

Beitragsentwicklung Inter-Krankenversicherung

Mit der Beitragsanpassung durch die Inter-Ärzteversicherung zum 1. Januar 2008 verteuert sich der Krankenversicherungsbeitrag für die im Gruppenvertrag mit der Sächsischen Landesärztekammer versicherten Ärzte um 200 Prozent gegenüber 1993. Die Begründung der letzten Beitragsanpassung, die besonders die Anhebung der Altersrücklage hervorhebt, hält einer mathematischen Nachprüfung nicht stand. Rechnerisch würde sich diese mit 16,30 Euro pro Versichertem und Monat auswirken, die Beitragsanpassung beträgt jedoch 45 Euro. Diese Beitragserhöhung wurde nach Mitteilung der Gesellschaft von einem unabhängigen Treuhänder flankiert. Wenig transparent ist, wie die vorgelegten Daten bewertet wurden. Aussagekräftig ist die Dokumentation der Beitragsentwicklung bei der Inter-Krankenversicherung über 15 Jahre. Neben einer Verdopplungszeit von 7,5 Stunden kann der Dokumentation entnommen werden, dass die Steigerungsrate bis 2004 einen linearen Charakter aufweist und mit der Entwicklung der allgemeinen Gesundheitskosten sowie den Gesamtausgaben der Privaten Krankenversicherung (PKV) korreliert. (Grafik 1 und 2)

Seitens des Versicherers wird argumentiert, dass der Vertrag zukunftsicher ist. Dem ist zuzustimmen. Wenn der Beitragsentwicklungstrend 1993 bis 2008 lediglich konstant bleibt, liegt der Beitrag im Jahr 2015 bei 520 Euro im Monat. Die Beibehaltung der jährlichen Steigerungsrate seit 2005 würde für 2015 zu einem deutlich höheren Beitrag führen. Vor diesem Hintergrund erscheint es angemessen, die im Gruppenvertrag zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Inter-Krankenversicherung vereinbarte Kooperation zu überprüfen. Die Ausgaben für Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland stiegen von 168 Mrd. 1995 auf 22 Mrd. 2005 (53 Prozent). Dadurch wird zweifelsfrei eine Beitragsanpassung gerechtfertigt, jedoch nicht dessen Verdreifachung.

Der 1990 zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Inter-Versicherung Mannheim abgeschlossene Vertrag versieht das Versicherungsunternehmen gegenüber Wettbewerbern deutlich mit einem Vertrauensvorschuss bzw. empfehlenden Charakter für die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer.

Es steht der Sächsischen Landesärztekammer an, im Interesse ihrer in diesem Gruppenvertrag versicherten Mitglieder die Jahresgeschäftsberichte des Vertragspartners einzufordern. Die Gewinnausschüttungen der letzten fünf Jahre sollten offen gelegt werden.

Der Autor dieses Artikels jedenfalls erhielt diese Information auf Anfrage hin bisher nicht.

Dr. med. Jörn Lohmann
Lößnitzgrundstraße 50
01445 Radebeul

Stellungnahme der Inter Krankenversicherung zum Leserbrief von Herrn Dr. Jörn Lohmann

In unserer Stellungnahme zum Leserbrief von Herrn Dr. Lohmann können wir weder Beitragsvergleiche mit anderen Versicherungsunternehmen veröffentlichen noch auf den individuellen Vertrag von Herrn Dr. Lohmann eingehen. Unter anderem stehen datenschutzrechtliche Bestimmungen dem entgegen. Unsere Antwort beinhaltet daher an dieser Stelle nur die allgemeinen Aspekte der angesprochenen Problematik.

Herr Dr. Lohmann weist darauf hin, dass die Beitragsentwicklung seiner seit 1992 bei uns bestehenden Privaten Krankenversicherung (PKV) zeitweise mit der Entwicklung der allgemeinen Gesundheitskosten bzw. den Gesamtausgaben der PKV korreliert, jedoch in den letzten Jahren ein überproportionales Ansteigen seiner Beiträge zu beobachten war.

Grundsätzlich ist es tatsächlich so, dass die Entwicklung der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen bzw. der Ausgaben der PKV und die individuelle Beitragsentwicklung unterschiedlich verlaufen können. Denn die ausgewiesenen Gesamtausgaben

der PKV umfassen alle Tarife, alle Leistungsarten von allen Personengruppen, also von Kindern und Erwachsenen, von Männern und Frauen, von Voll- und von Zusatzversicherten. Die Beiträge in der PKV werden demgegenüber wagnisgerecht in Abhängigkeit von Tarif, Geschlecht und Alter kalkuliert. Alleine schon von daher kann aus der allgemeinen Ausgabenentwicklung nicht auf die Beitragsentwicklung einzelner Tarife geschlossen werden.

Denn die Situation im jeweiligen Tarif kann durch (teilweise sogar arzt spezifische) Sondereinflüsse bestimmt sein, die sich erheblich auf die Beiträge auswirken. Auf die wichtigsten möchten wir im Folgenden eingehen:

(I)
Die früher übliche kostengünstige Kollegenbehandlung ist rückläufig; immer häufiger stellen Ärzte untereinander ganz normale Rechnungen aus; hieraus resultierende Kostensteigerungen müssen wir an unsere Kunden weitergeben.

Dennoch: Die Beiträge unserer Medizintarife liegen immer noch deutlich unter den Beiträgen vergleichbarer Tarife für Nicht-Ärzte.

(II)
Es ist richtig, dass im Vertrag von Herrn Dr. Lohmann die Beitragserhöhungen seit 2006 kräftiger ausgefallen sind. Nicht zuletzt spielt hier der stärkere Anstieg zum 01.01.2008 mit hinein, der auf folgende vom Gesetzgeber veranlasste Verfahrensumstellung zurück zu führen ist: Als Folge des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) werden ab 1. 1. 2008 die Kosten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft auf beide Geschlechter verteilt. Bisher wurden diese Kosten ausschließlich bei den Frauen verrechnet.

Tendenziell führt diese Umlage zu höheren Beiträgen bei Männern und zur Entlastung der Beiträge bei Frauen. Da in den Arzttarifen – im Vergleich zu Tarifen für Nicht-Ärzte – (erfreulicherweise!) weit überdurchschnittlich viele Geburten abgerechnet

net werden, führte diese Gesetzesänderung nachgewiesenermaßen zu erheblichen Beitragserhöhungen bei Männern, aber auch zu nennenswerten Beitragsentlastungen bzw. nur zu geringeren Erhöhungen bei Frauen.

So konnten im von Herrn Dr. Lohmann versicherten Tarif die Frauenbeiträge zum 1. 1. 2008 stabil gehalten oder sogar gesenkt werden, so dass sich hier im Zeitsegment 2005 bis 2008 unter sonst gleichen Umständen nur sehr moderate Erhöhungen ergaben.

(III)

Im Unterschied zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfassen Beiträge in der PKV auch Anteile zum Aufbau der Alterungsrückstellungen. Die regelmäßige und in kurzen Abständen realisierte Einberechnung neuer Sterbetafeln berücksichtigt die längere Lebenserwartung, verbessert somit die Vorsorge für das Alter, erfordert aber auch einen – im Vergleich zu den Leistungsausgaben – überproportional höheren Beitrag.

(IV)

Alle angesprochenen Einflüsse führten dazu, dass gerade Tarife ohne jeden Selbstbehalt im ambulanten bzw. stationären Bereich (wie zum Beispiel unser Tarif JA) branchenweit mittlerweile ein etwas höheres Beitragsniveau erreicht haben. Die Vereinbarung eines Selbstbehaltes bei ansonsten unveränderten Versicherungsleistungen entlastet die Beitragssituation spürbar.

Und nicht zuletzt möchten wir betonen, dass unsere Tarife sehr leistungsstark sind – auch und gerade in sehr kostenintensiven Bereichen wie Zahnersatz und Implantat-Behandlung. Die Leistungserstattung in unserem Hause erfolgt dabei schnell, fair und unbürokratisch, was gerade die Kunden sehr zu schätzen wissen, die aufgrund schwerer Erkrankungen hohe Rechnungen bei uns einreichen müssen. Eine auch denkbare „restriktive“ Erstattungspraxis käme sicherlich dem Beitragsniveau zugute, aber nicht den erkrankten Personen, die uns am dringendsten brauchen. Darüber hinaus weisen wir auf unsere

umfassenden Assistance-Leistungen hin, die wir in Kürze sogar noch erweitern wollen. Unsere Kunden werden wir demnächst darüber informieren.

Ein Punkt soll ganz deutlich herausgestellt werden:

Unser Verwaltungskostensatz konnte in den vergangenen Jahren regelmäßig abgesenkt werden. Wenn Beitragsanpassungen erforderlich wurden, dann immer nur in dem Ausmaß, wie es aufgrund erhöhter Leistungsausgaben an die Versicherten erforderlich war – jedoch keinesfalls um Gewinne zu maximieren. Jeder anderen Vorgehensweise würde der unabhängige Treuhänder nicht zustimmen, und unsere Aufsichtsbehörde würde eingreifen.

Übrigens: Gewinne dürfen wir als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit ohnehin nicht erzielen; alle Überschüsse fließen letztlich an die Versichertengemeinschaft zurück. 90 Prozent der zur Verfügung stehenden Zinserträge werden zur Beitragsentlastung im Alter verwendet. Mindestens 80 Prozent des danach verbleibenden Rohüberschusses fließen in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung. Mit diesen Mitteln finanzieren wir unsere anerkannt hohen Bar-Beitragsrückerstattungen im Falle der Leistungsfreiheit und mildern notwendige Beitragserhöhungen; diese Maßnahmen kommen somit unseren Kunden unmittelbar zugute. Der Rest des Rohüberschusses dient – nach der vorzunehmenden Versteuerung – der Stärkung des Eigenkapitals der Gesellschaft und kommt damit ebenfalls allen Versicherten als Garantie und Haftungsmittel zugute. Was die Situation am Markt betrifft, so zeigen umfassende von uns durchgeführte Marktanalysen, dass wir gerade im Bereich der Arzt- und Zahnarztтарife über sehr konkurrenzfähige Produkte mit einem ausgezeichneten Preis-/Leistungsverhältnis verfügen.

Bernd Jansen
Vorstandsvorsitzender der
INTER Krankenversicherung aG
Erzbergstraße 9 – 15, 68165 Mannheim