1 zeigt, dass der Selbstbehalt im mittleren Alter am höchsten ist und im hohen Alter abnimmt. Die absolute Höhe der Selbstbehalte liegt unter den PKV-Werten.

Ursachen für die höhere Prämienentwicklung in der PKV Ausgabenentwicklung im Vergleich

Bei der Betrachtung der möglichen Ursachen für die steigenden Prämien und Beiträge in beiden Systemen kommen die Ausgaben für medizinische Leistungen in Betracht, da sie den Großteil der Kosten verursachen. In der Statistik des PKV-Verbandes finden sich für den Zeitraum 1995 bis 2005 entsprechende Angaben (PKV-Zahlenbericht 2005/2006).

Abbildung 2: Ausgabenzuwachs in Prozent je Versicherten GKV und PKV von 1995 bis 2005



Quelle: PKV-Zahlenbericht 2005/2006

In jedem der Ausgabenbereiche weist die PKV einen höheren Ausgabenanstieg als die GKV auf. Besonders auffällig ist der Anstieg im Bereich Ärzte, wo er um den Faktor 4,7 höher liegt. Somit spiegelt sich der Prämienanstieg in der Ausgabenentwicklung wider. Diese Zahlen weisen darauf hin, dass die PKV wesentlich stärker von der Kostenentwicklung getroffen wird als die GKV. Ein Grund dafür ist das Kostenerstattungsverfahren in der privaten Krankenversicherung. Die Versicherten haben keine direkten Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern und können daher keinen Einfluss auf die Qualität oder die Menge der medizinischen Leistungen nehmen. Auch die mengenorientierten Vergütungsstrukturen können durch Verträge mit Leistungserbringern nicht verändert werden, weil die zugrunde liegenden Gebührenordnungen unabdingbar sind. Im Gegensatz zur GKV verfügt die PKV daher über kein rechtliches Instrumentarium, um Kostensteigerungen beeinflussen zu können (VVG-Kommission 2004).

Vermehrt versuchen die Versicherten daher, eingereichte Rechnungen der Versicherten zu kürzen oder gar nicht zu erstatten. So steigt laut des Rechenschaftsberichts des Ombudsmannes der PKV die Zahl der Beschwerden und Rechtsstreite kontinuierlich an (Müller 2007). Gesetzlich Versicherte bekommen häufig mehr Leistungen bezahlt als privat Versicherte. Vermehrt finden sich Leistungsausschlüsse und Kostenbegrenzungen im Kleingedruckten der Versicherungsverträge, um die Prämien günstig zu halten (Wirtschaftswoche 2008). Es kommt so zu einer verdeckten Rationierung des Versicherungsschutzes, da die Versicherten die Kosten zusätzlich zu ihrer Prämie zu zahlen haben.

Anpassungen aufgrund der Sterbetafeln

In der Vergangenheit haben die PKV-Versicherer die allgemeine Sterbetafel berücksichtigt, die als Grundgesamtheit die Bevölkerung Deutschlands umfasste. Aufgrund der beobachteten längeren Lebenserwartung von Privatversicherten wurde eine Versichertensterbetafel erstellt. Die zu niedrig ausgefallenen Alterungsrückstellungen mussten daraufhin

angepasst werden. Zurzeit verwenden die Krankenversicherer die neuen Sterbetafeln (VZBV 2005).

Problematisch ist dabei die Verwendung von Perioden-Sterbetafeln. So wird bei der Prämienkalkulation und der Berechnung der Altersrückstellung eines heute 30-Jährigen die jeweils aktuelle Sterbetafel herangezogen. Dieses Verfahren unterstellt für diesen 30-Jährigen im Alter von 70 die gleiche Sterbewahrscheinlichkeit wie für einen heute 70-Jährigen. Die Sterbewahrscheinlichkeit für diese Person wird im Jahr 2048 aufgrund des medizinischen Fortschritts wesentlich niedriger liegen, was bei der Prämienkalkulation jedoch nicht berücksichtigt wird. Dadurch kommt es weiterhin zu einer systematischen Unterschätzung des Rückstellungsbedarfs. Dies geschieht, obwohl in der privaten Rentenversicherung bereits Generationen-Sterbetafeln verwendet werden, welche die sinkende Sterbewahrscheinlichkeit über versicherungsmathematische Standard-Verfahren abbilden. Würden diese Verfahren auch in der PKV angewandt, müssten die Prämien für Neuzugänge deutlich erhöht werden (Schramm 2008).

Dieser Effekt, der an sich schon große Auswirkungen auf die Prämienentwicklung im Alter hat, führt zu einem weiteren, noch bedeutenderen Problem. Denn dadurch wird auch unterstellt, dass die Krankheitskosten eines 70-Jährigen im Jahr 2048 denen eines 70-Jährigen im Jahr 2008 entsprechen, und 40 Jahre Preissteigerungen und medizinischer Fortschritt ignoriert werden. Bezogen auf die Krankenversicherung erlangt der demografische Wandel seine Bedeutung vor allem aufgrund der mit der steigenden Lebenserwartung verbundenen Ausgabensteigerung im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt (Medikalisierungsthese). Im Gegensatz zu der Behauptung, dass das demografische Risiko durch die Bildung von Alterungsrückstellungen abgesichert wird (Schulte 2007), ist der demografische Wandel in der Prämienkalkulation gerade nicht berücksichtigt, da sowohl die steigende Lebenserwartung als auch die Dynamisierung der Leistungsausgaben nicht von Beginn an, sondern erst nach und nach eingepreist werden.

So führte allein die Anpassung der Perioden-Sterbetafel von 2001 auf 2004 dazu, dass ein 40-jähriger Mann mit zehn Jahren Versicherungszeit etwa 5,5 Prozent mehr Prämie zahlte, ein 60-jähriger Mann mit 30 Jahren Versicherungszeit bereits 17 Prozent (Schramm 2008). Diese progressiv verlaufende Steigerung hat ihre Ursache im Kalkulationsverfahren der PKV. Denn steigen sowohl Lebenserwartung als auch Kosten stärker als es die Perioden-Sterbetafeln abbilden, führt dies in der Konsequenz gerade im Alter zu hohen Steigerungsraten. Dies liegt darin begründet, dass den Kosten dann keine entsprechenden Alterungsrückstellungen gegenüberstehen und der Aufbau dieser Rückstellungen in der verbleibenden, aber kürzeren Restlebenszeit erfolgen muss.

Anpassungen des Rückkehrrechts in die GKV

Die Rückkehrmöglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung im Alter wurde in der Vergangenheit immer wieder angepasst. Bis 1989, und mit Einschränkungen bis 1992, konnten die privaten Versicherungen darauf bauen, dass ihre Versicherten während des Erwerbslebens privat versichert waren und im Alter in die GKV zurückkehrten, weil die dortige Berücksichtigung des Einkommens bei der Beitragshöhe aufgrund des geringeren Einkommens im Alter zu einem günstigen Beitrag führte. Die Rückwanderung war für die PKV ein lohnendes Geschäft, wurden doch die bis dahin aufgebauten Alterungsrückstellungen, die die Versicherten mit ihrer Prämie bezahlt hatten, von diesen nicht mehr benötigt und sind damit bei den Unternehmen verblieben. Dieser Vorgang wird im Versicherungsjargon etwas zynisch Vererbung genannt.

Lag der Anteil der Rentner in der PKV Anfang der neunziger Jahre bei fünf Prozent der Versicherten, so betrug er in der GKV deutlich über 20 Prozent (BMG 2007). Dies führte dazu, dass die Versicherer die Alterungsrückstellung unter Berücksichtigung der hohen Stornowahrscheinlichkeit im Alter von vornherein knapper kalkulierten. Da aufgrund der Einschränkung des Rückkehrrechts, welches zum 1. Januar 2000 nochmals verschärft wurde, die älteren Versicherten nun in der PKV verblieben, mussten die Alterungsrückstellungen angepasst werden. Es kam zu

einem starken Anstieg der Prämien von teilweise 60 Prozent innerhalb von zwei bis drei Jahren (VZBV 2005).

Aufgrund dieser Erfahrungen hat der Gesetzgeber eingegriffen und unter anderem verfügt, dass bei Neuzugängen ein zehnpromtender obligatorischer Sparanteil auf die Prämie zu erheben ist, da die zu geringen Alterungsrückstellungen immer wieder zu starken Prämienanpassungen führten. Dieser Aufschlag ist bis zum 60. Lebensjahr zu zahlen, um allzu starke Prämiensteigerungen im Alter zu vermeiden.

Extrapolation: Vorhersage der Prämien- und Beitragsentwicklung

Zur Vorgehensweise

Aufgrund der dargestellten Prämien- und Beitragsentwicklung stellt sich insbesondere die Frage, wie hoch die Prämien in Zukunft ausfallen werden. Gerade für heute junge Personen, die mit ihrem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen und sich sowohl gesetzlich als auch privat versichern können, ist diese Frage von herausragender Bedeutung. Mithilfe einer Extrapolation soll daher die Prämien- und Beitragshöhe im Laufe eines Lebens prognostiziert werden. Prognosen über lange Zeiträume sind immer mit starken Unsicherheiten behaftet. Dennoch soll versucht werden, anhand der Vergangenheit die künftige Entwicklung einzuschätzen. Denn auch in anderen Lebensbereichen, wie beispielsweise der Altersvorsorge, müssen Entscheidungen aufgrund von Annahmen über eine lange Zeit getroffen werden. Die Untersuchung soll daher Ansatzpunkte liefern, mit welchen Belastungen im Alter gerechnet werden muss.

Auf Basis der ermittelten Steigerungsraten des DIW kann eine Extrapolation der PKV-Versicherungsprämie vorgenommen werden. Bei einer Extrapolation wird von einem bekannten Bereich (hier im Zeitraum von 1985 bis 2005) auf einen unbekanntem Bereich geschlossen. Aufgrund der Unvorhersagbarkeit der Zukunft ist es naheliegend, auf die Prämien- und Beitragsentwicklung der Vergangenheit zurückzugreifen, um einen

Anhaltspunkt zu erhalten, mit welcher Prämien- und Beitragshöhe Versicherte in Zukunft rechnen müssen. Analog zur Längsschnittbetrachtung des DIW wird als Ausgangspunkt die Prämie beziehungsweise der Beitrag für einen 35-jährigen Angestellten gewählt, der mit seinem Einkommen dauerhaft sowohl die Beitragsbemessungsgrenze als auch die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der GKV übersteigt und sich damit sowohl gesetzlich als auch privat versichern könnte. Extrapoliert wird die Entwicklung bis zehn Jahre nach dem Renteneintritt, um die Prämienentwicklung im Alter darzustellen.

Dazu wird ein PKV-Tarif mit einem Leistungsumfang gewählt, der ungefähr dem Leistungsumfang der GKV entspricht. Dieser Tarif enthält eine ambulante Behandlung ohne Selbstbehalt, eine stationäre Heilbehandlung mit Erstattung des Zweibettzimmers, einen Zahntarif, die Versicherung des Krankengeldes von 100 Euro ab dem 43. Tag und die Pflegepflichtversicherung. Der Tarif wurde ohne Selbstbehalt gewählt, da die Möglichkeit zur Wahl von Selbstbehalttarifen sowohl in der PKV als auch in der GKV besteht. Für einen solchen Tarif musste 2005 ein lediger Mann ohne Kinder und ohne Vorerkrankungen 340 Euro Prämie zahlen (VZBV 2005). In der GKV betrug der Beitrag etwa 569 Euro. Zur Projektion der Ergebnisse in die Zukunft müssen neben den Steigerungsraten aus der Vergangenheit weitere Annahmen getroffen werden: Dies betrifft die Entwicklung der Jahresarbeitsentgeltgrenze, die als Gehalt unterstellt wird, die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrenze zur Bestimmung des Höchstbeitrags in der GKV und des maximalen Arbeitgeberzuschusses zur PKV, die Beitragstragung im Erwerbs- und Rentenalter und die Rentenhöhe bei Renteneintritt mit 67 Jahren.

Für die Projektion des Gehalts (nach der Jahresarbeitsentgeltgrenze), der Beitragsbemessungsgrenze, der Rente und der Beitragssätze wurde eine lineare Regression verwendet, um den Zusammenhang zwischen Zeit und Veränderungsrate in die Zukunft zu übertragen. Für die Pflegeversicherung wurde die gleiche Entwicklung unterstellt wie für die Krankenversicherung. Hintergrund dafür ist, dass hier nur Werte ab

dem Jahr 1995 vorhanden sind, eine Rückstellung gebildet wurde, die zur Subvention des Beitragssatzes in den ersten Jahren genutzt wurde und daher auf Basis der Vergangenheit keine sinnvolle Extrapolation möglich war. Die Entwicklung der Jahresarbeitsentgeltgrenze wurde an die Entwicklung der Beitragsbemessungsgrenze angepasst, da sie bis 2003 gleich hoch war und danach einmalig angehoben wurde, sich in der Entwicklung jedoch nach der Beitragsbemessungsgrenze richtet, bei der die durchschnittliche Lohnentwicklung berücksichtigt wird. Für die Prämienentwicklung in der PKV müsste eigentlich eine Funktion mit progressiver Steigerungsrate gewählt werden. Da aber der zusätzliche Sparanteil von zehn Prozent eingeführt wurde, wird im Modell gewissermaßen als Best Case unterstellt, dass sich die Steigerungsrate von progressiv auf linear abflacht. Dementsprechend wurde eine Trendextrapolation durchgeführt, die auf der durchschnittlichen Steigerungsrate der vergangenen 20 Jahre beruht. Diese betrug nach den Daten des DIW etwa 5,7 Prozent pro Jahr.

Beim Eintritt in das Rentenalter wurde ein Absinken des Einkommens unterstellt. Aufgrund des überdurchschnittlichen Verdienstes wurde eine Reduzierung durch den Übergang von Gehaltsbezug zur Rente um ein Drittel (eigene Berechnungen auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen der BARMER von bestimmten freiwillig Versicherten beim Übergang in die Rente) angenommen. Weitere Einnahmen wurden aus Vereinfachungsgründen nicht berücksichtigt.

Ergebnisse der Prämien- und Beitragsextrapolation

Werden zunächst die Eckwerte wie die Beitragsbemessungsgrenze, Gehalt (nach der Jahresarbeitsentgeltgrenze) und die Beitragssätze zur GKV und zur Pflegeversicherung betrachtet, so fällt auf, dass die Ergebnisse zwar mit anderen Beitragssatzprojektionen übereinstimmen, sich jedoch eher am unteren Ende des Wertebereichs befinden. Dies ist dadurch zu erklären, dass bei den früheren Berechnungen das Gesundheitsmodernisierungsgesetz nicht berücksichtigt wurde, welches den Ausgangsbetrag deutlich abgesenkt hat.

Während sich die Beitragsbemessungsgrenze und die Jahresarbeitsentgeltgrenze um etwa 80 Prozent erhöhen, steigen die Beitragssätze jeweils um 35 Prozent. Der Abstand erklärt sich daraus, dass der Beitragssatz die Einkommensentwicklung aufnimmt und daher nur der über dieser Entwicklung liegende Anstieg der Leistungsausgaben mittels Beitragssatzerhöhungen finanziert werden muss.

Tabelle 2: Entwicklung von Beitragsbemessungsgrenze (BBG), Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAG), Beitragssatz GKV und Pflegeversicherung

Zeitpunkt	BBG (in Euro)	Gehalt (in Höhe JAG)/Rente (in Euro)	Beitragssatz	
			GKV (in Prozent)	Pflegeversicherung (in Prozent)
im Startjahr	3.739	4.137	14,53	1,95
nach 10 Jahren	4.415	4.885	15,76	2,11
nach 20 Jahren	5.159	5.708	16,96	2,28
nach 30 Jahren	5.878	6.504	18,22	2,44
bei Renteneintritt	6.021	4.517	18,46	2,48
im 10. Jahr nach Renteneintritt	6.740	5.056	19,69	2,64

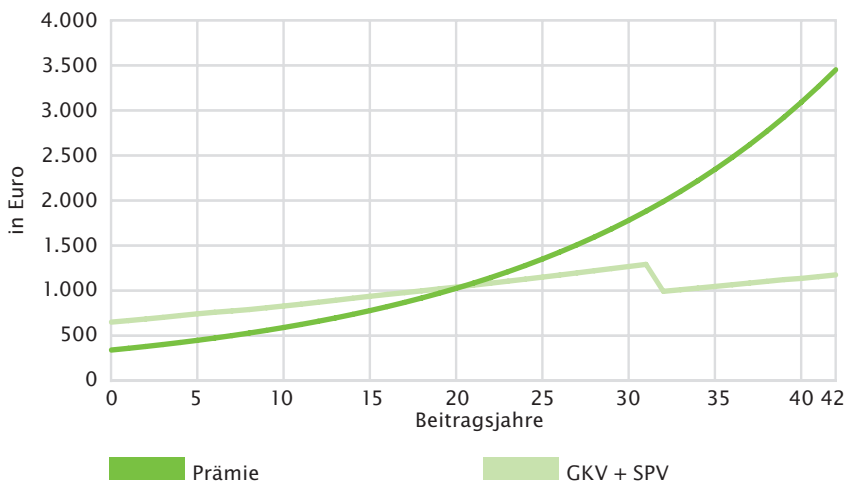
Quelle: eigene Berechnung auf Basis der öffentlichen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit

Wird hingegen die Prämien- und Beitragsentwicklung betrachtet, so zeigt sich, dass sich der Anstieg der Prämie mit steigendem Alter immer weiter von der Beitragsentwicklung entfernt. Nach dem 21. Jahr übersteigt die Prämie den Gesamtbeitrag zu GKV und Pflegeversicherung. Dieser sinkt absolut beim Eintritt in das Rentenalter, weil sich der Beitrag in der Sozialversicherung am Einkommen orientiert und dieses in der Modellrechnung um ein Drittel sinkt (siehe Abbildung 3).

Für den Versicherten relevant ist aber nicht die Gesamtprämie, sondern der Anteil, den er am Gesamtbeitrag beziehungsweise der Prämie zu

zahlen hat. Die Beitragstragung unterscheidet sich im Laufe der Versicherung hinsichtlich der Verteilung auf Versicherte und Arbeitgeber beziehungsweise Rentenversicherungsträger.

Abbildung 3 Entwicklung von Prämie und Gesamtbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und zur Pflegeversicherung (SPV)



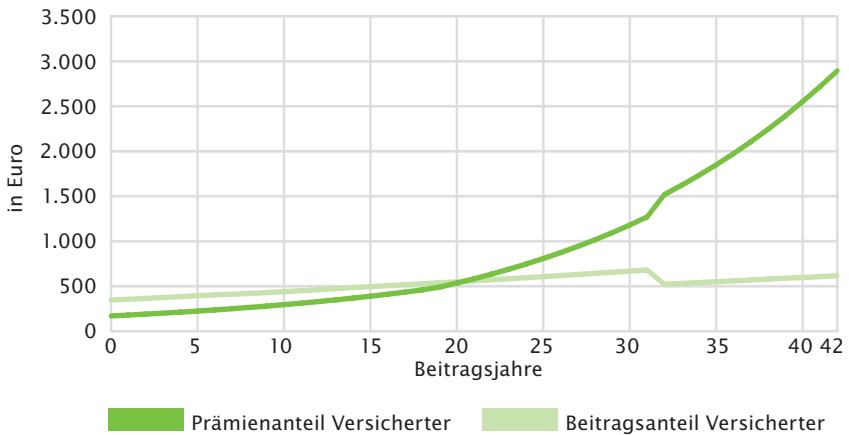
Datenbasis: eigene Berechnung auf Basis der Daten des DIW und der öffentlichen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit

In der GKV beträgt der Arbeitgeberanteil die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse, der Versicherte trägt die andere Hälfte des Beitrags zuzüglich eines Sonderbeitrags von 0,9 Prozent. In der PKV hat der Versicherte einen Anspruch auf Zuschuss des Arbeitgebers in Höhe des hälftigen durchschnittlichen Beitragssatzes zum 1. Januar eines Jahres, begrenzt bis zur Hälfte seiner Prämie (§ 257 SGB V). Im Rentenalter zahlen gesetzlich Versicherte unverändert den hälftigen Beitrag zuzüglich des Sonderbeitrags. Der Rentenversicherungsträger zahlt ebenfalls den hälftigen allgemeinen Beitrag. Privatversicherte Rentner erhalten einen Zuschuss des Rentenversicherungsträgers in der Höhe,

die als Beitrag vom Leistungsträger bei einer Versicherung in der GKV zu zahlen wäre. Auch hier ist der Zuschuss begrenzt auf die Hälfte der Prämie (§ 257 SGB V). Während in der GKV die Rentenhöhe die Bemessungsgrundlage darstellt, bleibt diese in der PKV unberücksichtigt.

Sinkt also das Einkommen im Alter, dann sinkt in der GKV die absolute Beitragshöhe und damit auch der Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers. Dies wirkt sich wiederum für den PKV-Versicherten aus, da der Beitragszuschuss im Rentenalter damit ebenfalls sinkt. Dadurch steigt der Versichertenanteil beim Eintritt in das Rentenalter sprunghaft an, wie Abbildung 4 zeigt.

Abbildung 4: Prämien- und Beitragsanteil des Versicherten

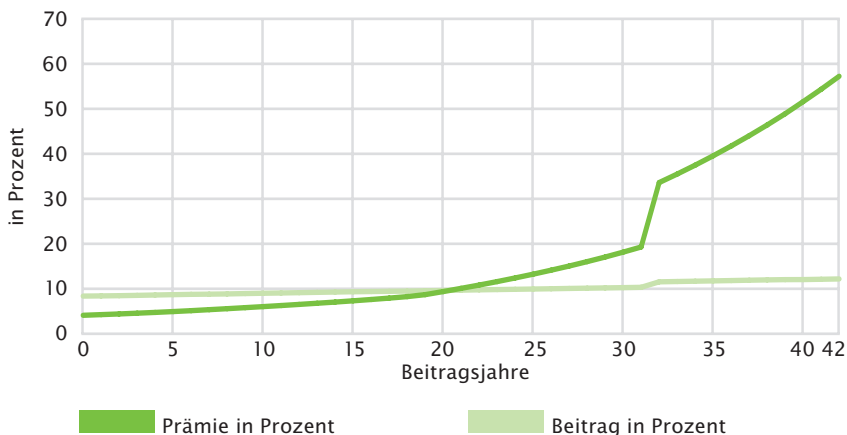


Datenbasis: eigene Berechnung auf Basis der Daten des DIW und der öffentlichen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit

Ein weiterer Effekt, der neben dem exponentiellen Wachstum der Prämie im Alter und dem sprunghaften Anstieg im Rentenalter die Prämienentwicklung verschärft, ist die Begrenzung des Arbeitgeberzuschusses auf die Hälfte des GKV-Beitrags. Ab dem Jahr, in dem die Prämie die Hälfte

des Beitrags aus dem allgemeinen Beitragssatz übersteigt, führt dies ebenfalls zu einer Dynamisierung der Prämienentwicklung. In Abbildung 5 sind sowohl der Prämien- als auch der Beitragsanteil als prozentualer Anteil vom Einkommen dargestellt.

Abbildung 5: Prämie und Beitrag prozentual vom Einkommen



Datenbasis: eigene Berechnung auf Basis der Daten des DIW und der öffentlichen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit

Werden diese Werte inflationsbereinigt, dann kann abgeschätzt werden, wie stark ein heute 35-Jähriger durch die Kranken- und Pflegeversicherung im Alter belastet wird. Die Rente beträgt inflationsbereinigt 2.158 Euro (bei zwei Prozent Inflationsrate, dies entspricht dem langfristigen Ziel der Europäischen Zentralbank). Während der Prämienanteil bei 1.235 Euro liegt, sind in der GKV und Pflegeversicherung 263 Euro von der Rente zu zahlen. Dem Privatversicherten würden 923 Euro verbleiben, dem GKV-Versicherten mit 1.895 Euro mehr als doppelt so viel.

Dabei ist die zukünftig im Alter steigende Steuerlast aufgrund der nachgelagerten Besteuerung unberücksichtigt. Wird diese auf Basis der

heutigen Steuersätze berechnet, verbleibt einem Privatversicherten in der Vollversicherung, der sein ganzes Erwerbsleben lang überdurchschnittlich verdient hat, aufgrund der hohen PKV-Prämie nicht einmal der Sozialhilfe-Regelsatz zuzüglich Wohnzuschuss als verfügbares Netto-Einkommen im Alter.

Tabelle 3: Inflationsbereinigte Werte und Sozialhilfeanspruch (in Euro)

	PKV	GKV
Rente	2.158	2.158
Steuer	298	298
Prämie/Beitrag	1.235	263
Netto	625	1.597
Grundsicherung	347	347
Unterkunft ¹⁾	350	350
Summe	697	697
Anspruch	73	-

¹⁾ Unterkunft und Heizung für einen Einpersonenhaushalt

Fazit und Ausblick

Die durchgeführte Extrapolation hat gezeigt, dass die Prämienentwicklung der privaten Krankenversicherung im Wesentlichen durch drei Ursachen getrieben wird. Die Kalkulation auf Basis von Periodentafeln führt zu stark steigenden Prämien im Alter. Diese Entwicklung wird durch die Begrenzung des Arbeitgeberzuschusses verstärkt. Beim Übergang in das Rentenalter sinkt der Zuschuss, denn der Rentenversicherungsträger zahlt dann nochmals aufgrund der im Vergleich zu den Gehältern geringen Rentenzahlungen. Im Ergebnis muss eine Person, die sich mit 35 Jahren privat versichert, damit rechnen, dass der selbst zu tragende Prämienanteil einen Großteil seines Einkommens aufzehrt. Der Preisvorteil in jungen Jahren wird daher mit einem Verarmungsrisiko im Alter bezahlt.

Ebenso wird der demografische Wandel nicht aufgefangen. Denn gerade das finanzielle Risiko durch die steigende Lebenserwartung und die damit verbundene Ausgabendynamik wird als Belastung in das Alter transferiert und individualisiert, also durch die Versicherungssystematik von der Versicherung auf den Einzelnen übertragen. Insofern ist zwar das System ausfinanziert, dies jedoch auf den Schultern der künftigen Alten. In diesem Zusammenhang von Demografiefestigkeit des PKV-Systems zu reden, grenzt an Desinformation.

Mit Blick auf die künftige Ausgestaltung des Finanzierungssystems in der Krankenversicherung ist es zur Vermeidung von Altersarmut sicherlich nicht ratsam, die Prinzipien der PKV auf andere Bevölkerungskreise auszuweiten, wenn schon Versicherte mit überdurchschnittlichem Verdienst in Altersarmut geraten können. Im Gegenteil wird deutlich, dass zumindest die medizinisch notwendigen Leistungen möglichst aller Bürger solidarisch zu finanzieren sind, um eine Überforderung des Einzelnen im Alter zu vermeiden. Dies gilt vor allem auch vor dem Hintergrund des sinkenden Rentenniveaus im Zusammenhang mit der nachgelagerten Besteuerung.

Damit Versicherte zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses einen Überblick über die im gesamten Versicherungsverlauf zu entrichtenden Prämien erhalten, sollte ähnlich den Vorschriften für die private Altersversorgung eine Verpflichtung für die Versicherungsunternehmen eingeführt werden, eine Prämienhochrechnung für die Versicherungslaufzeit vorzulegen. Anzumerken ist hierbei, dass die gleichen Konzerne, die Lebensversicherungs- und Altersvorsorgeprodukte vertreiben, auch private Krankenversicherungsprodukte anbieten und daher grundsätzlich über das Know-how verfügen, um langfristige Berechnungen vorzunehmen. Dabei dürfte die Prognose von weltweit agierenden Investmentfonds und anderen Finanzprodukten mit einer noch höheren Ungenauigkeit behaftet sein als die Prognose der Ausgabenentwicklung in der PKV.

Zum einen kann der Versicherte dann eine fundierte Entscheidung zwischen gesetzlich und privat treffen, zum anderen kann der Kapitalbedarf ermittelt werden, der aufgebaut werden muss, um die hohen Prämien im Alter zahlen zu können. Die Verbraucherzentralen empfehlen hier einen Ansparbetrag von bis zu 300 Euro monatlich für einen 35-jährigen Mann. Inwieweit die Änderungen zum 1. Januar 2009, hier vor allem die Einführung des Basistarifes, Abhilfe für die PKV-Vollversicherten schaffen können, wird im Artikel von Rodrigues in dieser Publikation näher untersucht. Die Wahl zwischen Verarmung im Alter und dem Wechsel in einen GKV-vergleichbaren Tarif mit GKV-Höchstbetrag wirft allerdings die Frage auf, ob die PKV in Zukunft eine Daseinsberechtigung als eigenständiges System hat.

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2007): Kennzahlen und Faustformeln. Stand 1. März 2007.
- Bundesverband der Verbraucherzentralen e.V. – VZBV (2005): Die private Krankenversicherung.
- Finanztest (2006): Kleine Rente, teure Versicherung. Heft 12. S. 63
- Grabka, M. M. (2006): Prämien in der PKV: deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: DIW Wochenbericht. 73. Jahrgang. Nr. 46. S. 653-659.
- Lorenz, E. (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 19. April 2004. www.bmj.bund.de/files/-/647/AB%20VVG%20Komm.pdf (20.06.2008).
- Müller, H. (2007): Tätigkeitsbericht Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung. www.pkv-ombudsmann.de/dokumente/PKV-Omb-TB-2007.pdf (20.06.2008).
- PKV-Zahlenbericht 2005/2006.
- Schramm, P.A. (2008): Neue PKV-Sterbetafel 2004. www.pkv-gutachter.de/themen/PKVSterbetafel.html (06.05.2008).

Schulte, R. (2007): Die PKV nach der Reform und die Herausforderungen der Zukunft. Jahresmitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. am 20. Juni 2007 in Berlin. www.pkv.de/publikationen/positionspapiere/die_pkv_nach_der_reform_und_die_herausforderung_der_zukunft.pdf (20.06.2008).

Wirtschaftswoche (2008): Der geschröpfte Patient (Serie), Teil 2. Nr. 13. 22.03.2008

