

Wissenswertes über die Private Krankenversicherung

Informationen
für Lehrer und Schüler



Stand: Januar 2002

Herausgeber:
Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Postfach 51 10 40, 50946 Köln
Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln
Tel. (0221) 3 76 62-0, Fax (0221) 3 76 62-10
Internet: <http://www.pkv.de>
eMail: postmaster@pkv.de

Inhalt

1.	Private Krankenversicherung im System der sozialen Sicherung	5
1.1	Geschichtliche Entwicklung	5
1.2	Grundlagen von GKV und PKV	8
a)	Äquivalenzprinzip – Solidarprinzip	8
b)	Individueller Beitrag – Umlageverfahren	10
c)	Individuelle Versicherungsmöglichkeit – Einheitlicher Versicherungsschutz.	12
d)	Kostenerstattungsprinzip und Sachleistungsprinzip	13
e)	Versicherungspflicht – freiwillige Versicherung	14
1.3	Relative Bedeutung GKV/PKV	16
2.	Das Angebot der PKV	17
2.1	Krankheitskostenvollversicherung	17
2.2	Krankenhauszusatzversicherung	18
2.3	Krankenhaustagegeldversicherung	18
2.4	Krankentagegeld	19
2.5	Auslandsreisekrankenversicherung	19
2.6	Zusatzversicherung für ambulante Behandlung	20
2.7	Zahnergänzungsversicherung	20
2.8	Kurkostentarife	20
2.9	Anwartschaftsversicherung (bei Ruhen der Versicherung)	20
3.	Der privat versicherte Personenkreis	21
3.1	Vollversicherte Personen	21
a)	Arbeiter und Angestellte	21
b)	Beamte	22
c)	Selbständige	22
3.2	Zusatzversicherte Personen	22
4.	Rechtsgrundlagen der privaten Krankenversicherung	24
4.1	Versicherungsvertragsrecht	24
4.2	Unternehmensrecht	24

4.3 Aufsichtsrecht	24
4.4 Kündigungsrecht	24
4.5 Arbeitgeberzuschuss	25
4.6 Steuerliche Abzugsfähigkeit	25
5. Beitragskalkulation	26
Weitere Informationen des PKV-Verbandes	29

1. Private Krankenversicherung im System der sozialen Sicherung

1.1 Geschichtliche Entwicklung

Die private Krankenversicherung (PKV) zählt zu den ältesten Versicherungszweigen. Das Zunftwesen der Handwerker ist sozusagen als erste Wurzel der PKV zu betrachten, denn schon seit dem frühen Mittelalter unterstützten die Zünfte aus ihrem durch Beiträge erworbenen Vermögen die Mitglieder in Notfällen, wie z.B. Krankheit, Invalidität und Alter.

Anfang des 18. Jahrhunderts interessierte sich erstmals der Gesetzgeber für die Krankenversicherung. So ließ Preußen in der Allgemeinen Gewerbeordnung vom 17. Januar 1845 die Gründung von Krankenkassen als Vorläufer der späteren Sozialversicherung für Fabrikarbeiter zu und gestattete den Gemeinden, die am Ort beschäftigten Gesellen und Gehilfen zu zwingen, den Krankenkassen beizutreten. Nach dem Beispiel von Preußen erließen dann auch die meisten anderen Staaten Vorschriften über das Hilfskassenwesen. Das Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876 brachte schließlich eine einheitliche Regelung für das Reich.

Not und Elend der arbeitenden Bevölkerung als Folge der Industrialisierung zwangen Bismarck, 1883 sozialpolitische Reformen durchzuführen. Als erster Zweig der Sozialversicherung wurde am 15. Juni 1883 die Krankenversicherung der Arbeiter eingeführt. Im Mittelpunkt stand der Versicherungszwang für einen näher umschriebenen Personenkreis. Gemeindekrankenversicherungs-, Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, Knappschafts- und Hilfskrankenkassen waren die Träger der sozialen Krankenversicherung. Erst ab diesem Zeitpunkt lässt sich deutlich zwischen privater und sozialer Krankenversicherung unterscheiden.

1883 Unterscheidung private und soziale Krankenversicherung

Der Versicherungszwang für bestimmte Personenkreise, den die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt hatte, veranlasste die nicht in sie einbezogenen Bevölkerungsschichten, entsprechende Einrichtungen auf privatwirtschaftlicher Grundlage zu bilden. Aufgrund des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmen vom 12. Mai 1901 wurden die Krankenversicherungsunternehmen dem neu errichteten Kaiserlichen Aufsichtsamt für die Privatversicherung unterstellt.

Nach der Einführung der Sozialversicherung für Arbeiter erhielt die PKV Impulse von den Beamten und von Angehörigen des Mittelstandes. Interesse zeigten insbesondere Kommunalbeamte, Lehrer und Geistliche. Die älteste Einrichtung dieser Art war die schon 1848 entstandene Krankenkasse der Beamten des Berliner Polizeipräsidiums.

Der 1900 gegründete Deutsche Handwerks- und Gewerbebund machte den Versuch, auch die Handwerker in die Sozialversicherung einzubeziehen. Die Reichsregierung stellte sich aber auf den Standpunkt, dass eine Ausdehnung der Sozialgesetzgebung auf den selbständigen Handwerkerstand ein „Überschreiten des Rubikons in der Sozialpolitik“

bedeute. Nach dieser Erklärung lehnte auch die Standesorganisation 1905 den Gedanken der Pflichtversicherung ab. Der historische Beschluss von Nürnberg am 4./5.9.1906 lautete: „Der 7. Deutsche Handwerks- und Gewerbe-Kammertag kennt die Wichtigkeit der Kranken-Unterstützungskassen für selbständige Handwerksmeister zur Linderung von Not und Sorgen an. Er empfiehlt den Handwerks- und Gewerbe-Kammern, so weit sie mit der Einrichtung derartiger Kassen noch nicht vorgegangen sind und ein Bedürfnis dafür vorliegt und so weit ihre Existenzfähigkeit voraussichtlich gesichert erscheint, ihre Bildung vorzunehmen.“ Dem Aufruf schlossen sich bis zum 1. Weltkrieg 25 Handwerkskammern an, die in ihren Bezirken Kranken-Unterstützungskassen gründeten.

1924 Aufschwung der privaten Krankenversicherung

Die günstige Entwicklung der PKV in den folgenden Jahren wurde durch den Ausbruch des 1. Weltkrieges unterbrochen. Aufgrund der Geldentwertung büßte der Mittelstand sein Vermögen ein. Die Rücklagen, aus denen bisher die Krankheitskosten bestritten wurden, waren aufgeschmolzen. Nach der Stabilisierung der Währung setzte um die Jahreswende 1923/24 ein Zustrom zu den Versicherungsunternehmen ein. In den nächsten Jahren begannen auch öffentlich-rechtliche Versicherungseinrichtungen, sich der privaten Krankenversicherung zuzuwenden. Sie beschränkten sich auf die Versicherung der Beamten und ihrer Familien, deren Gehälter nach der Stabilisierung der Währung nicht immer ausreichten, um die Kosten für schwere Krankheiten selbst zu bezahlen.

Von besonderer Bedeutung für die private Krankenversicherung wurden die Vorschriften des Gesetzes über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 und dessen Ausführungsbestimmungen. Die 12. und 15. Aufbauverordnung vom 24. Dezember 1935 und 1. April 1937 ließen die Ersatzkassen zu Körperschaften des öffentlichen Rechts werden und zu Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Insbesondere wurde getrennt zwischen Angestellten- und Arbeiterersatzkassen. Sozialversicherungsfremde Mitglieder mussten aus ihnen ausscheiden. Aufgrund dieser Beschränkung des Versichertenkreises auf die nach der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtigen und -berechtigten Personen wurden sie von der Aufsicht über private Versicherungsunternehmen herausgenommen. Für die Krankenversicherung der aus den Ersatzkassen ausgeschiedenen Mitglieder waren jetzt die privaten Gesellschaften zuständig.

1945, nach dem 2. Weltkrieg, erfolgte der totale Zusammenbruch der PKV. Die Zeit nach dem Zusammenbruch war für die deutsche Versicherung mit dem tiefsten Niedergang in ihrer Geschichte verbunden. Die sowjetische Besatzungsmacht hatte jedwede Tätigkeit der PKV verboten. Eine große Anzahl von Versicherungsunternehmen siedelte in das Gebiet der Bundesrepublik über. 1945 musste beim Nullpunkt begonnen werden. Im Mai 1946 fand in Hameln die erste Zusammenkunft der Krankenversicherer der britischen Besatzungszone statt, 1947 wurde der Verband der privaten Krankenversicherung für die britische Zone mit Sitz in

Gesetzesauswirkungen auf den Bestand

Die Entwicklung der Krankheitsvollversicherung, der Hauptversicherungsart der PKV, wird in starkem Maße durch den Gesetzgeber bestimmt, und zwar durch die Festlegung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV. Sie beträgt 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Welche Auswirkungen in der Vergangenheit gravierende Maßnahmen auf den Versicherungsbestand hatten, zeigt die nachfolgende Übersicht:

Jahr	Versicherte Personen (in Mio.)	Wichtige gesetzgeberische Maßnahmen
1961-1964		
1965	6,7	Anhebung der Pflichtgrenze für Angestellte von 660 DM (337,45 Euro) auf 900 DM (460,16 Euro)
	6,6	
1966-1967		
1968	6,6	Krankenversicherungspflicht für arme Rentner
	6,3	
1969		Anhebung der Pflichtgrenze für Angestellte auf 990 DM (506,18 Euro)
1970	6,0	Anhebung der Pflichtgrenze für Angestellte auf 1.200 DM (613,55 Euro)
	5,8	
1971		Anhebung der Pflichtgrenze für Angestellte auf 1.425 DM (728,59 Euro) und Dynamisierung
	5,3	Vorübergehende Öffnung der GKV für alle Angestellten und für privatversicherte Rentner
1972	4,6	Krankenversicherungspflicht für Landwirte
1973	4,2	Auswirkungen der Krankenversicherungspflicht für Landwirte
1974-1975	4,2	
1980	4,84	
1985	5,241	
1989	6,410	Gesundheitsreformgesetz
1992	6,733	Gesundheitsstrukturgesetz
1996	6,986	
1998	7,206	
1999	7,356	

Köln gegründet. 1948 konstituierte sich der bizonale Verband der privaten Krankenversicherung, 1949 dehnte sich der Verband auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland aus.

Bis in die 70er Jahre hinein wurde der gesetzliche Versicherungsschutz auf fast alle Bevölkerungskreise schrittweise ausgedehnt. Die im 2. Krankenversicherungsänderungsgesetz von 1970 festgelegte Versicherungspflichtgrenze in der GKV auf 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung war für die PKV die Voraussetzung für eine dauernde Koexistenz mit der GKV. Infolge der Eingriffe des Gesetzgebers, besonders durch die Öffnung für alle Angestellten 1971 und die Einführung der Pflichtversicherung für Landwirte 1972, musste die PKV in den Jahren 1970 bis 1973 Abwanderungen von über 815.000 Personen hinnehmen. 1989 wurde im Gesundheitsreformgesetz eine Neuabgrenzung des gesetzlich und privat versicherten Personenkreises vorgenommen. So wurde erstmalig Arbeitern mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erlaubt, sich ausschließlich privat zu versichern. Beamte und Selbständige wurden unabhängig vom Einkommen auf die private Versicherung verwiesen.

1995
Einführung der
Pflegepflicht-
versicherung

Am 3.10.1990 traten die auf dem Gebiet der früheren DDR entstandenen fünf neuen Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland bei, am 1.1.1991 wurde dort das gegliederte Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik eingeführt. Das Gesundheitsstrukturgesetz, das am 1.1.1993 in Kraft trat, brachte für die PKV die Einführung des sog. Standardtarifs, der sie verpflichtet, älteren Versicherten einen auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV begrenzten Tarif anzubieten. Bei der Pflegepflichtversicherung, die am 1.1.1995 eingeführt wurde, wurde der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ in die Praxis umgesetzt. Die PKV wurde damit zum Träger der Pflegepflichtversicherung für alle diejenigen, die bei ihr gegen das Krankheitsrisiko versichert sind.

1.2 Grundlagen von GKV und PKV

a) Äquivalenzprinzip – Solidarprinzip

Für die private Krankenversicherung ist die Eigenvorsorge auf der Basis des Äquivalenzprinzips (Individualversicherungsprinzip) maßgebend. Äquivalenzprinzip heißt: Es gibt eine direkte Beziehung zwischen der Höhe der Beiträge und dem versicherten Leistungsumfang. Je mehr Leistungen versichert werden, desto höher der Beitrag. Die PKV erhebt risikogerechte Beiträge. Die Beiträge richten sich nach den vereinbarten Leistungen in Abhängigkeit vom Eintrittsalter, dem Geschlecht der versicherten Person und dem Gesundheitszustand bei Beginn der Versicherung. Das Äquivalenzprinzip soll garantieren, dass Gruppen mit gleichen Risiken dieselben Beiträge zahlen, die dann auch ausreichen, um die in diesen Gruppen anfallenden Versicherungsleistungen zu erbringen. Wer ein größeres Risiko darstellt, wer voraussichtlich mehr Leistungen in Anspruch nimmt, muss folglich auch höhere Beiträge zahlen als jemand, der nur ein niedrigeres Risiko darstellt.

Äquivalenzprinzip

PKV-Beitrag

Lebensalter bei Versicherungsbeginn

Gesundheitszustand bei
Versicherungsbeginn

Geschlecht

Umfang des gewählten
Versicherungsschutzes

Die GKV wird demgegenüber vom Solidaritätsprinzip geprägt, d.h. die Mitglieder der GKV haben im Geiste der Solidarität füreinander einzustehen. Damit verbunden ist die sozialpolitische Zielsetzung, einen finanziellen Ausgleich zwischen sozial schwächeren und sozial stärkeren Mitgliedergruppen zu schaffen. Solidarität bedeutet, dass jedes Mitglied der Versichertengemeinschaft so viel von der Gemeinschaft erhält, wie erforderlich ist, und so viel zu diesen Ausgaben beiträgt, wie es seiner Leistungsfähigkeit entspricht. Die Höhe des GKV-Beitrags richtet sich nach dem Einkommen. Familienmitglieder ohne eigenes oder mit nur geringfügigem Einkommen werden beitragsfrei mitversichert. Eine Differenzierung des Leistungsangebots abhängig von der Beitragshöhe ist grundsätzlich nicht möglich.

Solidarprinzip

GKV-Beitrag

Einkommenshöhe

b) Individueller Beitrag – Umlageverfahren

Die Beiträge werden in der PKV nach Art der Lebensversicherung auf versicherungsmathematischer Grundlage berechnet. Das bedeutet, dass eine Alterungsrückstellung gebildet wird. Diese deckt das mit dem Alter ansteigende Krankheitsrisiko ab. Dabei entrichtet der Versicherte mit seinem Beitrag neben einem Risikoanteil für das gegenwärtige Risiko, krank zu werden, zugleich einen Sparanteil für das mit dem Alter ansteigende Krankheitsrisiko.

Ein Teil des Beitrages wird also von Beginn an als Alterungsrückstellung verzinslich angespart. Dieser Betrag steht dann im Alter zur Deckung der dann höheren Leistungen zur Verfügung.

Die folgende Grafik verdeutlicht die Beitragsberechnung in der PKV. Die schwarze Linie gibt die mit dem Alter steigenden Gesundheitskosten wieder. Die blaue Linie zeigt, wie der Beitrag in der PKV kalkuliert wird. Dabei handelt es sich um ein sehr vereinfachtes Modell, das von konstanten Preisen für Gesundheitsleistungen ausgeht, an dem aber die Grundzüge der Beitragskalkulation in der PKV deutlich werden. Am Anfang liegt der Beitrag über der tatsächlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Aus der Differenz wird die Alterungsrückstellung gebildet. In späteren Lebensjahren übersteigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen den Beitrag. Die Differenz wird dann durch Entnahmen aus der Alterungsrückstellung finanziert.

*PKV bildet
Alterungsrückstellungen*

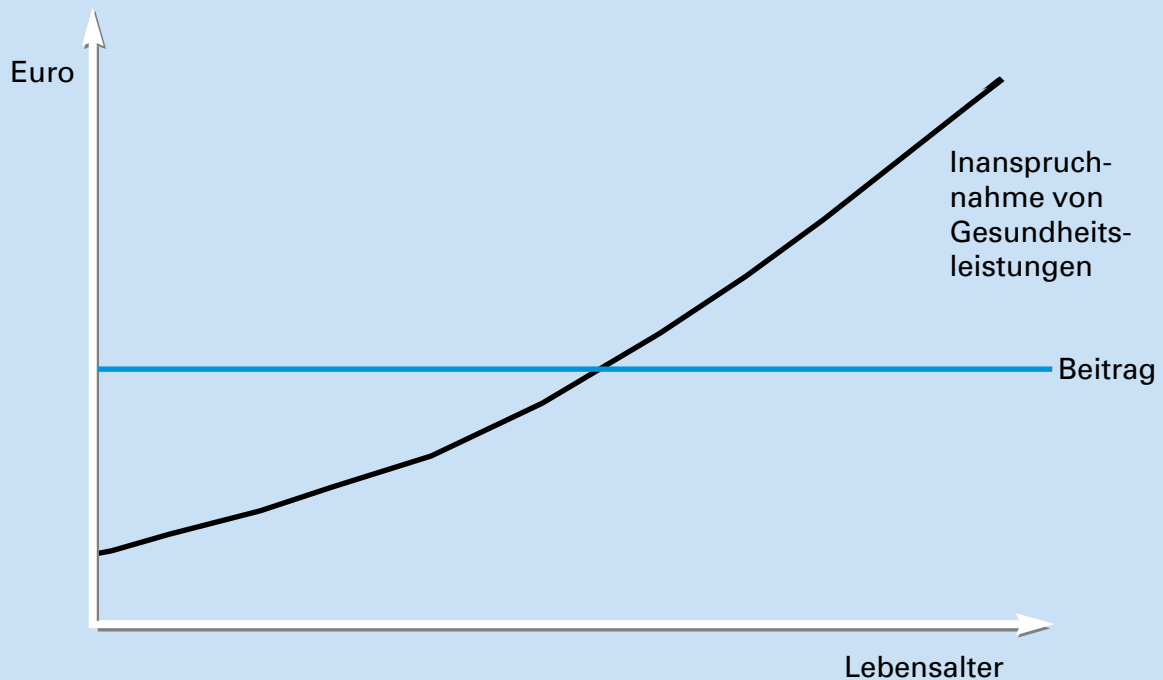
Der Beitrag in der PKV wird über die gesamte Versicherungsdauer so kalkuliert, dass er

- in jungen Jahren oberhalb der tatsächlich in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen und
- in späteren Jahren unterhalb dieser Leistungen liegt.

Die Differenz zwischen dem tatsächlichen Beitrag und den rechnerischen Kosten für Gesundheitsleistungen in jungen Versicherungsjahren wird in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die rechnerischen Kosten für Gesundheitsleistungen über dem Beitrag liegen, dann wird die Differenz aus der Entnahme für Alterungsrückstellungen finanziert.

Der Beitrag wird in der PKV stets individuell, d.h. für jede einzelne versicherte Person berechnet. Eine kostenfreie Familienmitversicherung gibt es nicht.

Beitragskalkulation der PKV



Von seinem Arbeitgeber erhält der Versicherte einen Zuschuss in Höhe der Hälfte des PKV-Beitrags, maximal jedoch die Hälfte des durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrags.

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Beiträge nach dem Umlageverfahren berechnet. Das bedeutet, dass die Ausgaben eines Jahres mit den Beitragseinnahmen desselben Jahres finanziert werden. Somit sind die Ausgaben der bestimmende Faktor für die Bemessung der Beiträge. Diese sind so festzusetzen, dass mit ihnen die Ausgaben der gleichen Periode vollständig gedeckt werden können. Theoretisch sind damit die Bildung von Überschüssen oder eine defizitäre Entwicklung ausgeschlossen. Die erforderlichen Beitragseinnahmen werden erhoben, indem ein bestimmter Prozentsatz vom Einkommen (= Beitragssatz) an die Krankenkasse abgeführt werden muss. Dabei wird der Beitragssatz je zur Hälfte von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern getragen. Abgeführt wird der gesamte Beitrag jeweils von den Arbeitgebern. Man spricht deshalb davon, dass der Beitragseinzug den Arbeitgebern obliegt.

Umlageverfahren der GKV

Einkommen der Versicherten

X

Beitragssatz

=

Beitragseinnahmen der Krankenkassen

=>

Leistungsausgaben der Krankenkassen
(einschl. Verwaltungskosten)

c) Individuelle Versicherungsmöglichkeit – Einheitlicher Versicherungsschutz

Die private Krankenversicherung ist eine Individualversicherung, die der Vorsorge des Einzelnen für den Krankheitsfall dient. Hier kann der Einzelne den Gegenstand und den Umfang der Leistungen weitgehend selbst bestimmen. Sein Versicherungsschutz ist auf sein individuelles Bedürfnis abgestimmt. Für Leistungen, die der Einzelne nicht absichern möchte, braucht er auch nicht vorzusorgen. Der Gesetzgeber hat nämlich den Umfang des Versicherungsschutzes nicht vorgeschrieben. Die Leistungen der Versicherung sind vertraglich vereinbart. In diesen Leistungskatalog kann der Gesetzgeber nicht eingreifen. Die Versicherung hat sich ebenfalls verpflichtet, auf das Kündigungsrecht in der Vollversicherung zu verzichten. So kann allein der Versicherte Änderungen seines Versicherungsvertrages vornehmen. Er entscheidet allein darüber, wenn er Kürzungen in seinem Versicherungsschutz vornehmen möchte, um eine Einsparung bei seinen Beiträgen zu erreichen.

**PKV: Leistungsumfang
bestimmt Versicherter**

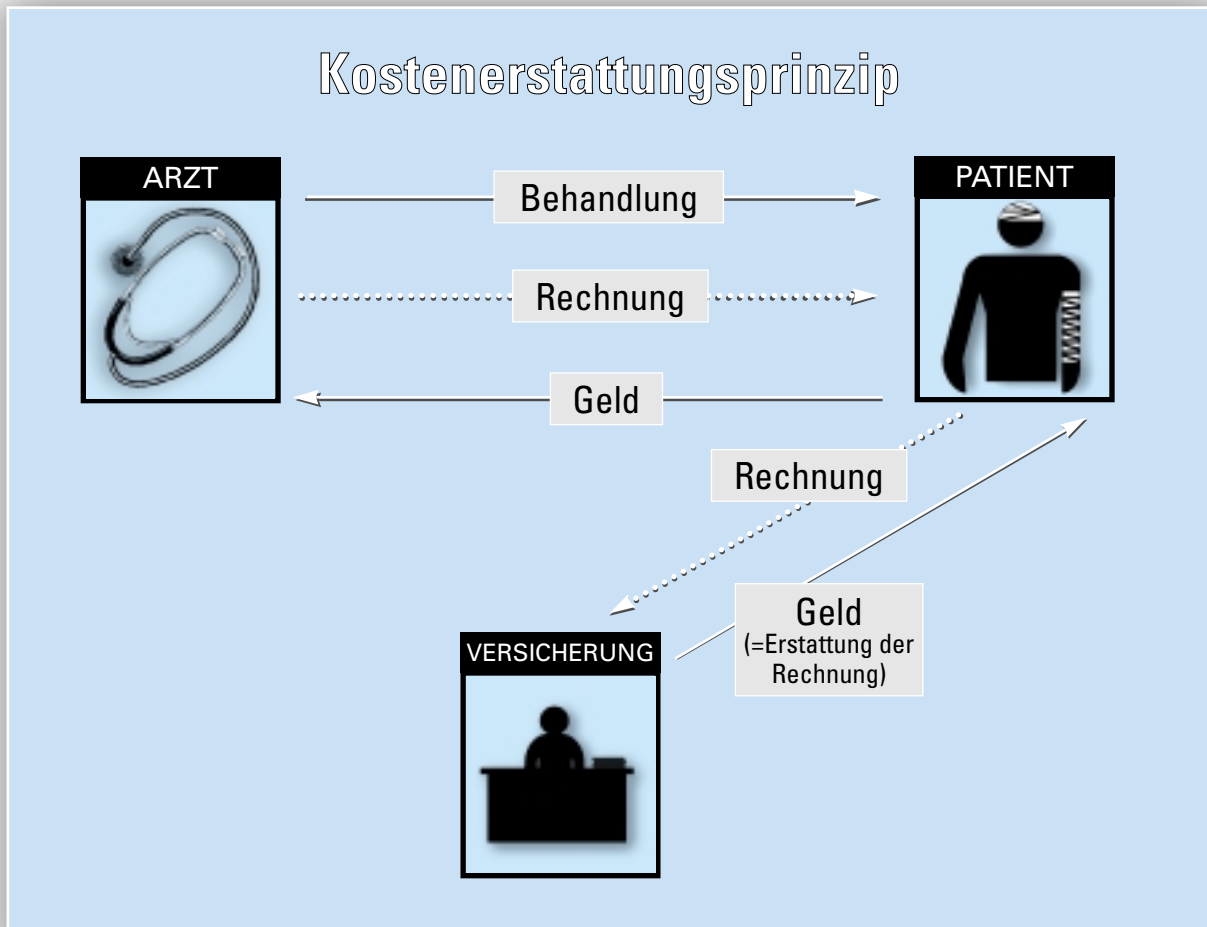
Die Versicherungsleistungen sind in der GKV weitgehend per Gesetz festgeschrieben. Dabei muss der Versicherungsschutz für alle Versicherten weitgehend vereinheitlicht sein. Dem Gesetzgeber obliegt es auch,

den Versicherungsschutz bzw. den Leistungskatalog der GKV fortzuschreiben. Dabei kann der Gesetzgeber auch, was er bei verschiedenen Kostendämpfungs- und Gesundheitsreformgesetzen wiederholt getan hat, Einschnitte im Leistungskatalog vornehmen, Zuzahlungen erhöhen oder neue Zuzahlungen einführen.

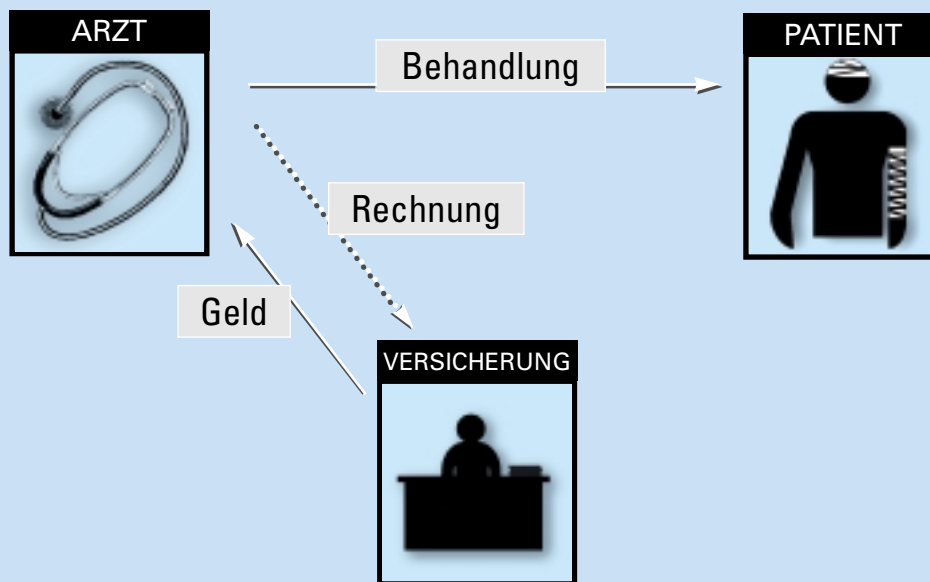
d) Kostenerstattungsprinzip und Sachleistungsprinzip

Die private Krankenversicherung gewährt ihre Leistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip. Der Versicherte ist unmittelbarer Vertragspartner des Arztes. Aufgrund des Behandlungsvertrages stellt ihm der Arzt eine Rechnung aus, die u.a. die genaue Diagnose, die einzelnen ärztlichen Maßnahmen und den Rechnungsbetrag enthalten muss. Der Versicherte reicht, ggf. nach Vorprüfung, die Rechnung seinem Versicherungsunternehmen ein, das die Versicherungsleistung an ihn auszahlt. Der Versicherte überweist dann den Rechnungsbetrag an seinen Arzt.

Anders demgegenüber das Sachleistungsprinzip. Die Versicherten erhalten Dienst- und Sachleistungen, ohne dafür irgendwelche Beträge vorlegen zu müssen. Die Krankenkassen stellen ihren Versicherten über



Sachleistungsprinzip



ihre Vertragspartner wie Ärzte, Zahnärzte, Apotheken die Leistungen in natura zur Verfügung, wobei die Abrechnung ohne eine Beteiligung der Versicherten geschieht.

Vorteile des Kostenerstattungsprinzips:

- Patient ist selber Vertragspartner des Arztes
- Patient sieht die Rechnung selber und kann sie kontrollieren

Vorteile des Sachleistungsprinzips:

- Patient ist von der Abwicklung der Rechnung nicht betroffen.
- Versicherung kann versuchen, unmittelbar auf den Arzt Einfluss zu nehmen.

e) Versicherungspflicht – freiwillige Versicherung

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten:

- Man überlässt es den Menschen selber, ob und wo sie sich gegen das Risiko Krankheit versichern (= Prinzip der Freiwilligkeit der Versicherung).
- Man schreibt die Versicherung gesetzlich vor und zwingt damit die Menschen per Gesetz, sich gegen das Risiko der Krankheit zu versichern (= Prinzip der Versicherungspflicht).

Beide Prinzipien – sowohl das Freiwilligkeitsprinzip als auch das Prinzip der Versicherungspflicht – sind in Deutschland für jeweils unterschiedliche Bevölkerungskreise realisiert. Die GKV ist Träger der Pflichtversicherung und gibt darüber hinaus grundsätzlich solchen Versicherten, die aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind, die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung.

Die PKV kennt nur das Prinzip der freiwilligen Versicherung. Sie muss sich am Markt behaupten. Ihr Bestehen hängt davon ab, dass sie von den Versicherten als Vorsorgeträger angenommen wird.

Die Grenzziehung zwischen GKV und PKV bzw. zwischen der Versicherungspflicht und dem Prinzip der Freiwilligkeit der Versicherung folgt weitestgehend dem Subsidiaritätsprinzip. Mit diesem der katholischen Soziallehre entlehnten Prinzip hat der einzelne Bürger für das Krankheitsrisiko zunächst über den Weg der Eigenvorsorge aufzukommen; erst dann, wenn er überfordert ist, ist der Staat aufgerufen, sozialgestaltend tätig zu werden. Diese Prioritätenfolge ist im Grundgesetz angelegt, im Grundrecht jedes Einzelnen auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und im Sozialstaatsprinzip.

Grenzziehung zwischen GKV und PKV nach dem Subsidiaritätsprinzip

Mit der Geburt wird nahezu jeder Mensch krankenversichert. In der Regel werden die Kinder dort versichert, wo ihre Eltern versichert sind. Sind die Eltern in der GKV versichert, dann besteht für die Kinder eine Familienmitversicherung in der GKV. Privat versicherte Eltern können ihre Kinder ab Geburt in der PKV versichern. Die Versicherung kann sogar zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats begründet werden. Spätestens wenn es um die Berufsausbildung oder um die Aufnahme des Studiums geht, fällt wieder eine Entscheidung über den Krankenversicherungsschutz, die vielfach von den Eltern mitbeeinflusst wird. Als Auszubildender wird der Jugendliche Pflichtmitglied in der Krankenkasse, weil seine Ausbildungsvergütung unter der Versicherungspflichtgrenze liegt. Bei Aufnahme eines Studiums wird er Pflichtmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann sich aber befreien lassen und eine private Versicherung abschließen. So sammelt er erste Erfahrungen mit der privaten Krankenversicherung. Nach Aufnahme einer Berufstätigkeit (Berufsanfänger) hat er die Möglichkeit, als Angestellter oder Arbeiter mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von derzeit (2002) 3.375 Euro im gesamten Bundesgebiet zwischen dem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz und dem privaten Krankenversicherungsschutz zu wählen. Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (sei es als Arbeiter oder Angestellter, wenn er ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze hat) hat er im Berufsleben die Möglichkeit, sich zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu entscheiden.

1.3 Relative Bedeutung GKV/PKV

Nach Erhebungen des Statistischen Bundesamtes dürfte die Zahl der privat versicherten Personen Ende 2000 bei etwa 15,0 Millionen gelegen haben. Das waren über 18 Prozent aller Bundesbürger. Davon hatten mehr als 7,5 Millionen Bürger eine Vollversicherung.

Rund 7,5 Millionen Personen, die gesetzlich krankenversichert waren, oder ca. 9,1 Prozent der Bevölkerung hatten 2000 eine private Zusatzversicherung abgeschlossen.

Gesetzlich krankenversichert waren im Juli 2000 insgesamt rd. 71,82 Millionen Personen, davon freiwillig 11,56 Million Personen. Von den freiwilligen Mitgliedern der GKV waren 1,32 Millionen Personen bei den Ortskrankenkassen, 3,73 Millionen bei den Ersatzkassen, 1,14 Millionen bei den Betriebskrankenkassen und 0,29 Millionen bei den Innungskrankenkassen versichert. Die übrigen sind Versicherte der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft.

PKV in Zahlen (2000)

Versicherte mit vollem Versicherungsschutz	7,5 Mio. Personen
Zusatzversicherung	7,5 Mio. Personen
davon:	
– Wahlleistungen Krankenhaus	4,4 Mio. Personen
– Krankentagegeld	2,6 Mio. Personen
– ambulante Zusatzversicherung	4,4 Mio. Personen
Auslandsreisekrankenversicherung	25,4 Mio. Personen
Pflegepflichtversicherung	8,3 Mio. Personen
Beitragseinnahmen	20,7 Mrd. Euro
Leistungsausgaben	13,6 Mrd. Euro
Beitragsrückerstattung	2,9 Mrd. Euro
Zuführung zur Alterungsrückstellung	7,4 Mrd. Euro

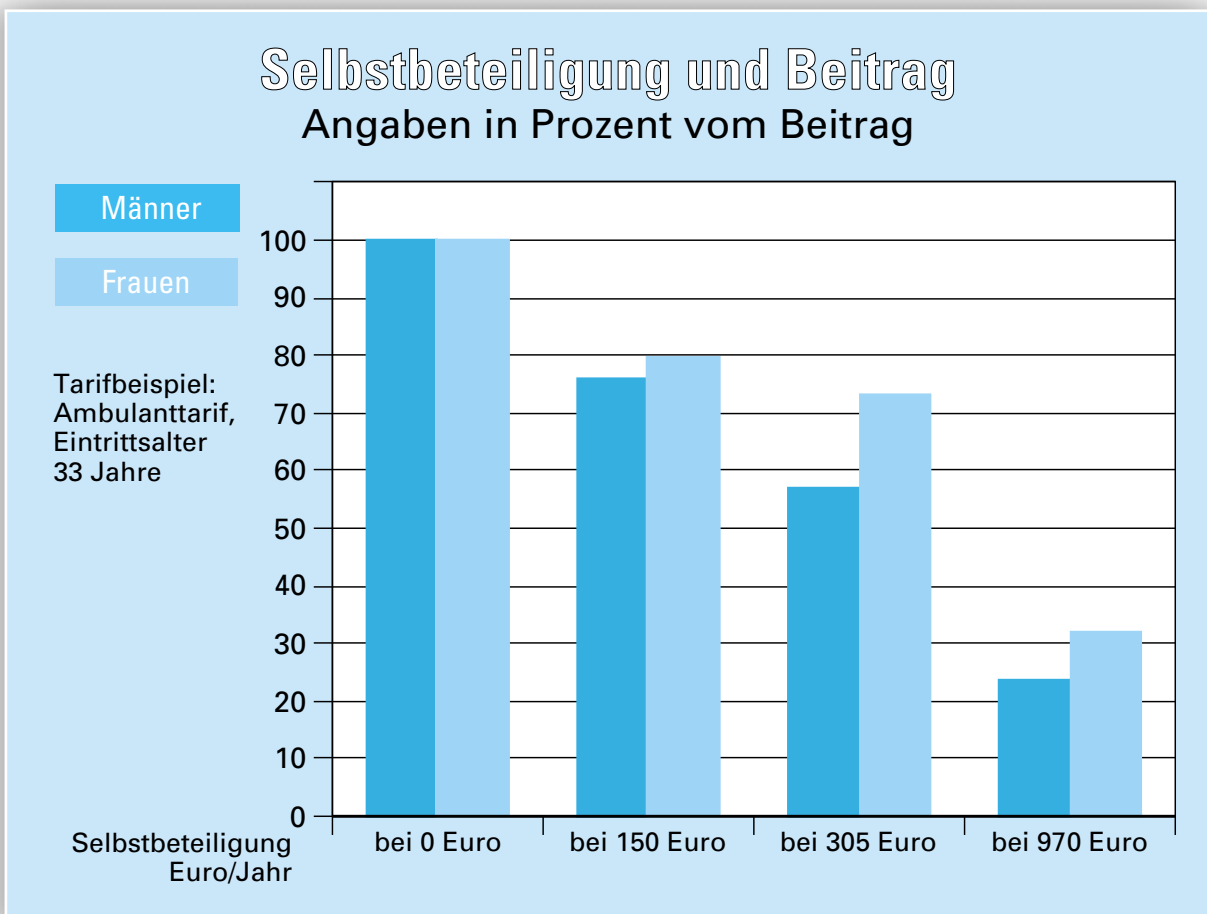
2. Das Angebot der PKV

Der Privatversicherte kann sich seinen Versicherungsschutz individuell zusammenstellen. Er entscheidet selbst, für welche Risiken er sich finanziell absichern möchte.

2.1 Krankheitsvollversicherung

Die wichtigste Versicherungsart in der PKV ist die Krankheitsvollversicherung. Sie übernimmt im tariflich vereinbarten Umfang die Kosten der Behandlung von Krankheiten, Unfällen und Entbindungen. Dabei handelt es sich im ambulanten Bereich z.B. um Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen, Hausbesuche durch den Arzt oder Facharzt, Medikamente, physikalische Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Zahnbehandlung und Zahnersatz. Im stationären Bereich trägt die PKV grundsätzlich die Aufwendungen für die medizinische Versorgung durch die jeweils diensthabenden Ärzte und die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Die meisten PKV-Versicherten entscheiden sich im Krankenhaus für einen Versicherungsschutz, der auch die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und die Behandlung durch die Chefarzte beinhaltet.

Im Ausland kann der Versicherte auf den Schutz durch seine Krankenversicherung vertrauen: In Europa gilt der Versicherungsschutz unbe-



schränkt, außerhalb Europas mindestens bis zu einem Monat. Bei längeren Aufenthalten kann die Geltungsdauer nach Vereinbarung verlängert werden.

Der Versicherungsschutz kann vom Versicherten seinen jeweiligen persönlichen finanziellen Verhältnissen angepasst werden. Dabei spielt die Selbstbeteiligung als Mittel zur Beitragsersparnis in der Vollversicherung eine wichtige Rolle. Zahlt der Versicherte kleinere Rechnungen aus der eigenen Tasche, so kann er dadurch seinen Beitrag reduzieren. Was über den festen Jahresbetrag hinausgeht, wird von der Versicherung beglichen. Im Rahmen der individuellen Entscheidungsfreiheit bestimmt der Versicherte selbst, bis zu welcher Höhe er sich an den jährlichen Arzt- und Arzneikosten persönlich beteiligt, um dann wegen schwerer Krankheitsfälle von langer Dauer beitragsgünstig versichert zu sein.

Die Beiträge fließen als Leistungen an die Versicherten zurück. Daneben sind die Betriebskosten zu decken. Überschüsse sammelt der Versicherer zum überwiegenden Teil in einem Fonds für Beitragsrückerstattung. Aus ihm lassen sich Beiträge an die Versicherten zurückzahlen, die im Jahr vorher keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Es kann sich also lohnen, wenn der Versicherte kleinere Rechnungen nicht sofort einreicht, sondern sie sammelt. Nach Ablauf des Jahres prüft der Versicherer auf Wunsch, ob es für den Versicherten günstiger ist, sich Rechnungen oder Beiträge erstatten zu lassen.

2.2 Krankenhauszusatzversicherung

Gesetzlich Krankenversicherte können eine Krankenhauszusatzversicherung abschließen. Sie bietet ihnen die Möglichkeit, Wahlleistungen im Krankenhaus in Anspruch zu nehmen, d.h. sie bestimmen im Krankenhaus die Ärzte, die sie behandeln sollen und schließen mit ihnen einen Behandlungsvertrag ab. Die Vereinbarung über privatärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung

Ärzte rechnen nach der GOÄ ab

des Patienten beteiligten Chefärzte einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Die Ärzte berechnen ihr Honorar nach der Gebührenordnung für Ärzte. Für die Inanspruchnahme des Einbettzimmers stellen die Krankenhäuser einen Zuschlag von mindestens 65 Prozent des Basispflegesatzes (der Basispflegesatz ist das Entgelt des Krankenhauses für Leistungen außerhalb seines medizinischen pflegerischen Angebots), für das Zweibettzimmer mindestens 25 Prozent des Basispflegesatzes in Rechnung.

2.3 Krankenhaustagegeldversicherung

Bei einem Krankenhausaufenthalt entstehen oft Nebenausgaben, die nicht durch eine Kostenversicherung gedeckt sind. Mit Hilfe einer priva-

ten Krankenhaustagegeldversicherung lassen sich Kosten z.B. für eine Haushaltshilfe, einen Helfer im Betrieb, Fahrtkosten von Angehörigen bei Besuchen des Kranken oder Kosten eines Aufenthalts, wenn ein Elternteil aus nicht medizinischen Gründen im Krankenhaus bleiben will, abdecken. Der Privatversicherte kann mit dem Unternehmen einen bestimmten Tagessatz vereinbaren, ohne dass ein Nachweis der Ausgaben verlangt wird.

2.4 Krankentagegeld

Die Krankentagegeldversicherung dient zur Deckung von Einkommensausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall. Der Beginn der Tagegeldzahlung rechnet sich nach dem Ende der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber. Selbständige schließen meist ein Tagegeld ab dem vierten Krankheitstag ab. Höherverdienende Angestellte müssen mit Einkommenseinbußen in der Regel ab der sechsten Krankheitswoche rechnen. Das Krankengeld der gesetzlichen Kassen beträgt 70 Prozent des Bruttoverdienstes bis zur Höhe von 90 Prozent des Nettoentgelts. Der Beitrag für eine Krankentagegeldversicherung ist abhängig von der Höhe des Tagegeldes, dem Beginn der Leistungen, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter zu Beginn des Vertrages.

2.5 Auslandsreisekrankenversicherung

Bei Auslandsreisen übernimmt die private Auslandsreisekrankenversicherung die Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung, der Medikamente und des Krankenhausaufenthalts, eventuell auch die Kosten der medizinisch notwendigen Rückkehr. Eine solche Versicherung ist insbesondere GKV-Mitgliedern zu empfehlen, die in Länder fahren, mit denen keine Sozialabkommen bzw. EU-Vereinbarungen bestehen. Für die medizinische Behandlung in diesen Staaten nehmen die gesetzlichen Kassen einschließlich der Ersatzkassen keinerlei Erstattung von Ausgaben mehr vor. Die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Rücktransport dürfen aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht mehr von der GKV übernommen werden. Mit Hilfe einer Auslandsreisekrankenversicherung ist es auch möglich, sich für einen längerfristigen Auslandsaufenthalt abzusichern. Voraussetzung ist allerdings, dass der ständige Wohnsitz des Versicherten in Deutschland liegt. Versicherungsschutz ist auch für Gäste möglich, die die Bundesrepublik Deutschland besuchen.

*Auslandsreise-
Krankenversicherung
schützt im Urlaub*

2.6 Zusatzversicherung für ambulante Behandlung

Mit dieser Versicherungsart lassen sich gezielt Lücken im gesetzlichen Versicherungsschutz schließen. Das Spektrum ist unterschiedlich von Tarif zu Tarif. In der Regel gehören Zuschüsse zu Brillen, Krankenkassenzahlungen und oft auch Heilpraktiker-Leistungen, Auslandsreisekranken-schutz und Ergänzung des Versicherungsschutzes Zahnersatz dazu.

2.7 Zahnergänzungsversicherung

GKV-Versicherte können als Ergänzung ihres gesetzlichen Versicherungsschutzes eine Ergänzungsversicherung für zahnärztliche Behandlung abschließen. Sie erstattet einen bestimmten Prozentsatz der von der GKV nicht getragenen Kosten für Zahnersatz, der zusammen mit der GKV-Leistung auf einen Höchstsatz begrenzt ist. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Kronen, Stiftzähne, Brücken, Einlagefüllungen, Inlays) und ggf. Kieferorthopädie. Der Erstattungsbeitrag für Zahnersatz ist in den ersten Versicherungsjahren je nach Versicherungsbedingungen des Unternehmens auf einen bestimmten Höchstbetrag begrenzt.

2.8 Kurkostentarife

Sie setzen zumeist eine Krankheitskosten- oder Krankenhaus-Zusatzversicherung beim gleichen Versicherer voraus. Die Tarife sind entweder auf den Ersatz der nachgewiesenen medizinischen Kosten oder auf die Zahlung eines pauschalen Tagegeldes abgestellt. Die Entscheidung, ob eine Kur angetreten wird oder nicht, liegt beim Versicherten und seinem Arzt.

2.9 Anwartschaftsversicherung (bei Ruhen der Versicherung)

Während der Zeit, in der Ansprüche gegenüber anderen Versicherungsträgern bestehen, hilft diese Versicherungsform, gegen einen geringen Anwartschaftsbeitrag die Rechte aus einer Krankheitsvollversicherung zu bewahren (z.B. Soldaten, die Anspruch auf freie Heilfürsorge haben). Beim Wiederaufnehmen der Leistungen sind entweder zwischenzeitlich aufgetretene Krankheiten in den Versicherungsschutz einbezogen oder sogar Alterungsrückstellungen aufgebaut worden. Auch für arbeitslos gewordene Privatversicherte ist eine Anwartschaftsversicherung interessant. Sie werden automatisch in den gesetzlichen Kassenversicherungspflichtig, sobald sie Arbeitslosengeld erhalten. Sollte die Arbeitslosigkeit länger als ein Jahr dauern, garnatiert nur eine Anwartschaftsversicherung eine Rückkehr in den früheren Versicherungsvertrag zu den alten Bedingungen. Darüber hinaus besteht bei Beginn der Arbeitslosigkeit die Möglichkeit einer Befreiung von der Versicherungspflicht, wenn in den letzten 5 Jahren vor der Arbeitslosigkeit keine Mitgliedschaft in der GKV bestanden hat.

3. Der privat versicherte Personenkreis

3.1. Vollversicherte Personen

Die private Krankenversicherung ist eine Alternative zur gesetzlichen Krankenversicherung. Eine private Vollversicherung kann nur von Personen abgeschlossen werden, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind. Dazu gehören:

a) Arbeiter und Angestellte

mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Die Versicherungspflichtgrenze macht 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze

Entwicklung der Höchstbeiträge in der GKV (nur ehemaliges Bundesgebiet)

Jahr	Beitrags- bemessungs- grenze Euro	Durchschnitt- licher Beitragssatz Prozent	Höchstbeitrag	
			pro Monat Euro	Steigerung Prozent
1970	613,55	8,2	50,31	
1975	1.073,71	10,5	112,74	124,09
1980	1.610,57	11,5	185,22	64,29
1981	1.687,26	11,8	199,10	7,49
1982	1.802,30	12,0	216,28	8,63
1983	1.917,34	11,8	226,25	4,61
1984	1.994,04	11,4	227,32	0,47
1985	2.070,73	11,8	244,35	7,49
1986	2.147,43	12,2	261,99	7,22
1987	2.185,77	12,6	275,41	5,12
1988	2.300,81	12,9	296,80	7,77
1989	2.339,16	12,9	301,75	1,67
1990	2.415,85	12,5	301,98	0,08
1991	2.492,55	12,2	304,09	0,70
1992	2.607,59	12,7	331,16	8,90
1993	2.760,98	13,4	369,97	11,72
1994	2.914,36	13,2	384,70	3,98
1995	2.991,06	13,2	394,82	2,63
1996	3.067,79	13,5	414,15	4,90
1997	3.144,45	13,5	424,50	2,50
1998	3.221,14	13,6	438,08	2,44
1999	3.259,49	13,6	443,29	1,19
2000	3.297,83	13,5	445,21	1,18
2001	3.336,18	13,5*	450,38	1,16
2002	3.375,00	13,6*	459,00	1,91

* geschätzt

ze der Rentenversicherung aus und wird bei steigendem Gehaltsniveau mit Beginn eines jeden Jahres dynamisiert. Die Erhöhung der Krankenversicherungspflichtgrenze in den letzten Jahren zeigt das Schaubild.

b) Beamte,

die von ihrer Behörde eine Beihilfe zu ihren Krankheitskosten erhalten. Ihnen bietet die PKV auf die Beihilfe abgestimmte Prozenttarife an.

Beihilfe bedeutet, dass die Beamten im Krankheitsfall einen bestimmten Prozentsatz der Behandlungskosten durch ihren Dienstherrn ersetzt bekommen. Die Beihilfe beträgt für den Beamten grundsätzlich 50 Prozent, für seinen Ehegatten 70 Prozent und für die Kinder jeweils 80 Prozent. Tritt der Beamte in Ruhestand, erhöht sich für ihn der Beihilfesatz von 50 auf 70 Prozent. Beamte benötigen also einen privaten Krankenversicherungsschutz nur in dem Umfang, in dem sie keine Beihilfe durch ihren Dienstherrn erhalten.

c) Selbständige

Das Gesundheitsreform-Gesetz von 1989 hat Selbständige unabhängig vom Einkommen an die private Krankenversicherung verwiesen. Hierzu gehören auch alle

- freiberuflich Tätigen, z. B. niedergelassene Ärzte, Selbständige, Rechtsanwälte, Notare, selbständige Apotheker, Architekten, Wirtschaftsprüfer und Steuerberater,
- nichterwerbstätigen Personen, z.B. Hausfrauen und Kinder, sofern nicht eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht,
- Personen, die während ihres Erwerbslebens privat versichert waren, behalten diesen Schutz auch im Rentenalter. Seit dem 1. Januar 1994 sind nur diejenigen pflichtversichert bei den gesetzlichen Krankenkassen, die während 90 Prozent der zweiten Hälfte ihres Berufslebens gesetzlich pflichtversichert waren.
- Studenten bei Aufnahme des Studiums. Mit der Einschreibung an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule werden Studenten krankenversicherungspflichtig. Von dieser Krankenversicherungspflicht können sie sich befreien lassen.

3.2 Zusatzversicherte Personen

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen wurden durch die Gesundheitsreform und das Gesundheitsstrukturgesetz gesenkt. Das bedeutet für gesetzlich Versicherte eine spürbare Eigenbeteiligung bei Brillen und Kontaktlinsen, Zahnersatz, Heilmitteln und Krankenhausaufenthalt. Auch für Auslandsreisen wurde der Versicherungsschutz einge-

schränkt. Um diese Lücken zu schließen, können bei der PKV ambulante Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Je nach Tarif deckt diese Zusatzversicherung für ambulante Behandlung einen bestimmten Teil der Eigenbeteiligung des Versicherten. Für Erstattung bei Zahnersatz gibt es Höchstgrenzen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personen können ihren Versicherungsschutz auch durch eine private Zusatzversicherung für eine Chefarztbehandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus ergänzen. Zur Finanzierung der Nebenkosten, die ein Krankenhausaufenthalt mit sich bringt, kann der Versicherte eine Krankenhaustagegeldversicherung abschließen. Sie deckt z.B. auch die Kosten, wenn ein Elternteil bei seinem Kind im Krankenhaus bleiben will, obwohl das aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist.

4. Rechtsgrundlagen der privaten Krankenversicherung

Die Rechtsgrundlagen der privaten Krankenversicherung bilden gesetzliche und vertragliche Bestimmungen. Sie lassen sich im Wesentlichen in die drei Gruppen Versicherungsvertragsrecht, Unternehmensrecht und Aufsichtsrecht gliedern. Darüber hinaus gibt es weiter in verschiedenen Gesetzen geregelte Bestimmungen.

4.1 Versicherungsvertragsrecht

Ausgangspunkte des Versicherungsvertragsrechts sind die allgemeinen Rechtsnormen des Zivilrechts, insbesondere das Bürgerliche Gesetzbuch. Für alle Zweige bestehen individuelle Regelungen, die im Versicherungsvertragsgesetz zusammengefasst sind. Speziell auf die privaten Krankenversicherungen abgestellt sind deren Allgemeine Versicherungsbedingungen. Sie bestehen aus dem Teil I, den meist einheitlichen Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung, und dem Teil II, dem Tarif mit den unternehmenseigenen Tarifbedingungen. In der PKV kommt die Versicherung durch einen privatrechtlichen Vertrag zustande.

4.2 Unternehmensrecht

Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind ausschließlich Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die private Krankenversicherung wird dagegen von privatrechtlichen Unternehmen betrieben.

4.3 Aufsichtsrecht

Die PKV-Unternehmen unterstehen der Rechts- und Finanzaufsicht des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen (BAV). Die frühere Genehmigungspflicht für die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife durch das BAV ist mittlerweile weggefallen. Es kann aber u.U. korrigierend eingreifen. Beitragsanpassungen bedürfen stattdessen der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders. Ein von der einzelnen Versicherung beauftragter Aktuar (Versicherungsexperte) muss sicherstellen, dass bei der Berechnung der Prämien und der mathematischen Rückstellungen, vor allem der Alterungsrückstellung, die versicherungsmathematischen Methoden eingehalten werden. Seine Aufgabe ist es, außerdem die Finanzlage des Unternehmens daraufhin zu überprüfen, ob die sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen jederzeit erfüllt werden können.

4.4 Kündigungsrecht

Die privaten Krankenversicherer haben für die Krankheitskosten-Vollversicherung auf ihr ordentliches Kündigungsrecht verzichtet. Dies ist mittlerweile auch in das Versicherungsvertragsrecht so aufgenommen

worden. Der Versicherer kann eine Krankheitskostenversicherung und eine Krankentagegeldversicherung nicht kündigen, wenn diese Versicherung ganz oder teilweise den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann. Aber: eine Krankentagegeldversicherung, für die kein Arbeitgeberzuschuss beantragt werden kann, kann der Versicherer in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

Der Versicherte kann vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestlaufzeit ein Krankenversicherungsverhältnis, das er für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Vor Ablauf des Versicherungsjahres kann der Versicherte kündigen, wenn er Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenversicherung wird.

4.5 Arbeitgeberzuschuss

Privat versicherte Arbeitnehmer erhalten zu ihrem Beitrag für die Krankheitskosten-Vollversicherung einen Zuschuss des Arbeitgebers in Höhe der Hälfte des Beitrages, der bei Versicherungspflicht an die zuständige gesetzliche Krankenkasse zu zahlen wäre, maximal aber die Hälfte des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung. Um den Zuschuss zu erhalten, müssen hinsichtlich des Versicherungsschutzes gesetzlich festgelegte Qualitätsmerkmale erfüllt sein, einschließlich des Angebots eines Standardtarifs für Senioren in der Krankenversicherung.

4.6 Steuerliche Abzugsfähigkeit

Beiträge zur privaten Krankenversicherung sind im Rahmen der Sonderausgaben vom steuerpflichtigen Einkommen abzugsfähig.

5. Beitragskalkulation

Konkret macht sich die Anwendung des Äquivalenzprinzips in der Beitragskalkulation der PKV an vier Faktoren bemerkbar:

- Die Beitragshöhe hängt vom Umfang der versicherten Leistungen ab. So ist z.B. ein Versicherungsschutz, der im Krankenhaus auch die Unterbringung im Einbettzimmer umfasst, teurer als ein Versicherungsschutz, der nur die Unterbringung im Mehrbettzimmer einschließt.
- Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigt mit dem Lebensalter. Deshalb hängen die Beiträge in der PKV auch vom Lebensalter bei Versicherungsbeginn ab. Je früher sich jemand für einen Versicherungsschutz in der PKV entscheidet, desto niedriger sind die Beiträge.
- Ein weiterer Aspekt ist der Gesundheitszustand zu Beginn der Versicherung. Bereits vorhandene Erkrankungen sind, versicherungstechnisch gesprochen, zusätzliche Gesundheitsrisiken, die nach dem Äquivalenzprinzip oft nur dann versichert werden können, wenn für das zusätzliche Risiko auch zusätzliche Beiträge (Risikozuschläge) bezahlt werden.
- Die Tarife werden für Männer und Frauen jeweils unterschiedlich kalkuliert.

Wichtig ist: Es kommt immer auf die Verhältnisse zu Beginn eines Versicherungsvertrages an. Dies ist Grundlage für die Beitragsberechnung. Treten zu einem späteren Zeitpunkt neue risikorelevante Tatbestände auf, insbesondere durch Verschlechterung des Gesundheitszustandes, dann hat das keine Auswirkungen auf die Beiträge. Spätere Risikozuschläge sind also nicht möglich. Wird allerdings der Versicherungsumfang nachträglich erweitert, indem sich der Versicherte für einen anderen Tarif entscheidet, dann erfolgt für den erweiterten Versicherungsschutz erneut eine Risikobeurteilung. Für einen zusätzlichen Versicherungsschutz wird auch ein risikogerechter Mehrbeitrag berechnet.

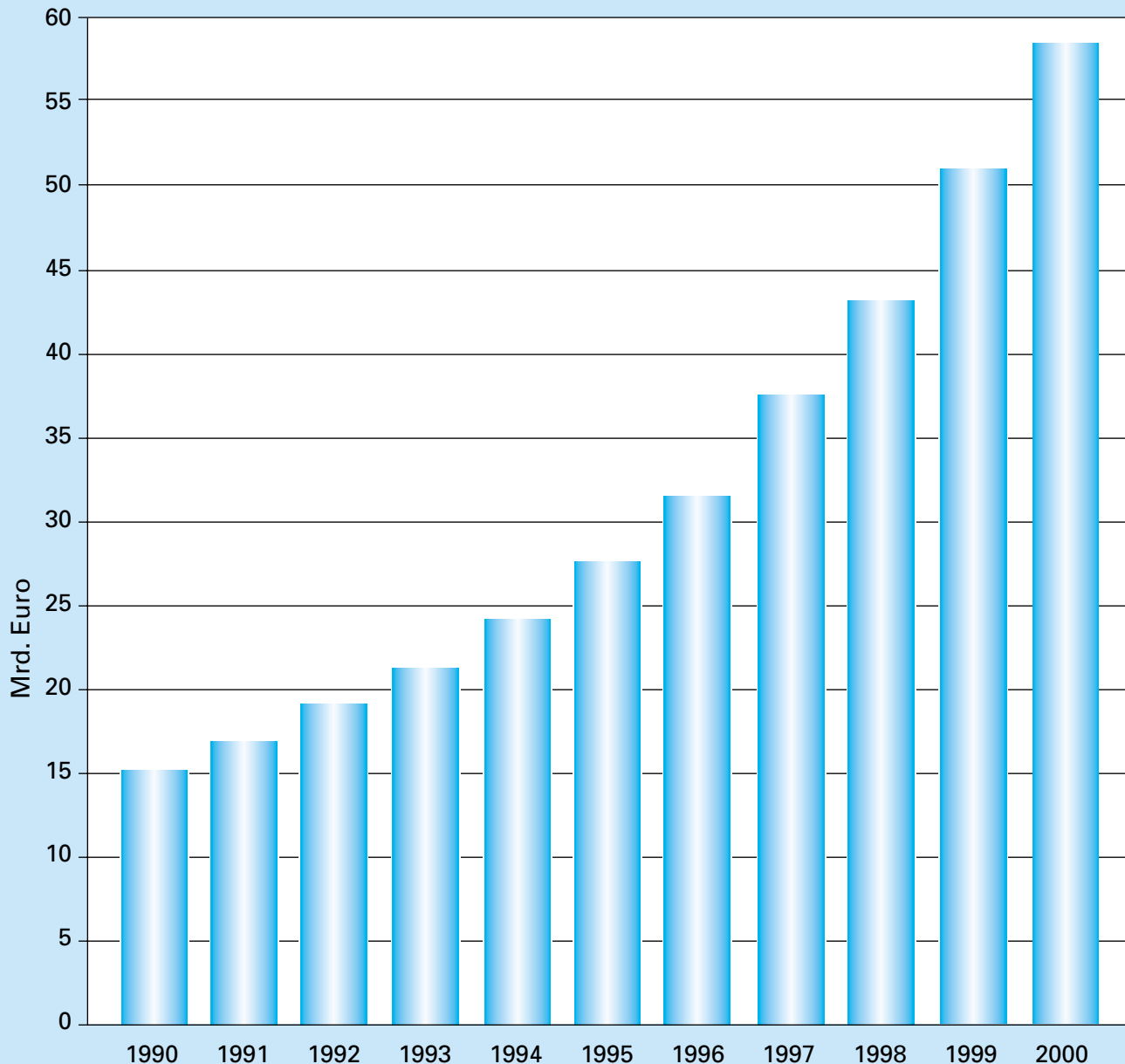
*Keine Beitragserhöhung
wegen Krankheit nach
Versicherungsabschluss*

Mit dem Alter steigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. 80-Jährige benötigen z.B. etwa 15mal so hohe Aufwendungen für Arzneimittel. Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen steigt zwischen dem 30sten und dem 80sten Lebensjahr um den Faktor 10 bis 12. Diese Beispiele lassen sich fortsetzen.

In der PKV treffen die Jungen deshalb rechtzeitig Vorsorge für die mit dem Alter steigenden Gesundheitskosten. In der Beitragsberechnung wird bereits einkalkuliert, dass mit dem Alter auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt. In der PKV wird hierfür eine Alterungsrückstellung gebildet.

Der Zinssatz zur Berechnung von Alterungsrückstellungen beträgt entsprechend gesetzlicher Vorgaben 3,5 Prozent. Dies ist ein Zinssatz, der

Entwicklung der Alterungsrückstellung in Mrd. Euro 1990-2000



von einer vorsichtigen Kalkulation der Zinsentwicklung ausgeht. Nach den allgemeinen, auch im Handels- und Steuerrecht üblichen Bewertungsgrundsätzen muss eine Bewertung künftiger Verbindlichkeiten immer nach dem Vorsichtsprinzip erfolgen. Eine Verzinsung von 3,5 Prozent ist auch bei schlechter konjunktureller Entwicklung erzielbar. Würde man eine höhere Verzinsung zugrunde legen, würde man das Risiko eingehen, dass in Zeiten schlechter konjunktureller Lage der Marktzins unter dem kalkulierten Zins liegen würde. Folglich könnte dann die Alterungsrückstellung nicht in der vorgesehenen Höhe aufgebaut werden.

*Auch die Überzinsen
kommen den
Versicherten zugute*

Wenn der Marktzins über 3,5 Prozent liegt, dann entstehen Zinserträge, die versicherungsmathematisch als „Überzinsen“ bezeichnet werden. Diese Überzinsen werden insbesondere für zusätzliche Beitragsentlastungen im Alter oder für Rückstellungen für spätere Beitragsrückerstattungen verwendet.

§ 12 a Abs. 1 bis 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) regelt die Verwendung sowie die Aufteilung der Überzinsen. 90 Prozent dieser Überzinsen müssen den Versicherten für eine Beitragsentlastung im Alter zugute kommen. Dabei wird ein wesentlicher Teil für die heute über 65-Jährigen verwendet, und zwar innerhalb von drei Jahren zur Prämienermäßigung bzw. zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen.

Seit dem 1. 1. 2000 müssen Neuversicherte zudem einen Zuschlag von 10 Prozent auf ihren Beitrag zahlen. Dieser Zuschlag wird in der Regel ab dem 21sten Lebensjahr und bis zum 60sten Lebensjahr berechnet. Diese Mittel werden verzinslich angelegt und – ohne Abzug etwaiger Kosten – dafür verwendet, Beitragserhöhungen ab dem 65sten Lebensalter aufzufangen. Damit kann der Beitrag selbst dann konstant gehalten werden, wenn die Kosten im Gesundheitswesen weiter steigen.

Die Kalkulationsgrundlagen zur Beitragsberechnung entstammen heute vorliegenden Statistiken über die Entwicklung der Gesundheitskosten und über die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Nun treten im Laufe der Jahre häufig Entwicklungen ein, deren quantitative Auswirkungen aus der Vergangenheit heraus statistisch nicht erfassbar sind.

Da neue Entwicklungen aus der Vergangenheit heraus nicht immer statistisch berücksichtigt werden können, müssen Beiträge regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Aufgrund der sog. Beitragsanpassungsklausel darf eine Prämienänderung gemäß § 12 b VAG nur dann vorgenommen werden, wenn ein unabhängiger Treuhänder der Prämienänderung zugestimmt hat. Zum Treuhänder darf nur derjenige bestellt werden, der fachlich geeignet, zuverlässig und vor allem vom jeweiligen Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Er muss über ausreichende Kenntnisse auf dem Gebiet der Prämienkalkulation in der Krankenversicherung verfügen.

Weitere Informationen des PKV-Verbandes

PKV Publik

Organ des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln
Erscheint neunmal jährlich

Rechenschaftsbericht

Veröffentlichung im Juni eines jeden Jahres

Zahlenbericht

Veröffentlichung im Oktober eines jeden Jahres

PKV-Infos

- Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?
- Die Card für Privat versicherte
- Die Entscheidung: Privat oder gesetzlich?
- Lohnt der Wechsel innerhalb der PKV?
- Bleibt Ihre private Krankenversicherung im Alter bezahlbar?
- Auslandsreise-Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung als Alternative für Studenten
- Die Gebührenordnung für Ärzte – Ein kleiner Leitfaden
- Dauernde Öffnung der privaten Krankenversicherung für Beamtenanfänger
- Privat versichert im Krankenhaus
- Aktiv gegen die Kostenspirale
- Der Standardtarif

PKV und Recht

- Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, die Krankentagegeldversicherung und die Pflegepflichtversicherung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Standardtarif

Weitere Informationsschriften

- Die privaten Krankenversicherungen. „Die Möglichkeiten. Die Sicherheit. Die Zukunft.“
- Sicherheit im Pflegefall – Informationen zur privaten Pflegeversicherung – Die Pflegepflichtversicherung –
- Sicherheit im Pflegefall – Informationen zur privaten Pflegeversicherung – Die Zusatzversicherung –
- Kennzahlenkatalog der privaten Krankenversicherung
- Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht

Gesetzestexte

- Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
- Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)
- Beihilfevorschriften des Bundes

PKV-Dokumentationsreihe

