

Beitragsanpassung (BAP) zum 01.01.2021

Warum findet eine Beitragsanpassung statt?

Grundlegende Voraussetzung für eine Beitragsanpassung ist eine Änderung der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen, nämlich der Krankheitskosten und/oder der Lebenserwartung. Jedes Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist gesetzlich verpflichtet, einmal jährlich jeden Tarif (getrennt nach Männern, Frauen, Kindern und Jugendlichen sowie erwachsenen Unisex-Versicherten) hinsichtlich einer Anpassungsnotwendigkeit zu überprüfen. Dabei werden die ursprünglich erwarteten Versicherungsleistungen mit den tatsächlich beanspruchten Leistungen verglichen. Ergeben sich in einem Tarif Abweichungen - sowohl nach oben als auch nach unten - über dem in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen definierten Schwellenwert, schreibt der Gesetzgeber vor, dass sämtliche tarifliche Rechnungsgrundlagen zu überprüfen und gegebenenfalls auch anzupassen sind. In den von der Beitragsanpassung zum 01.01.2021 betroffenen Tarifen ist ein Schwellenwert von 5 % für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen vorgesehen. Eine Ausnahme bilden die Tarife 140 und 564, in denen der Schwellenwert 10 % beträgt. Die Anpassung muss in dem Umfang erfolgen, um das Gleichgewicht zwischen kalkulierten und tatsächlich erstatteten Versicherungsleistungen wiederherzustellen. Damit wird die langfristige Erhaltung Ihrer hochwertigen Gesundheitsversorgung sichergestellt.

Neben den Leistungen muss auch die in den Beiträgen einkalkulierte Lebenserwartung jährlich kontrolliert werden. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) veröffentlicht jährlich eine neue sogenannte „PKV-Sterbetafel“. Weichen unsere kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten von der neuen „PKV-Sterbetafel“ um mehr als 5 % ab, müssen die Beiträge entsprechend den Vorschriften der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung ebenfalls angepasst werden.

Welche dieser sogenannten Auslösenden Faktoren zu einer Beitragsanpassung geführt haben, können Sie auf der Rückseite der Anlage 1 (Informationen zur Beitragsanpassung) Ihrer BAP-Sendung entnehmen.

Durch eine Beitragsanpassung soll erreicht werden, dass dem Versicherungsunternehmen immer ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um die eingereichten Rechnungen der Versicherungsnehmer jederzeit und vollständig im Rahmen der vertraglich vereinbarten Tarifbedingungen erstatten zu können. Die Versicherten haben damit die Gewähr, dass das Unternehmen die lebenslang garantierte tarifliche Leistungszusage jetzt und auch in Zukunft erfüllen kann.

Wer entscheidet über die Beitragsanpassung?

Über Notwendigkeit, Zeitpunkt und Ausmaß einer Beitragsanpassung entscheiden Vorstand und verantwortlicher Aktuar des Unternehmens im Einvernehmen mit einem externen Treuhänder. Dabei ist das Ergebnis der nach der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vorgeschriebenen Gegenüberstellung von tatsächlichen und kalkulierten Leistungen im jeweiligen Tarif maßgebend. Der Treuhänder ist ein unabhängiges Prüfungsorgan, das die Wahrung der schutzwürdigen Interessen der Versicherten und die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen im Rahmen einer Beitragsanpassung nicht nur für den Münchener Verein, sondern für mehrere Versicherungsgesellschaften, überwacht. Der Diplom-Mathematiker Burkhard Vendt trägt Sorge dafür, dass Anpassungen nur dann - und auch nur in dem Umfang - erfolgen, in dem dies zur Wiederherstellung des Gleichgewichts zwischen kalkulierten und tatsächlich erforderlichen Versicherungsleistungen notwendig ist. Damit wird die Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge in der Zukunft gesichert.

Warum werden die Tarife unterschiedlich angepasst?

In der privaten Krankenversicherung wird entsprechend der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung risikogerecht kalkuliert. Die Beiträge werden also für jeden einzelnen Tarif, getrennt nach Eintrittsalter und bei Bisex-Kollektiven auch nach Geschlecht, ermittelt.

Die Überprüfung der Anpassungsnotwendigkeit, muss ebenfalls gesondert für jeden Tarif und jedes Geschlecht erfolgen. Deshalb kann die Anpassung von Beiträgen in den einzelnen Tarifen der Höhe nach sehr unterschiedlich - und auch zu verschiedenen Zeitpunkten - ausfallen. Eine jährliche Anpassung in kleinen Schritten ist leider gesetzlich nicht möglich. Aus diesem Grund kann es auch vorkommen, dass Tarife mehrere Jahre lang nicht neu kalkuliert werden dürfen und dann in einem Zug angepasst werden.

Warum werden die Selbstbehalte erhöht?

Aufgrund verbesserter Behandlungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen steigen die Versicherungsleistungen kontinuierlich. Einen Teil dieser Aufwendungen trägt der Versicherungsnehmer im Leistungsfall mit dem Selbstbehalt. Um eine ansonsten in höherem Umfang erforderliche Beitragsanpassung zumindest teilweise zu kompensieren, werden bestehende Selbstbehalte entsprechend geändert. Auch hier hat ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen gemäß den gesetzlichen Vorgaben überprüft und diesen zugestimmt.

Wie werden die Beiträge in der privaten Krankenversicherung berechnet?

In der privaten Krankenversicherung werden die Erwachsenen-Beiträge so kalkuliert, dass sie bei unveränderten Kalkulationsgrundlagen ein Leben lang konstant bleiben. Das mit dem Alter zunehmende Krankheits- bzw. Kostenrisiko wird dabei bereits berücksichtigt. Für das altersabhängige Krankheitskostenrisiko wird ab Versicherungsbeginn ein Teil des zu zahlenden Beitrages der tariflichen Alterungsrückstellung zugeführt und dort angesammelt. Diese Mittel werden dann im Alter zur Finanzierung der altersbedingt steigenden Versicherungsleistungen verwendet. Bei unveränderten Kalkulationsgrundlagen reichen die angesammelten Alterungsrückstellungen aus, das steigende Krankheitskostenniveau im Alter aufzufangen und den Beitrag konstant zu halten.

Dafür muss jedoch vorausgesetzt werden, dass die Kalkulationsgrundlagen gleich bleiben. Ändern sich die zugrunde gelegten Rahmenbedingungen im Laufe der Zeit, müssen die Beiträge nachkalkuliert werden. In den letzten Jahren hat vor allem die deutlich gestiegene Inanspruchnahme von Leistungen Beitragsanpassungen verursacht. Beeinflusst wurde diese Entwicklung insbesondere durch ein deutliches Kostenwachstum - zum Beispiel durch den rasanten, aber kostentreibenden medizinischen Fortschritt oder die Kosteninflation im Gesundheitswesen. Damit wird auch das lebenslang garantierte tarifliche Leistungsspektrum erweitert. Ein dadurch bedingter tariflicher "Mehr-Wert" für den Versicherungsnehmer kann letztlich nur durch entsprechende "Mehr-Beiträge" ausgeglichen werden, um auch in Zukunft die Erfüllbarkeit der tariflichen Leistungsversprechen sicherzustellen.

Wie ist die Höhe der Beitragsanpassung zu erklären?

Die Höhe einer Beitragsanpassung wird im Wesentlichen durch die Leistungsentwicklung im jeweiligen Tarifkollektiv bestimmt. Für die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. hat die dauerhafte Sicherung der Leistungsfähigkeit für unsere Versicherten höchste Priorität. Mit Recht drängen die Aufsichtsbehörde sowie der unabhängige Treuhänder darauf, dass die Versicherungsunternehmen ausreichende Beiträge von ihren Kunden verlangen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die eingereichten Rechnungen für Versicherungsfälle unserer Versicherten jederzeit und vollständig im Rahmen der vertraglich vereinbarten Tarifbedingungen erstattet werden können.

Deshalb ist es für ein Krankenversicherungsunternehmen verpflichtend, die Beiträge in dem Umfang anzuheben, wie es nach der Entwicklung der Aufwendungen für Versicherungsleistungen erforderlich ist.

Von der Problematik einer weiter steigenden Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen sind alle privaten und gesetzlichen Krankenversicherer betroffen. Auch andere Anbieter auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt müssen Beitragsanpassungen durchführen, um auf diese Entwicklung zu reagieren.

Ein weiterer Faktor für die Höhe der Beitragsanpassung ist die steigende Lebenserwartung. Diese führt dazu, dass unsere Versicherten Leistungen über einen längeren Zeitraum erhalten, wodurch höhere Beiträge für die Finanzierung benötigt werden. Diese sind derzeit aber weitgehend unverändert und haben somit keinen maßgeblichen Anteil an der Beitragsänderung der diesjährigen Beitragsanpassung.

Zudem wirkt sich das in den letzten Jahren immer weiter gesunkene Zinsniveau am Kapitalmarkt beitrags erhöhend aus: Diese Anpassung an das niedrige Kapitalmarktniveau haben wir - soweit möglich - bereits mit den letzten Beitragsanpassungen vorgenommen, so dass nur noch sehr wenige Tarifkollektive von deutlichen Rechnungszins-Absenkungen betroffen sind. Je kürzer die letzte Anpassung in einem Tarifkollektiv zurückliegt, desto geringer fällt die Absenkung des einkalkulierten Rechnungszinses aus. Eine Absenkung des Rechnungszinses wirkt sich insbesondere in Tarifen mit starkem Sparcharakter und bei langjährigen Bestandskunden, die sehr hohe Altersrückstellungen haben, beitrags erhöhend aus.

Eine weitere Kalkulationsgrundlage, deren Änderung Einfluss auf die Höhe der Beitragsanpassung hat, sind die Abgangswahrscheinlichkeiten durch Storno der Versicherten. Diese sind derzeit aber weitgehend unverändert und haben somit keinen maßgeblichen Anteil an der Beitragsänderung der diesjährigen Beitragsanpassung.

Wie entwickeln sich die Beiträge in Zukunft?

Welche Entwicklung die Beiträge in Zukunft nehmen werden, kann letztlich niemand im Voraus sagen. Die Erfahrung der letzten Jahrzehnte hat gezeigt, dass gesicherte Prognosen über die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen kaum möglich sind. Seit Jahren ist nicht nur in der Privaten Krankenversicherung (PKV) ein massives Kostenwachstum zu beobachten, das entsprechende Beitragssteigerungen zwingend auslöst. Auch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erhält seit Jahren hohe Steuerzuschüsse und -darlehen in Milliardenhöhe. Hinzu kommt, dass die Beiträge in den einzelnen PKV-Tarifen, Kollektiven und Altersgruppen, die wir unabhängig voneinander zu kalkulieren haben, ganz unterschiedliche Entwicklungen genommen haben. Auch insofern ist ein einheitlicher Entwicklungstrend nicht darstellbar.

Warum wird der Beitrag erhöht, obwohl ein Einzelner keine bzw. kaum Leistungen beansprucht hat?

Wesentliches Prinzip jeder Versicherung ist es, vergleichbare finanzielle Risiken eines Einzelnen auf viele Schultern in der Versichertengemeinschaft zu verteilen. In einer Krankenversicherung nimmt eine Vielzahl von Personen - zusammengeschlossen in einer „Gefahrgemeinschaft“ - dem Einzelnen das für ihn nicht überschaubar und tragbare Krankheitskostenrisiko ab. Hätten Sie gedacht, dass der Münchener Verein monatlich mehr als 31 Millionen € an seine Versicherten auszahlt? Vielleicht haben Sie selbst schon von den erstklassigen Leistungen profitiert, die Ihnen Ihr Tarif bietet.

Der vom Versicherten zu zahlende Beitrag ist die Gegenleistung für die Bereitstellung des Versicherungsschutzes. Unabhängig davon, ob und inwieweit tatsächlich Leistungen durch einen einzelnen Versicherten in Anspruch genommen werden. Dabei müssen die Beiträge so bemessen sein, dass sie insgesamt alle Versicherungsleistungen im jeweiligen Tarif decken.

Warum schränkt der Münchener Verein seine Leistungen nicht ein?

Das wäre sicher nicht in Ihrem Interesse! Sie haben mit dem Münchener Verein einen Vertrag geschlossen, in dem wir Ihnen auf Lebenszeit ein garantiertes tarifliches Leistungsversprechen gegeben haben. Dieses Versprechen dürfen und wollen wir nicht brechen. Für Ihre optimale Gesundheitsvorsorge ist es wesentlich, sich individuell alle wichtigen Leistungen im Krankenversicherungsschutz zu erhalten.

Was tut der Münchener Verein zur Kostenbegrenzung?

Bereits vor Vertragsabschluss treffen wir Vorkehrungen, dass Ihr Beitrag zukunftssicher und kalkulierbar bleibt. Das geschieht zunächst bei der Antragsannahme durch detaillierte Prüfung des Gesundheitszustandes des Antragstellers. Ziel dieser „Risikoprüfung“ ist es, den richtigen, also risikoadäquaten Beitrag bei Vertragsbeginn zu ermitteln.

Der starken Leistungsdynamik begegnet der Münchener Verein mit einer Reihe von Maßnahmen. Dazu zählen u. a. systematische Plausibilitätsprüfungen von Abrechnungen, sorgfältige Kontrolle von Heil- und Kostenplänen sowie die Begrenzung auf die von der Beihilfe anerkannten Höchstätze bei der Erstattung von Heilmitteln („übliche Vergütung“).

Durch den Einsatz von elektronischen Prüfprogrammen werden Abrechnungsfehler bei Leistungserbringern korrigiert und die Versicherten bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche unterstützt. Direkte Einwirkungsmöglichkeiten auf den jeweiligen Arzt haben Krankenversicherer mangels direkter vertraglicher Beziehungen allerdings nicht. Zudem werden bei Rechnungen von Krankenhäusern maximal Tagessätze erstattet, die den Grundsätzen eines Urteils des Bundesgerichtshofes entsprechen.

Wir bauen zudem kontinuierlich weitere Kooperationen mit Leistungserbringern auf, um unseren Versicherten einen verbesserten und kostengünstigeren Zugang zu medizinischen Leistungen zu ermöglichen. Der PKV-Verband handelt hier üblicherweise Kooperationsvereinbarungen für seine Mitgliedsunternehmen aus, denen auch der Münchener Verein beitrifft. Damit können wir unseren Versicherten z.B. Anschlussheilbehandlungen auf einem qualitativ sehr hohen Niveau zu günstigeren Konditionen anbieten.

Im Bereich der Medikamente und Arzneimittel hat der Münchener Verein mit den führenden deutschen Generika-Anbietern Rabattverträge geschlossen. So können Preisvorteile noch besser genutzt werden, was zur langfristigen Beitragsstabilität für die Versicherten beiträgt. Auch mit Kooperationsvereinbarungen im Bereich der Hilfsmittelversorgung ermöglichen wir unseren Versicherten den Bezug von Leistungen und Hilfsmitteln zu günstigeren Preisen.

Warum werden die Kostenbelege nicht genauer geprüft?

Wir führen Plausibilitätsprüfungen bei Abrechnungen durch und prüfen die Richtigkeit der eingereichten Rechnungen. Wir können jedoch nicht beurteilen, ob die jeweiligen Positionen auf der Arztrechnung auch tatsächlich der durchgeführten Behandlung entsprechen. Deshalb sind wir hier auf die Unterstützung durch unsere Versicherten angewiesen, da zwischen dem Münchener Verein und dem behandelnden Arzt keine direkte Rechtsbeziehung besteht. Wir unterstützen Sie allerdings gerne, wenn Sie Fragen zu Ihrer Abrechnung haben.

Haben zu hohe Verwaltungskosten die Beiträge in die Höhe getrieben?

Die sogenannte „Verwaltungskostenquote“, die das Verhältnis von Verwaltungskosten zu Beitragseinnahmen angibt, konnte über die letzten Jahre durch ein straffes Kostenmanagement sowie durch Effizienzsteigerungen in den Arbeitsabläufen kontinuierlich gesenkt werden. Unsere „Verwaltungskostenquote“ erreicht damit einen für einen ausgesprochen serviceorientierten mittelständischen Versicherer einen branchenüblichen Wert.

Warum bekommt man nur noch einen Nachtrag zum Versicherungsschein?

Auch ein Nachtrag zum Versicherungsschein ist im rechtlichen Sinn ein Versicherungsschein. Im Unterschied zu früher haben wir aber darauf verzichtet, den kompletten Vertragsstand wiederzugeben. Das bedeutet, wir weisen nur die wesentlichen Änderungen gegenüber dem bisherigen Vertragsstand bzw. dem zuletzt übermittelten Versicherungsschein aus. Das spart Kosten und wirkt sich natürlich auch positiv auf die Beiträge aus.

Wir haben in der Vergangenheit aufgrund zahlreicher Kundenrückfragen die Erfahrung gemacht, die Darstellung der Beiträge der einzelnen Leistungsbausteine möglichst einfach zu gestalten.

Deshalb weisen wir nur noch die vertragswesentlichen Änderungen aus. Beispielsweise werden Tarifwechselabschlüsse und beitragsrelevante Werte je versicherte Person ausgewiesen, außerdem der bisherige und der neue Beitrag je versicherte Person sowie der bisherige und der neu zu entrichtende Gesamtbeitrag des Vertrages.

Selbstverständlich erläutert Ihnen Ihr persönlicher Ansprechpartner alle tariflichen Beitragsveränderungen im Einzelnen oder berät Sie zu Änderungswünschen.

Auf Wunsch senden wir jedem Kunden eine detaillierte Übersicht seiner Beiträge zu. Wir bitten jedoch um Verständnis, dass z.B. im Rahmen einer Beitragsanpassung eine einheitliche Darstellungsform für alle betroffenen Kunden aus Organisations- und Kostengründen unumgänglich ist.

[An wen kann ich mich bei weiteren Fragen wenden?](#)

Selbstverständlich können Sie sich für eine **kostenlose Beratung** gerne an Ihren persönlichen Ansprechpartner im Außendienst wenden. Zudem steht Ihnen auch unser Service-Team unter der **Telefonnummer 089 / 51 52 - 10 00** zur Verfügung.

[An wen kann ich mich speziell bei Beschwerden wenden?](#)

Zunächst stehen Ihnen wie gewohnt alle Ansprechpartner des Münchener Verein zur Verfügung. Sollten Sie trotz unserer Bemühungen eine Beschwerde haben, so versuchen wir gemeinsam mit Ihnen eine Lösung zu finden. Auch die zuständige Aufsichtsbehörde empfiehlt, dass Beschwerden zunächst immer mit dem jeweiligen Unternehmen geklärt werden sollten. Dafür haben wir eine **eigene Beschwerdestelle** für Sie eingerichtet. Diese erreichen Sie unter der **Telefonnummer 089 / 51 52 - 10 10** oder Sie senden eine **E-Mail an: beschwerdestelle@muenchener-verein.de**.

Sollten wir auf diesem Wege keine Lösung finden, können Sie sich auch an den **Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung** wenden:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin

www.pkv-ombudsmann.de/ihre-beschwerde/beschwerde-einreichen/online-beschwerde

Natürlich steht Ihnen ggf. auch die zuständige Aufsichtsbehörde zur Verfügung.