



Expertenbroschüre

# Vergleich der Systeme GKV und PKV



 PKV RATGEBER 

Ausgabe  
**2016**

## **Impressum**

pkv-ratgeber

7. Auflage, August 2016

Herausgeber: © 2016 Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers.

---

Expertenbroschüre

# Vergleich der Systeme GKV und PKV

---

<b>Vorwort</b>	<b>6</b>
<b>1 Systemunterschiede GKV und PKV</b>	<b>9</b>
1.1 Systemunterschiede	12
1.2 Beitragssystem der GKV und der PKV	13
1.3 Leistungssystem GKV bzw. PKV	14
1.4 Förderung von Eigenverantwortung in der GKV	14
1.5 Förderung von Eigenverantwortung in der PKV	15
1.6 Geltungsbereich	16
1.7 Art der Leistungserbringung	16
1.8 Familienversicherung/Einzelversicherung	17
<b>2 Gemeinsamkeiten von GKV und PKV</b>	<b>19</b>
2.1 Allgemeine Krankenhausleistungen	20
2.2 Arzneimittel-Rabatte	20
2.3 Pflegepflichtversicherung	21
<b>3 Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber</b>	<b>23</b>
3.1 GKV und PKV als Träger der deutschen Krankenversicherung	24
3.2 Gesundheitsreformgesetze	25
3.3 Zukünftige Problemlösungsansätze der Politik	29
3.3.1 Ausweitung der Bemessungsgrundlage der GKV	29
3.3.2 Versicherungspflichtgrenze	30
3.3.3 Einschränkung der Leistungen (Grundleistungen/Zusatzleistungen)	30
<b>4 Zuordnung der Personengruppen in die Systeme</b>	<b>33</b>
4.1 Mitgliedschaft in der GKV	34
4.1.1 Pflichtversicherte	34
4.1.2 Freiwillig Versicherte	35
4.1.3 Familienversicherte	36
4.1.4 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)	36
4.1.5 Nichtversicherte	36
4.2 Mitgliedschaft in der PKV	37
4.2.1 Höherverdienende Arbeitnehmer	37
4.2.2 Selbstständige und Freiberufler	37
4.2.3 Beamte und Heilfürsorgeberechtigte	38
4.2.4 Versicherungsfreie Gesellschafter/Geschäftsführer	39
4.2.5 Von der Versicherungspflicht in der GKV befreite Personen	39
<b>5 Gestaltung der Beiträge</b>	<b>41</b>
5.1 Beiträge in der GKV	42
5.1.1 Berechnung der Beiträge	43
5.1.2 Beitragssatz	43
5.1.3 Beitragspflichtige Einnahmen	44
5.1.4 Beitragszeit	45
5.1.5 Studenten	45
5.1.6 Rentner	45
5.1.7 Beitrag für nicht Erwerbstätige	46

5.2	Beiträge in der PKV	47
5.2.1	Faktoren der Beitragskalkulation	47
5.2.2	Demografieresistente Beitragskalkulation	49
5.2.3	Bedeutung des Rechnungszinses für die Beitragskalkulation	49
5.2.4	Beitragsanpassungen	50
5.2.5	Mitgabe der Alterungsrückstellung	50
5.2.6	Beitragszuschuss zur PKV durch den Arbeitgeber	50
5.2.7	Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung durch den Arbeitgeber	51
5.2.8	Beitragszuschuss bei Arbeitslosigkeit	51
5.2.9	Bürgerentlastungsgesetz	51
5.2.10	Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung (KVBEVO)	52
5.3	Sicherungsmaßnahmen in der PKV	53
5.3.1	Standardtarif	53
5.3.2	Basistarif	53
5.3.3	Notlagentarif	55
<b>6</b>	<b>Finanzierung der Beiträge im Alter</b>	<b>57</b>
6.1	Versicherungspflichtige Rentner in der GKV (KVdR)	58
6.2	Freiwillig versicherte Rentner in der GKV	58
6.3	Privat krankenversicherte Rentner	59
6.4	Pensionäre	59
6.5	Finanzierung der Krankenversicherung im Alter in der GKV	59
6.6	Finanzierung der Krankenversicherung im Alter in der PKV	60
<b>7</b>	<b>Wettbewerb der Systeme</b>	<b>63</b>
7.1	Wettbewerb innerhalb der GKV	64
7.1.1	Wahltarife in der GKV	64
7.1.2	Kooperationen bzw. Partnerschaften zwischen GKV und PKV	65
7.2	Wettbewerb GKV/PKV	66
7.3	Wettbewerb innerhalb der PKV	68
7.3.1	Übertragungswert in der Krankenvollversicherung	69
7.3.2	Übertragungswert in der privaten Pflegepflichtversicherung	70
7.3.3	Provisionsregelung	70
<b>8</b>	<b>Ein sinnvoller Wechsel</b>	<b>73</b>
8.1	Kriterien für einen Wechsel von der GKV zur PKV	74
8.2	Entscheidungskriterien für ein Unternehmen/Produkt	76
<b>9</b>	<b>Anhang</b>	<b>79</b>
9.1	Übersicht zur kostenlosen Mitversicherung von Kindern (Familienversicherung)	80
9.2	Neuregelung – Krankenversicherung der Rentner (KVdR)	81
9.3	Checkliste zur Ermittlung des Jahresarbeitsentgelts	82
9.4	Beamte und Heilfürsorgeberechtigte	82
9.4.1	Beihilfe und Versicherungspflicht	82
9.4.2	Umfang der Beihilfeberechtigung	83
9.5	Übertrittsmöglichkeiten aus der GKV in die PKV	84
	<b>Gesetzestexte</b>	<b>85</b>
	<b>Stichwortverzeichnis</b>	<b>99</b>

### Vorwort

#### >> Ziele der Expertenbroschüren

Die Expertenbroschüren beschäftigen sich mit aktuellen Themen aus dem Gesundheitswesen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen für die private Krankenversicherung (PKV) und für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Diese Broschüren wenden sich an die Zielgruppe der Versicherungsvermittler. Sie sollen Hilfestellung für die qualifizierte Beratung zur Absicherung des existenziellen Risikos extremer Krankheitskosten und zur Sicherstellung einer optimalen Versorgung im Krankheitsfall sein – und zwar unabhängig davon, ob es sich um einen Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung zur privaten Krankenversicherung oder um einen Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung handelt.

Diese Hilfe kann nur durch eine umfassende Beratung qualifizierter Versicherungsvermittler erfolgen. Für diese Beratung geben die Broschüren Orientierung und Hilfestellung.

Hiermit wird die 7. Auflage der Expertenbroschüre vorgelegt, die sich über die Jahre hinweg als sehr wertvolle Informationsschrift bewährt hat. In der 7. Auflage sind Daten und Fakten aktualisiert worden. Außerdem wurde einer neuer Abschnitt „Gemeinsamkeiten von GKV und PKV“ eingefügt.

Dankenswerterweise wurden wir durch kritische und weiterführende Anmerkungen und Ergänzungen von unserem Expertenbeirat unterstützt. Dieser setzt sich aus den Herren Prof. Dr. Oliver Brand, Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke, Prof. Dr. Bernd Hof, Prof. Dr. Norbert Klusen, Prof. Dr. med. Georg Marckmann, Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Dr. Marc Surminski und Prof. Dr. Jürgen Wasem zusammen.

## >> **Vorbemerkung zur 7. Auflage der Expertenbroschüre „Vergleich der Systeme GKV und PKV“**

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 01.04.2007 (GKV-WSG) hat zu erheblichen Änderungen innerhalb der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung geführt. Die wichtigsten Punkte hierbei waren die Einführung der eingeschränkten Wechselmöglichkeit (Dreijahresfrist für Arbeitnehmer in der GKV) in die PKV, die Portabilität eines Teils der Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel innerhalb der PKV, die Einführung von Wahlтарifen in der GKV und die Pflicht zur Versicherung für alle Nichtversicherten verbunden mit der Einführung des Basistarifs zum 01.01.2009 in der privaten Krankenversicherung. Bis auf die Dreijahresfrist für Arbeitnehmer, welche zum 31.12.2010 durch das GKV-Finanzierungsgesetz entfallen ist, wirken die Folgen des GKV-WSG weiterhin.

Es darf nicht vergessen werden, dass die Reform entscheidend war für die Stabilisierung der großen Koalition. Die Diskussion um die gegensätzlichen Konzepte der großen Parteien zur Gesundheitsreform ist noch lange nicht beendet. Unabhängig von den zukünftigen Entwicklungen und politischen Machtverhältnissen hat das Bundesverfassungsgericht am 10.06.2009 in seinem Urteil eine deutliche Stellungnahme zur Zukunft der PKV abgegeben. Das Gericht hat zwar die Verfassungsbeschwerde von PKV-Unternehmen zurückgewiesen, in der Urteilsbegründung aber die private Krankenversicherung als eigenständige Säule des dualen Gesundheitssystems bestätigt. Damit schob das höchste deutsche Gericht den Bestrebungen, die PKV über das Instrument des Basistarifs in einer Bürgerversicherung aufgehen zu lassen, einen verfassungsrechtlichen Riegel vor.

Gleichwohl wird von Sozialpolitikern die Einführung einer Bürgerversicherung gefordert. Trotz unterschiedlicher Konzepte, die unter diesem Begriff segeln, wird im Kern die Einbeziehung aller Einwohner Deutschlands in die gesetzliche Krankenversicherung verstanden. Damit wäre ein Qualitäts- und Leistungswettbewerb ausgeschlossen. Die meisten Protagonisten einer Bürgerversicherung wollen mit diesem Konzept die PKV-Vollversicherung eliminieren und jede Form von Wettbewerb und Wahlfreiheit unterbinden.

Die PKV kann gegenüber solchen ideologischen Forderungen vor allem darauf hinweisen, dass sie für die Bewältigung des Demografieproblems mit ihrem Kapitaldeckungsverfahren die bessere Lösung hat.

Erfreulich ist deshalb, dass im Koalitionsvertrag der im September 2013 neu gewählten Bundesregierung keine negativen Festlegungen bezüglich der PKV getroffen wurden. Dennoch ist zu erwarten, dass auch in Zukunft immer wieder Vorstöße unternommen werden, die das Geschäftsmodell der PKV grundsätzlich in Frage stellen.

Diese Broschüre zeigt in Grundzügen auf, wo die GKV und die PKV heute stehen, aber auch welche Zukunftsaussichten sie haben. Die Wiedergabe eines vollständigen Meinungsbildes ist praktisch unmöglich, weil es die unterschiedlichsten, einem ständigen Wandel unterliegenden Auffassungen zu den hier aufgeworfenen Fragen, Problemen und Lösungsansätzen gibt.

Die Broschüre soll fundiert helfen, zu entscheiden, ob es zweckmäßig ist, in der GKV zu bleiben oder in die PKV zu wechseln.

Wir danken insbesondere auch unserem Expertenbeirat, der uns bei der Ausarbeitung dieser Punkte mit seinen wissenschaftlich fundierten Anmerkungen tatkräftig unterstützt hat.

Continental Krankenversicherung a.G., August 2016



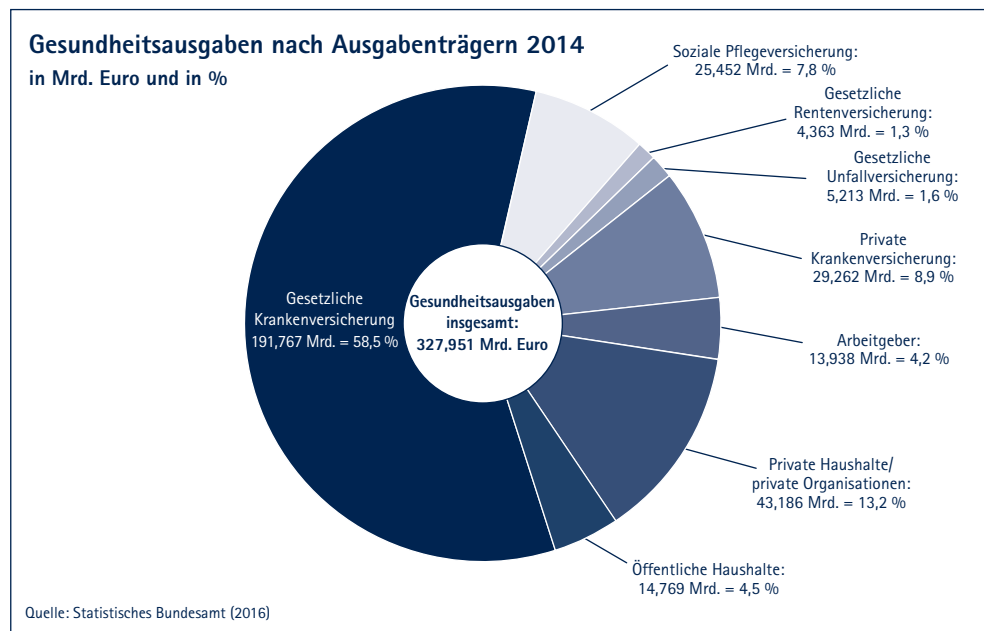


## Systemunterschiede GKV und PKV >> 9

## 10 >> Systemunterschiede GKV und PKV

### 1 Systemunterschiede GKV und PKV

Das Gesundheitswesen in Deutschland umfasst in der Abgrenzung durch das Statistische Bundesamt acht Ausgabenträger, die im Jahr 2014 rund 328 Mrd. Euro ausgegeben haben. Ärzte, Zahnärzte, Arzneimittelhersteller und Apotheken, Krankenhäuser und Sanatorien, Heil- und Hilfsmittelanbieter und viele mehr sorgen für die Krankenversorgung und die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung. Das deutsche Gesundheitssystem mit seinen zwei tragenden Säulen – der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung – gibt den Bürgern grundsätzlich die Sicherheit, im Krankheitsfall bestmöglich behandelt zu werden. Das duale System Deutschlands ist in Europa die Ausnahme. Beide Systeme haben einerseits ergänzende, andererseits aber auch ersetzende Funktionen. Diese Zweigliedrigkeit bietet Alternativen bei der Wahl des Versicherungsschutzes.



Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 01.04.2007 (GKV-WSG) wurde in Deutschland eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in der Krankenversicherung eingeführt. In der GKV gilt diese Pflicht seit dem 01.04.2007, für die PKV seit dem 01.01.2009. Von der Pflicht zum Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung ist folgender Personenkreis ausgenommen:

- Personen, die GKV-versicherungspflichtig oder anderweitig in der GKV versichert sind,
- Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, Anspruch auf Beihilfe oder damit vergleichbaren Ansprüchen im Umfang der jeweiligen Berechtigung; der darüber hinausgehende Teil ist in diesem Fall allerdings über eine beihilfekonforme Restkostenversicherung abzuschließen (Beispiel: zum Beihilfeanspruch von 70 % wäre eine private Versicherung für die verbleibenden 30 % der entstehenden Kosten abzuschließen),
- Personen mit Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes,
- Empfänger von Sozialhilfeleistungen für die Dauer des Leistungsbezugs, sofern der Leistungsbezug vor dem 01.01.2009 begonnen hat.

Während in der GKV der Umfang des KV-Schutzes gesetzlich vorgegeben ist, gilt für die PKV grundsätzlich die Vertragsfreiheit. Diese wird durch die neue Pflicht zur Versicherung insoweit eingeschränkt, als der PKV-Versicherte mindestens über einen ambulanten und stationären Versicherungsschutz verfügen muss, wobei ein maximaler Selbstbehalt von 5.000,00 Euro pro Jahr zulässig ist. Kosten für Zahnbehandlungen und Krankentagegelder müssen nicht versichert werden.

Für die PKV-Versicherten, die ihren Vertrag vor dem 01.04.2007 abgeschlossen haben, gibt es eine Besitzstandsregelung. Versicherte, die über unzureichenden Versicherungsschutz verfügen, z. B. nur stationäre Leistungen versichert haben, genügen damit trotzdem ihrer Pflicht zur Versicherung.

Die Pflicht zur Versicherung bedingt, dass eine Kündigung des Versicherten nur zulässig ist, wenn ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz nachgewiesen wird. Eine Kündigung durch den privaten Krankenversicherer ist generell ausgeschlossen, selbst wenn die Beiträge nicht gezahlt werden. In diesem Fall wird nach entsprechendem Mahnverfahren der PKV-Versicherte im sog. Notlagentarif versichert. Der bestehende Vertrag ruht währenddessen. Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten durch den Versicherten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats wieder im ursprünglichen Vertrag fortgesetzt. Der Notlagentarif gewährleistet lediglich die vom Gesetzgeber gewollte Notfallversorgung, d.h. Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind. Für Kinder und Jugendliche sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft gelten Ausnahmen des Versicherungsumfanges.

Auch in der GKV können die Leistungen ruhen, wenn die Beiträge länger als zwei Monate nicht gezahlt werden. Während dieser Zeit werden lediglich gesetzlich vorgesehene Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen und Kindern, Behandlungen von akuten Erkrankungen sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft übernommen. Wenn alle fälligen Beiträge nachgezahlt wurden oder mit der Krankenkasse eine Vereinbarung zur Ratenzahlung getroffen wurde, endet das Leistungsruhen.

# 12 >> Systemunterschiede GKV und PKV

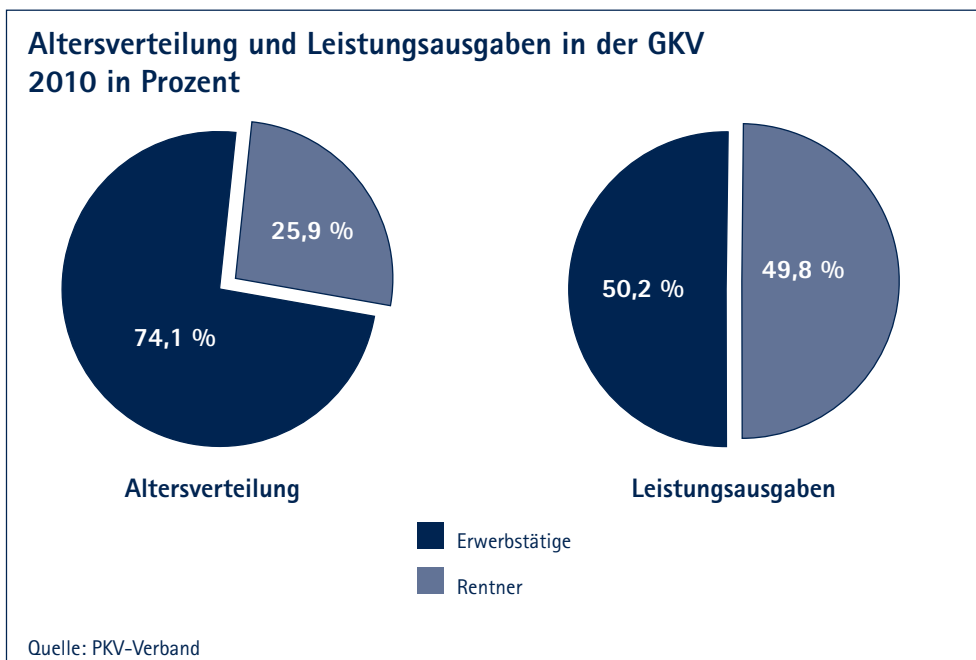
## >> 1.1 Systemunterschiede

Die folgende Synopse zeigt die wesentlichen Unterschiede zwischen GKV und PKV

	GKV	PKV
<b>Aufsicht</b>	Bundesversicherungsamt in Berlin bzw. die Sozialministerien der Länder	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
<b>Rechtliche Grundlagen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sozialgesetzbuch (SGB V)</li> <li>■ Reichsversicherungsordnung (RVO)</li> <li>■ Satzung der jeweiligen Krankenkasse</li> <li>■ Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)</li> <li>■ Handelsgesetzbuch (HGB)</li> <li>■ Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)</li> <li>■ Versicherungsvertragsgesetz (VVG)</li> <li>■ Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)</li> <li>■ Spezielle Vereinbarungen (Klauseln)</li> </ul>
<b>Rechtsform</b>	rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts	Wirtschaftsunternehmen <ul style="list-style-type: none"> <li>■ AG</li> <li>■ WaG</li> </ul>
<b>Mitgliedschaft versicherter Personen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Pflichtversicherte</b> Arbeitnehmer bis zur Versicherungspflichtgrenze einschließlich Auszubildende, Rentner bei Erfüllung der Vorversicherungszeiten, etc.</li> <li>■ <b>Freiwillig Versicherte</b> (kraft gesetzlicher Regelungen)</li> <li>■ <b>GKV-Versicherungspflichtige</b> Personen ohne Versicherungsschutz, aber der GKV zuzuordnen – seit 01.04.2007 Pflicht zur Versicherung)</li> <li>■ <b>Arbeitslose</b></li> <li>■ <b>Studenten</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Vollversicherte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Selbstständige, Freiberufler</li> <li>– Beamte (ergänzend zur Beihilfe)</li> <li>– Arbeitnehmer mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze</li> <li>– von der Versicherungspflicht befreite Arbeitnehmer/Studenten</li> <li>– PKV-Versicherungspflichtige (Personen ohne Versicherungsschutz, aber der PKV zuzuordnen – seit 01.01.2009 Pflicht zur Versicherung)</li> <li>– Rentner</li> </ul> </li> <li>■ <b>Zusatzversicherte:</b> alle in der GKV oder PKV versicherten Personen</li> </ul>
<b>Beiträge</b>	seit 01.01.2015 Senkung des einheitlichen Beitragssatzes von 15,5 % auf 14,6 %, einkommensabhängiger Zusatzbeitrag ist möglich (in 2016 durchschnittlich 1,1 %), gilt nur für den Arbeitnehmer Die Beiträge richten sich im Umlageverfahren nach dem Einkommen des Versicherten bis max. zur Beitragsbemessungsgrenze.	individuell, sie richten sich nach Eintrittsalter, Gesundheitszustand und dem gewünschten Versicherungsschutz; Kapitaldeckungsverfahren – Ansparung von Alterungsrückstellungen
<b>Leistungsprinzip</b>	<b>Sachleistungsprinzip</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ einheitlich</li> <li>■ Kostenerstattung nur in Ausnahmefällen (z. B. Zahnersatz, Wahltarife mit Kostenerstattung)</li> </ul>	<b>Kostenerstattungsprinzip</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ nach dem gewählten Tarif</li> <li>■ direkte Kostenübernahme im Rahmen von stationären Aufenthalten (Klinik-Card für Privatversicherte)</li> </ul>

## >> 1.2 Beitragssystem der GKV und der PKV

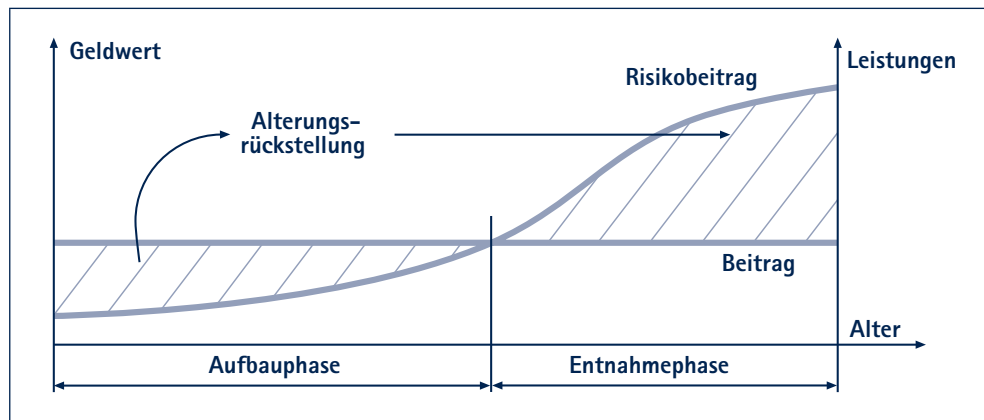
Ein wesentlicher Unterschied liegt in der Finanzierung der sogenannten Alterslast. Darunter versteht man die höheren Gesundheitsausgaben im Alter. Während die PKV durch Rückstellungen für das Alter des Einzelnen vorsorgt (Kapitaldeckungsverfahren), werden in der GKV die Mehrkosten im Alter überwiegend durch die Beiträge der jüngeren Generation abgedeckt (Umlageverfahren). In einer älter werdenden Gesellschaft, in der immer weniger junge Menschen mit entsprechendem Einkommen nachwachsen, können steigende Gesundheitsausgaben, die sich insbesondere im Alter auswirken, durch die GKV nicht ohne Beitragssatzsteigerungen oder Reformen mit entsprechenden Leistungsreduzierungen oder Steuerzuschüssen aufgefangen werden. So decken die Beiträge der Rentner die Ausgaben für diese Versichertengruppe heute nicht einmal zur Hälfte (siehe folgendes Schaubild).



Das Finanzierungsverfahren der PKV, das sogenannte Kapitaldeckungsverfahren, ist gegenüber demografischen Veränderungen weitgehend robust. Für jeden Versichertenjahrgang werden in jüngeren Jahren Altersreserven angespart und verzinslich angelegt, die im Alter zur Finanzierung der höheren Leistungen zusätzlich zur Verfügung stehen. Die PKV hat somit durch die Kapitaldeckung für die demografischen Veränderungen besser vorgesorgt als die GKV. Die Stärke des Kapitaldeckungsverfahrens wird beeinflusst durch das jeweilige Zinsniveau wie auch durch die Anlagestrategie der einzelnen Versicherer. Außerdem muss sich die PKV wie die GKV auch den Herausforderungen einer stetigen Verbesserung der Lebenserwartung und der Finanzierung des medizinischen Fortschritts stellen.

## 14 >> Systemunterschiede GKV und PKV

### Systematik der Alterungsrückstellung



### >> 1.3 Leistungssystem GKV bzw. PKV

#### Gesetzlich festgelegter Leistungsumfang in der GKV

Der Leistungsumfang ist in der GKV zum überwiegenden Teil durch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgeschrieben, wobei der Gemeinsame Bundesausschuss die gesetzliche Aufgabe hat, den Leistungskatalog zu definieren und Leistungsausschlüsse festzulegen. Nur in geringem Umfang nutzen einzelne gesetzliche Krankenkassen die Möglichkeit, per Satzung zusätzliche Leistungen anzubieten. Dies hat zur Folge, dass zwischen den einzelnen Krankenkassen praktisch kaum Unterschiede in den Leistungen gegeben sind.

#### Individuelle und garantierte Leistungen in der PKV

Für die PKV gilt das Prinzip der individuellen Vertragsfreiheit. Eine Vielzahl von Leistungsvariationen erlaubt dem Versicherten, einen genau auf seine Bedürfnisse zugeschnittenen Versicherungsschutz zu wählen. Neben stark differenzierten Leistungen gibt es für die Versicherten noch diverse Möglichkeiten, Einfluss auf den Beitrag zu nehmen, zum Beispiel durch Selbstbeteiligungen, Beitragsrückerstattungen und Pauschalleistungen. Hinzu kommt der Bereich der „Optionstarife“, mit denen sich Versicherte schon bei Vertragsabschluss Flexibilität für die Zukunft sichern können.

Während sich der Leistungskatalog in der GKV nach Vorgaben der Politik ändern lässt (z. B. durch Wegfall von Leistungen oder Erhöhung von Zuzahlungen), sind die Leistungen in der PKV vertraglich dauerhaft garantiert. Einseitige Änderungen im Leistungsversprechen durch den Versicherer sind nicht möglich. Dies ist ein wesentlicher Vorteil der PKV.

### >> 1.4 Förderung von Eigenverantwortung in der GKV

Die Förderung von Eigenverantwortung ist für die GKV ein Thema geworden. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll der einzelne GKV-Versicherte durch Selbstbeteiligungen, Bonussysteme und Rückerstattungsmodelle motiviert werden, sich gesundheitsbewusst und damit kostenbewusst zu verhalten. Dafür hat der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG durch die Einführung von Wahlтарifen eine rechtliche Grundlage geschaffen. Die Umsetzung gestaltet sich jedoch

schwierig, da diese Elemente dem bisherigen Grundverständnis der GKV und dem Umlageverfahren widersprechen. Solange der Einzelne gesund ist, kann er die Bonifikationsmodelle in Anspruch nehmen und dafür einen geringeren Beitrag bezahlen. Bei Erkrankung kann er in eine 100-%-Absicherung wechseln – auch durch Übertritt in eine andere Kasse.

Weiterhin sehen die Wahltarife der GKV keine individuelle Einschätzung des Risikos vor. Eine solche Risikoeinschätzung und eine Festlegung auf Dauer sind jedoch in der PKV Voraussetzung für die Wirksamkeit von Steuerungselementen, die wichtige Konstruktionsmerkmale für die Tarife der PKV sind.

### >> 1.5 Förderung von Eigenverantwortung in der PKV

In der PKV hat der Versicherte durch sein individuelles Verhalten bei der Leistungsanspruchnahme mehrere Möglichkeiten, eigenverantwortlich seine Beitragsbelastung zu reduzieren: etwa durch die Vereinbarung von Selbstbeteiligungen oder durch die im Folgenden aufgeführten Beitragsrückerstattungsmodelle bei Leistungsfreiheit.

#### **Tarifliche Selbstbeteiligungen**

Selbstbeteiligungen werden entweder je versicherter Leistungsart oder Leistungsposition oder über alle Leistungsbereiche eines Tarifs hinweg vereinbart. Es sind entweder absolute Euro-Beträge oder prozentuale Staffelungen möglich. Eine besondere Variante sind tarifliche leistungsfallbezogene Eigenbeteiligungen (feste Selbstbeteiligung pro Inanspruchnahme einer Leistung).

#### **Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Ein Großteil der Überschüsse eines PKV-Unternehmens fließt in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Dieser Rückstellung werden gemäß entsprechender Organbeschlüsse (z. B. in der Mitgliederversammlung) Mittel für die erfolgsabhängige Barausschüttung und auch Mittel für Limitierungen der Beiträge des Versichertenbestands bei Beitragsanpassungen entnommen. Voraussetzung für die Barausschüttung im allgemeinen ist die Leistungsfreiheit der versicherten Person.

#### **Erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung/Pauschalleistung**

Die erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung sowie die Pauschalleistung sind im Unterschied zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung tarifliche (Leistungs-)Versprechen und hängen nicht vom Unternehmenserfolg, sondern lediglich vom Gesundheitsverhalten des Versicherten ab. Die Pauschalleistung wird nachträglich für das Vorjahr bei entsprechender Leistungsfreiheit erstattet.

#### **Vorgezogene Pauschalerstattung (vorgezogene Beitragsstundung)**

Neben der nachträglichen Pauschalleistung gibt es auch die vorgezogene Pauschalerstattung. Dies ist eine tariflich garantierte und somit erfolgsunabhängige Erstattung von Beiträgen. Das besondere ist, dass bereits ab Beginn eine Leistungsfreiheit unterstellt wird. Der Zahlbeitrag reduziert sich sofort durch die Anrechnung der Pauschalerstattung. Ein Teil der Beiträge wird

## 16 >> Systemunterschiede GKV und PKV

damit praktisch vorgezogen gestundet. Bei fehlender Leistungsfreiheit wird dieser gestundete Beitrag nachträglich erhoben.

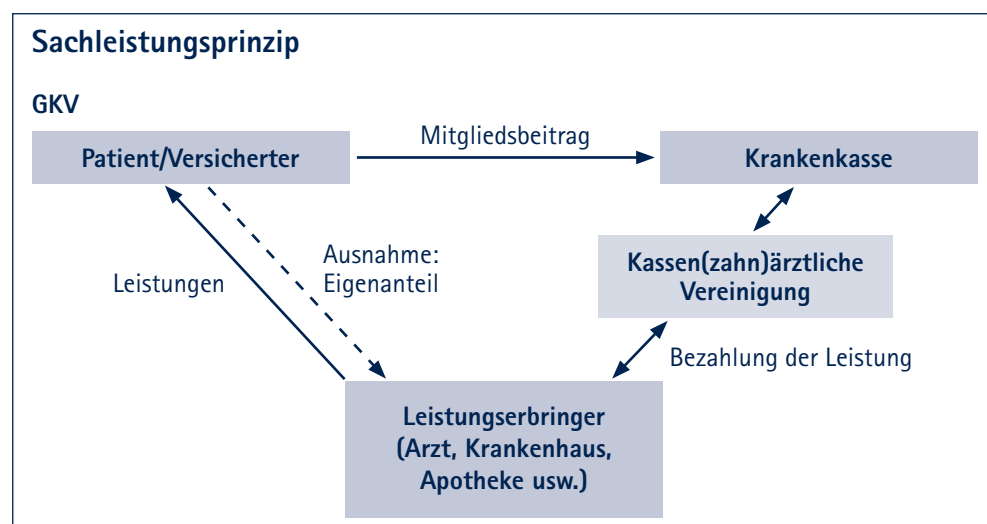
### >> 1.6 Geltungsbereich

Auch im regionalen Geltungsbereich unterscheiden sich GKV und PKV: Die PKV bietet grundsätzlich europaweiten Versicherungsschutz und – mit Einschränkungen – auch eine weltweite Deckung. Zwar besteht für GKV-Versicherte im Ausland ein Sachleistungsanspruch. Dieser kann aber häufig nicht realisiert werden, da die Ärzte nur zu einer Behandlung als Privatpatient bereit sind. Die GKV erstattet dann den Betrag, der in Deutschland als Kassenleistung angefallen wäre.

### >> 1.7 Art der Leistungserbringung

Die Art der Leistungserbringung ist ebenfalls verschieden: Die GKV arbeitet überwiegend nach dem Sachleistungsprinzip. Dem Versicherten steht daneben auch die Möglichkeit der Kostenerstattung offen. Die PKV reguliert hingegen grundsätzlich nach dem Prinzip der Kostenerstattung.

Das Sachleistungsprinzip führt dazu, dass der Versicherte im Krankheitsfall die Leistungen eines zugelassenen Arztes, eines Krankenhauses oder eines sonstigen Leistungserbringers direkt in Anspruch nehmen kann, ohne hierfür sofort zahlen zu müssen. Der Patient ist hinsichtlich der Abrechnung der Behandlung kein unmittelbarer Vertragspartner des Arztes, sondern er wird im Auftrag seiner Krankenkasse versorgt. Eine Ausnahme vom Sachleistungsprinzip bilden in der GKV die vom Versicherten zu tragenden Zahnersatzkosten.



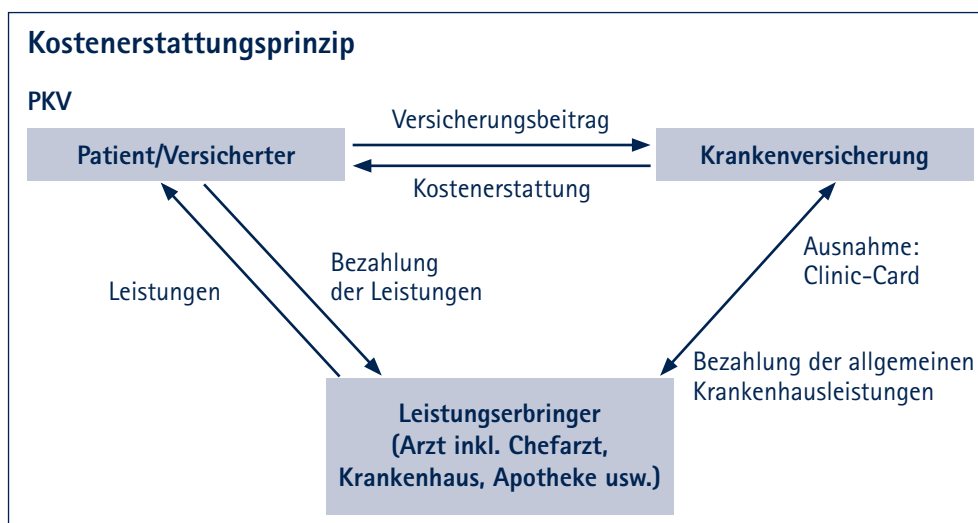
Gemäß § 12 I SGB V gilt im System der gesetzlichen Krankenversicherung das Wirtschaftlichkeitsprinzip. Danach müssen die Leistungen der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Das Maß des Notwendigen darf nicht überschritten werden. Das Notwendige wird also durch das Wirtschaftlichkeitsprinzip eingeschränkt. Das darf aber nicht dazu führen, dass das medizinisch Notwendige auf Kosten der Gesundheit des Patienten nicht geleistet wird, um Geld



zu sparen. Im System der privaten Krankenversicherung orientiert sich der Leistungsumfang ebenfalls danach, was medizinisch notwendig ist (§ 1 II MB/KK). Eine Einschränkung durch die Wirtschaftlichkeit besteht hingegen nicht. Deshalb kann es in der PKV grundsätzlich zu einem größeren Umfang von Leistungen kommen als in der GKV.

Der Privatpatient hingegen schließt mit seinem Arzt bzw. seinen sonstigen Leistungserbringern direkt einen Vertrag ab und wird damit dem Leistungserbringer gegenüber zahlungspflichtig. Im Verhältnis zu seinem Versicherer hat er dann Anspruch auf Erstattung der entstandenen Kosten. Der Privatpatient ist also grundsätzlich vorleistungspflichtig; doch haben die Versicherer Methoden entwickelt, dem Patienten besonders hohe Vorleistungen zahlungstechnisch abzunehmen.

Zum Beispiel kann bei kostenintensiven Krankenhausaufenthalten der Privatversicherte seinen Erstattungsanspruch gegenüber seinem Krankenversicherungsunternehmen an das Krankenhaus abtreten und damit eine Vorleistungspflicht vermeiden, was heute durchgängig durch die „Card für Privatversicherte“ sichergestellt ist. Bei ambulanter Behandlung erfolgt die Erstattung des Versicherers in der Regel vor dem Zeitpunkt, den der Arzt/Zahnarzt als Zahlungstermin festgesetzt hat. Eine finanzielle Vorleistung ist daher meist nicht erforderlich.



### >> 1.8 Familienversicherung/Einzelsicherung

Wesentliche Unterschiede zwischen GKV und PKV bestehen bei der sogenannten Familienversicherung. Während in der PKV für jede einzelne Person (Ausnahme: Neugeborene) das Risiko zu ermitteln und der Beitrag zu zahlen ist, gilt für die Mitglieder der GKV unter bestimmten Voraussetzungen, dass Familienmitglieder beitragsfrei mitversichert sind. Das ermäßigt den Gesamtbeitrag der Familie. Unter welchen Voraussetzungen z. B. Kinder und Ehegatten in der GKV beitragsfrei mitversichert sind, ergibt sich aus der Übersicht im Anhang (S. 76). Die Familienversicherung stellt eine sogenannte versicherungsfremde Leistung dar, die mit Mitteln des Bundeszuschusses finanziert wird (vgl. Abschnitt 4.1).



## Gemeinsamkeiten von GKV und PKV >> 19

### 2 Gemeinsamkeiten von GKV und PKV

Neben den zahlreichen hier beschriebenen strukturellen Unterschieden zwischen GKV und PKV gibt es in einigen Fällen auch Gemeinsamkeiten. Es handelt sich um verbindliche Regelungen im Leistungsbereich, von denen sowohl PKV als auch GKV profitieren bzw. um für beide Seiten geltende Leistungsumfänge. Im Wesentlichen gilt dies für den Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen, Rabatte für Arzneimittel und die Leistungen der Pflegepflichtversicherung.

#### >> 2.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Leistungen eines Krankenhauses, die für eine medizinisch zweckmäßig und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind (§ 1 Krankenhausentgeltgesetz). Sie werden abgegrenzt von den sogenannten Wahlleistungen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören (Chefarzt/Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer). Die Abrechnung erfolgt über sogenannte DRG-Fallpauschalen. Die Höhe dieser Fallpauschalen richtet sich nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Mit der Entwicklung des Entgeltsystems ist neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch der Verband der Privaten Krankenversicherung beauftragt. Die Einbeziehung der PKV ist Ausdruck dessen, dass im Krankenhausbereich – anders als im ambulanten Bereich – die Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen für alle Benutzer (also auch für PKV-Versicherte) einheitlich sind.

#### >> 2.2 Arzneimittel-Rabatte

Bei dem Bezug eines Arzneimittels gibt es für GKV- und PKV-Versicherte gleiche Preisnachlässe. Das im Jahr 2011 in Kraft getretene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz hat für die private Krankenversicherung eine wichtige Gleichstellung mit der gesetzlichen Krankenversicherung gebracht. Nach den darin enthaltenen Regelungen profitieren auch Privatpatienten von den Herstellerabschlägen, die für die gesetzliche Krankenversicherung ausgehandelt werden. Das ist sachgerecht, denn es gibt keinen Grund, warum der Preis eines Medikaments vom Versichertenstatus abhängen sollte. Privatversicherte und die privaten Versicherungsunternehmen profitieren seitdem auch von den Rabatten, die die GKV für neue Arzneimittel auf der Grundlage einer Nutzenbewertung vereinbart.

Diese Gleichstellung war dringend notwendig, denn die Arzneimittel-Ausgaben in der privaten Krankenversicherung waren zuvor weit überdurchschnittlich gestiegen. Hätte die Bundesregierung einseitig nur für die GKV die Arzneimittelpreise gesenkt, dann hätte es für die PKV nicht nur keine finanzielle Entlastung, sondern umgekehrt sogar eine zusätzliche Belastung gegeben. Denn die Ersparnisse in der GKV wären umso stärker zu Lasten der Privatversicherten gegangen, weil die Pharmaunternehmen versucht hätten, ihre Einbußen durch höhere Preise für Privatversicherte auszugleichen.

Dem Gesetz zufolge müssen PKV und Beihilfe eine zentrale Stelle schaffen, die mit dem Abzug der Abschläge beauftragt wird. Ende 2010 wurde dazu die zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten ZESAR gegründet. ZESAR zieht für alle Unternehmen der privaten Krankenversicherung, Beihilfestellen und sonstige Kostenträger die Rabatte von den Pharmaherstellern ein. Privatversicherte profitieren von den Abschlägen, da die PKV-Unternehmen diese ausschließlich zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämienermäßigung verwenden dürfen.

### >> 2.3 Pflegepflichtversicherung

Grundsätzlich folgt die Zuordnung zur Pflegepflichtversicherung der jeweiligen Krankenversicherung. Wer in der GKV versichert ist, wird in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert, für PKV-Versicherte gibt es die private Pflegepflichtversicherung (PPV). Hinsichtlich der Beitragsgestaltung bleibt es bei den bekannten Unterschieden. In der SPV gilt ein einkommensabhängiger Beitragssatz von 2,35 % (Kinderlose 2,6 %), in der PPV wird ein mathematisch kalkulierter Beitrag erhoben.

Die Leistungen sind für SPV und PPV allerdings einheitlich. Die PPV ist gesetzlich verpflichtet, Vertragsleistungen vorzusehen, die nach Art und Umfang den Leistungen der SPV gleichwertig sind. Die Musterbedingungen der PPV sehen daher Leistungsinhalte vor, die mit denen der SPV identisch sind.

Darüber hinaus fördern SPV und PPV gemeinsam den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Des Weiteren beteiligt sich die PPV an dem Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige.



**Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber >> 23**

## 24 >> Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

### 3 Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

#### >> 3.1 GKV und PKV als Träger der deutschen Krankenversicherung

In Deutschland gilt für die gesamte Bevölkerung die Pflicht zur Versicherung in der GKV oder PKV. Die PKV hat als Teil des Systems der sozialen Sicherung zum einen die Aufgabe, Leistungen, die die GKV nicht anbietet, zu übernehmen, und zum anderen, als substitutive Krankenversicherung anstelle der GKV bestimmten Personenkreisen Krankenversicherungsschutz zu bieten. Zu diesen Personenkreisen gehören die Beamten und Selbstständigen/Freiberufler sowie Arbeitnehmer, soweit ihr Einkommen bestimmte Grenzen übersteigt (für das Jahr 2016 z. B. 4.687,50 Euro monatlich). Diese Versicherungspflichtgrenze wird gelegentlich auch als Friedensgrenze bezeichnet.

Durch einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 10.06.2009 wurde die grundsätzliche Daseinsberechtigung der PKV bestätigt. Damit stellen die GKV und die PKV, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten, gleichberechtigte Säulen innerhalb der deutschen Krankenversicherung dar. Beide Bereiche sind voneinander abhängig. Das System hat sich über Jahrzehnte hinweg bewährt.

Die Dualität von GKV und PKV sorgt für eine stabile Finanzierung der medizinischen Versorgung. Der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV stärkt diese hochwertige Versorgung und trägt wesentlich dazu bei, dass der Zugang zu Innovationen – auch im internationalen Vergleich – schnell und umfassend ist und gleichzeitig Rationierungen von Leistungen erschwert werden. Alle Bürgerinnen und Bürger profitieren von kurzen Wartezeiten und zeitnah vom medizinischen Fortschritt. Die PKV mit der PKV-typischen Wahl- und Therapiefreiheit ist damit integraler Bestandteil des medizinischen Versorgungssystems in Deutschland.

Das deutsche Gesundheitssystem erfüllt die zentralen Anforderungen, die an eine ausreichende gesundheitliche Versorgung zu stellen sind:

Die Gesundheitsversorgung

- ist für die gesamte Bevölkerung ohne gravierende materielle Barrieren zugänglich,
- entspricht dem neuesten Stand der medizinischen Technik,
- weist im internationalen Vergleich eine zufriedenstellende Qualität auf,
- verfügt trotz verschiedener Einschränkungen über einen umfassenden Leistungskatalog,
- erfolgt für PKV- und GKV-Versicherte in einem gemeinsamen Versorgungssystem, das von beiden Bereichen finanziert wird.

Ziel ist es, eine angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf einem Niveau zu halten, das für den Einzelnen bezahlbar bleibt und den Wirtschaftsstandort Deutschland nicht gefährdet.



Um das System zu stabilisieren, hat es in den vergangenen Jahrzehnten an politischen Aktivitäten nicht gefehlt. Die Liste der deutschen Gesundheitsreformgesetze ist ähnlich lang wie vergleichbare Aufstellungen für das europäische Ausland.

## >> 3.2 Gesundheitsreformgesetze

### 1984 Haushaltsbegleitgesetz

- Beitragspflicht zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung aller Angestellten und Arbeiter bei Bezug von Krankengeld

### 1989 Gesundheitsreformgesetz

- Festbeträge/Zuzahlungen bei Arzneimitteln
- Zuschuss für Zahnersatz nur noch 60 %
- Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten
- Zuschuss für Brillengestelle nur noch 20 DM
- Zuzahlungen Fahrkosten in Höhe von 20 DM
- Neuregelung bei der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) (9/10-Regelung)

### 1993 Gesundheits-Strukturgesetz

- Erhöhung der Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten
- Keine Leistung für unwirtschaftliche Arzneien (z. B. Grippemittel)
- Zuschuss für Zahnersatz nur noch 50 % (+ 15 % Bonus)
- Budgetierung für Ärzte und Arzneimittel
- Einführung von Fallpauschalen
- Verschärfung der 9/10-Regelung der KVdR

### 1995 Pflegepflichtversicherung

- Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegefall)

### 1997 Beitragsentlastungsgesetz

- Erhöhung der Zuzahlung für Arzneimittel
- Zuschuss für Brillenfassungen entfällt
- Nur noch geringer Festzuschuss bei Zahnersatz
- Keine Leistung bei Zahnersatz für Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind
- Erhebliche Kürzung des Krankengelds

## 26 >> Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

### 1997 GKV-Neuordnungsgesetz

- Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel
- Erhöhung der Zuzahlungen für Heilmittel
- Erhöhung der Zuzahlungen für Fahrkosten
- Erhöhung der Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte

### 1999 Solidaritätsstärkungsgesetz

- Verringerung der Zuzahlungen für Arzneimittel
- Wiedereinführung von Zahnersatz für Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind
- Statt Festzuschuss für Zahnersatz wieder prozentuale Erstattung von 50 % bis 65 %

### 2000 Gesundheitsreform 2000

- 10 % gesetzlicher Beitragszuschlag in der PKV
- Keine Rückkehrmöglichkeit in die GKV für Personen ab dem 55. Lebensjahr
- Wegfall der Familienversicherung für PKV-versicherte Frauen während des Erziehungsurlaubs
- Erweiterung des Personenkreises für den Standardtarif
- Rückkehrgarantie in die PKV bei unfreiwilliger Nichtversicherung

### 2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

- Einführung der „Praxisgebühr“
- Ausweitung der Zuzahlungsregelungen
- Kein Zuschuss mehr für Brillen und Kontaktlinsen
- Erweiterung der Beitragspflicht für Rentner (Betriebsrenten)
- Kostenerstattung für alle möglich
- Satzungen der GKV dürfen Bonusmodelle vorsehen
- Kooperationsmöglichkeit PKV/GKV
- Zusatzbeitrag von 0,9 % ohne AG-Anteil

### 2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

- Einführung der Drei-Jahres-Regelung für Arbeitnehmer bei Wechsel in die PKV
- Pflicht zur Krankenversicherung (GKV ab 01.04.2007/PKV ab 01.01.2009)
- Einführung des Basistarifs im Jahr 2009
- Einführung eines Übertragungswertes für neu abgeschlossene Verträge

- Anforderungen an PKV-Volltarife (ambulanter und stationärer Schutz mit 5.000,00 Euro max. Selbstbeteiligung)
- Möglichkeit von Wahlтарifen für die GKV
- Wegfall des Krankengeldes für Selbstständige zum 01.01.2009 (zum 01.08.2009 wieder eingeführt)
- Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zum 01.01.2009
- Politisch festgesetzte Beitragssätze in der GKV
- Zusatzbeiträge und Rückerstattungen in der GKV

## 2010 Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung

- Beiträge zur PKV in erweitertem Umfang von der Steuer absetzbar

## 2011 GKV-Finanzierungsgesetz

- Wegfall der Dreijahresfrist für Arbeitnehmer bei Wechsel in die PKV
- Allgemeiner Beitragssatz in der GKV wird auf 15,5 % festgeschrieben
- Die bisherige Begrenzung des Zusatzbeitrags auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen entfällt. Ein Sozialausgleich greift ein, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen überschreitet.
- Bindefristen für GKV-Wahlтарife werden teilweise auf 1 Jahr reduziert.
- Sonderkündigungsrecht bei Erhebung von Zusatzbeiträgen gilt jetzt auch bei Abschluss eines Wahlтарifs

## 2011 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

- Arzneimittel, die mit neuem Wirkstoff auf den Markt gebracht werden, werden bezüglich des Zusatznutzens durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bewertet. Liegt ein Zusatznutzen vor, so kann der Erstattungspreis (Marktpreis - Rabatt) mit dem GKV-Spitzenverband verhandelt werden. Andernfalls landet das Arzneimittel in einer Festbetragsgruppe.

## 2011 Gesetz über Rabatte für Arzneimittel (AMRabG)

- Durch das Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) hat der Gesetzgeber zum Januar 2011 erstmals auch den PKV-Unternehmen das Recht eingeräumt, einen Herstellerrabatt bei den Pharmaunternehmen einzufordern. Damit gelten die Regelungen des § 130a SGB V jetzt für PKV und GKV gleichermaßen. Die Einnahmen aus dem Herstellerrabatt dürfen vom PKV-Unternehmen ausschließlich zur Vermeidung und Begrenzung von Prämienhöhungen bzw. zur Prämienermäßigung in ihren Beständen verwendet werden.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) prognostiziert infolge des neuen Arzneimittelrabattgesetzes für die PKV ein Einsparvolumen von 161 Mio. Euro.

## 28 >> Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

### 2012 Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG)

- Verbesserung der Leistungen für Demenzkranke
- Bezuschussung privater Pflege-Zusatzversicherungen ab 01.01.2013 („Pflege-Bahr“)

### 2013 Wesentliche Reformgesetze

- Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung sowie Assistenzpflegegesetz
  - Einführung des Notlagentarifs (§ 193 Abs. 6-9 VVG)
  - Obligatorische Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V)
- Wegfall der Praxisgebühr

### 2015 GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)

- Seit 01.01.2015 Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 %
- Der hälftige Arbeitgeberanteil von 7,3 % wird gesetzlich festgeschrieben
- Der Arbeitnehmeranteil beträgt 7,3 %
- Wegfall des Sonderbeitrags in Höhe von 0,9 % der beitragspflichtigen Einnahmen sowie der pauschalen Zusatzbeiträge und des damit einhergehenden steuerfinanzierten Sozialausgleichs
- Einführung eines kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrages, der alleine vom Arbeitnehmer zu tragen ist.

### 2015 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

- Einrichtung von Terminservicestellen für die Vereinbarung von Facharztterminen
- Anspruch auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten mengenanfälligen, planbaren Eingriffen

### 2015 Pflegestärkungsgesetz I (PSG I)

- Insbesondere Stärkung der häuslichen Pflege (Ausweitung und Flexibilisierung der Leistungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie neue ambulante Wohnformen)
- Erhöhung der gesetzlichen Pflegeleistungen um rund 4 % seit dem 01.01.2015
- Erhöhung des Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 % (2,6 % für Kinderlose) seit dem 01.01.2015

### 2016 Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)

- Die Einführung der neuen 5 Pflegegrade, die ab 2017 gelten sollen, wird vorbereitet
- Die Pflegeberatung wird verbessert und auf Angehörige ausgeweitet
- Bessere ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen
- Neues Verfahren zur Empfehlung von RehaMaßnahmen für Pflegebedürftige
- Start der Arbeit an neuen Qualitätsvorgaben für Pflegeeinrichtungen

Im Folgenden werden häufig diskutierte Einzelaspekte für Reformen dargestellt, um deren Wirkungen auf das gesamte System der Krankenversicherungen nachvollziehbar und verständlich zu machen.

### >> 3.3 Zukünftige Problemlösungsansätze der Politik

Welche Problemlösungsansätze werden zur Zukunftssicherung von GKV/PKV diskutiert und wovon liegen deren Vor- und Nachteile?

#### 3.3.1 Ausweitung der Bemessungsgrundlage der GKV

Unter diesem Stichwort werden Themen wie die Einbeziehung zusätzlicher Einkommen in die Beitragspflicht, die Aufhebung beitragsfreier Versicherung, eine weitere Anhebung der Versicherungspflichtgrenze oder die Einbeziehung zusätzlicher Personengruppen wie Beamte und Selbstständige in die GKV erörtert. Dabei wird häufig übersehen, dass dies die GKV nur kurzfristig entlastet, ihre langfristigen Finanzierungsprobleme dadurch jedoch nicht gelöst werden.

Die einzelnen Vorschläge greifen in unterschiedlicher Weise in das bestehende und historisch gewachsene System der deutschen Krankenversicherung ein. Es muss differenziert betrachtet werden, ob sie sich langfristig positiv auf die GKV auswirken.

Der Anstieg der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV hält nicht Schritt mit der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung. Dies ist verständlich, da aufgrund der Arbeitsmarktentwicklung und dem zunehmenden Anteil von Rentnern an den Versicherten heute andere Einkunftsarten (z. B. Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Mieterträge) auch im Zuge der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung erheblich mehr an Bedeutung gewonnen haben als Löhne und Gehälter. Der Anteil des Einkommens aus Unternehmertätigkeit und Vermögen am gesamten Volkseinkommen (Gewinnquote) ist gestiegen, der Anteil des Lohneinkommens (Lohnquote) entsprechend gesunken.

Außerdem hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren zur Entlastung der Arbeitslosen- und Rentenversicherung und des Bundeshaushalts häufig die Einnahmen der GKV gemindert. So erhält die GKV für einen Arbeitslosen nicht mehr den während der Berufstätigkeit gezahlten Beitrag, sondern nur noch 80 % hiervon. Für Bezieher von ALG II werden unabhängig von der früheren Beitragshöhe generell nur circa 90,00 Euro überwiesen.

Unzutreffend ist die häufig vertretene Auffassung, die Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die Bemessungsgrundlage (Beitragspflicht) würde die unteren Einkommen belasten. Personen der unteren Einkommensschicht verfügen üblicherweise nicht über hohe Zusatzeinkünfte wie z. B. Kapital- oder Mieterträge. Die unteren Einkommen würden also eher entlastet, wenn durch die Einbeziehung anderer Einkunftsarten der Beitragssatz reduziert oder zumindest eine Erhöhung des Beitragssatzes vermieden werden könnte.

## 30 >> Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

### 3.3.2 Versicherungspflichtgrenze

Ein Teil des Zugangs zur privaten Krankenversicherung wird durch den Gesetzgeber über die Versicherungspflichtgrenze gesteuert.

Arbeitnehmer sind grundsätzlich in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig. Erst wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt bzw. das Einkommen aus der Arbeitnehmerschaft die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, werden sie versicherungsfrei und können wählen, ob sie in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert bleiben oder sich privat versichern.

Zum 01.01.2003 wurde die Versicherungspflichtgrenze um 13 % auf 3.825,00 Euro im Monat angehoben. Dadurch wurde rd. 750.000 Personen der Zugang zur PKV verwehrt. Für Arbeitnehmer, die bereits vorher in der PKV versichert waren, gilt seitdem eine andere, niedrigere Grenze, welche der Beitragsbemessungsgrenze entspricht.

In den vergangenen Jahren wurde die Versicherungspflichtgrenze entsprechend der Lohnentwicklung immer wieder angehoben, im Jahr 2003 sogar darüber hinausgehend. Zum 02.02.2007 wurde der Zugang zur PKV für Arbeitnehmer erneut erschwert. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde geregelt, dass Arbeitnehmer drei Jahre in Folge ein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze nachweisen müssen, um in die private Krankenversicherung wechseln zu können. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde diese Dreijahresfrist für Arbeitnehmer jedoch zum 31.12.2010 wieder aufgehoben. Im Jahr 2011 wurde die Versicherungspflichtgrenze im Vergleich zum Vorjahr sogar leicht (um 37,50 Euro im Monat) gesenkt. Im Jahr 2016 liegt die Versicherungspflichtgrenze bei 4.687,50 Euro im Monat.

### 3.3.3 Einschränkung der Leistungen (Grundleistungen/Zusatzleistungen)

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch eine für die gesamte Bevölkerung zugängliche umfangreiche Grundversorgung sowie durch ein quantitativ gut ausgebautes Versorgungssystem aus. Der Leistungskatalog der GKV ist umfassender als in den meisten europäischen Vergleichsländern. Bei wichtigen Versorgungskennziffern nimmt Deutschland eine Spitzenposition ein. Innovative Technologien und Verfahren fließen in Diagnosen und Behandlungen ein. Das hohe und stetig steigende Ausgabenvolumen ist auch auf eine insgesamt hohe Versorgungsdichte zurückzuführen. Hier übertrifft Deutschland die meisten anderen Länder.

Das deutsche Gesundheitssystem leistet jedoch nicht, was es leisten könnte. Nach einer Vergleichsstudie der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) zur Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern aus dem Jahr 2015, kann man feststellen, dass das deutsche Gesundheitssystem leistungsfähig, aber teuer ist. Es könnte also sinnvoll sein, den Leistungskatalog der GKV zu reduzieren. Dabei kann es sich allerdings nur um medizinisch nicht zwingend notwendige Leistungen handeln. Welche Leistungen hierzu gehören ist schwierig abzugrenzen. Anders als zum Beispiel in England ist jedoch nicht daran gedacht, für grundsätzlich medizinisch notwendige Leistungen ab einem bestimmten Alter eine Rationierung einzuführen.

Zu diskutieren ist, ob der gesamte Kurbereich, Rehabmaßnahmen, Präventionsmaßnahmen u. Ä. in vollem Umfang vom gesetzlichen System zur Verfügung gestellt werden müssen.

## Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber >> 31

Wer das Gesundheitssystem solidarisch aufrechterhalten will, muss dafür eintreten, dass Grundleistungen auf das ausgerichtet sind, was unabdingbar erforderlich ist, um Erkrankungen zu heilen. Mehr Eigenbeteiligung oder Selbstfinanzierung bestimmter Leistungen sollten im Vordergrund stehen. Dies beginnt schon im Bereich der großen Angebotsvielfalt des Arzneimittelmarkts, die etwa durch Positivlisten reduziert werden könnte. Eine derartige Einstellung zu Grundleistungen und Zusatzleistungen würde auch dem europäischen Gedanken entsprechen und das deutsche System den Gegebenheiten anderer europäischer Länder anpassen.





**Zuordnung der Personengruppen in die Systeme >> 33**

## 34 >> Zuordnung der Personengruppen in die Systeme

### 4. Zuordnung der Personengruppen in die Systeme

#### >> 4.1 Mitgliedschaft in der GKV

Die Wahlmöglichkeit für den Einzelnen, sich nicht dem System der GKV, sondern dem der PKV zuzuwenden, ist eingeschränkt. Da die gesetzliche Krankenversicherung letztlich auch Ausfluss der Fürsorgepflicht des Staates ist, unterliegt dieses Regelwerk einem Änderungsbedarf. Anders ausgedrückt: Es muss laufend neu justiert werden.

Die als reine Arbeiterversicherung gegründete GKV im Jahre 1883 ist im Laufe ihres über 130-jährigen Bestehens auf immer weitere Personenkreise ausgedehnt worden. Jetzt gehören ihr rund 90 % der Bevölkerung an.

Die GKV unterscheidet ihre Mitglieder nach:

- Pflichtversicherten,
- freiwillig Versicherten und
- Familienversicherten.

Die Voraussetzungen für diese drei Versicherungsformen sind im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) geregelt.

##### 4.1.1 Pflichtversicherte

- Arbeitnehmer mit einem Arbeitseinkommen, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt (Seeleute ohne Berücksichtigung der Einkommenshöhe)
- Auszubildende ohne Rücksicht auf die Höhe ihrer Ausbildungsvergütung
- Arbeitslose, wenn sie Arbeitslosengeld (ALG) oder Unterhaltsgeld erhalten
- Gärtner und Landwirte sind als Unternehmer in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (KVLG) versichert, wenn ihr Unternehmen eine Existenzgrundlage bietet oder wenn sie ihren Lebensunterhalt aus der landwirtschaftlichen Tätigkeit bestreiten
- selbstständige Künstler und Publizisten
- Studenten bis zur Vollendung des 14. Fachsemesters, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 30. Lebensjahrs
- Rentner (*vgl. hierzu Krankenversicherung der Rentner im Anhang*)
- Nichtversicherte, die der GKV zuzurechnen sind

Für Arbeitslose, Landwirte, Selbstständige, Studenten und Rentner bestehen unter bestimmten Voraussetzungen Befreiungsmöglichkeiten von der gesetzlichen Versicherungspflicht.

## Ausnahmen von der Versicherungspflicht:

Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, werden seit dem 01.07.2000 auch dann nicht versicherungspflichtig, wenn ein Sachverhalt eintritt, der grundsätzlich zur Versicherungspflicht führen würde (vgl. § 6 Abs. 3a SGB V).

### Beispiel:

Das Arbeitsentgelt einer 56-jährigen Person, die bisher langjährig in der PKV versichert war, sinkt unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze. Die Person wird dennoch nicht versicherungspflichtig.

Personen, die unmittelbar vor Bezug von Arbeitslosengeld (ALG II) privat krankenversichert waren, werden nicht versicherungspflichtig und bleiben weiterhin für die gesamte Dauer des Bezugs in der PKV versichert.

Nicht versicherungspflichtig und damit versicherungsfrei sind Personen, die der Gesetzgeber nicht als schutzbedürftig ansieht oder die bereits anderweitig für den Fall der Krankheit geschützt sind.

Dazu gehören:

- Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze<sup>1</sup> (Ausnahme: Seeleute),
- Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche und Lehrer an privaten Ersatzschulen mit Beihilfeanspruch,
- Selbstständige und Freiberufler (Ausnahme: Landwirte, Gärtner, Künstler und Publizisten).

### 4.1.2 Freiwillig Versicherte

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV ist in der Regel nur möglich, wenn der Versicherte vorher bereits der GKV angehört hat. Seit dem 01.08.2013 beginnt eine freiwillige Anschlussversicherung in der GKV am Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht automatisch, wenn das Mitglied nicht innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt erklärt. Eine solche Austrittserklärung wird nur wirksam,

- wenn das Mitglied eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (z. B. eine private Krankenversicherung) nachweist,
- sich die Anschlussversicherung lückenlos an die vorangegangene GKV anschließt.

Diese Regelung gilt auch für Versicherte, die aus der Familienversicherung ausscheiden.

Eine freiwillige Mitgliedschaft, ohne dass bereits eine Mitgliedschaft in der GKV bestanden hat, ist möglich bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung mit Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

<sup>1</sup> Einmalige Einnahmen, von deren Zahlung (z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld) mit hinreichender Sicherheit einmal jährlich ausgegangen werden kann, sind bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts zu berücksichtigen, dies gilt nicht für spezielle Familienzuschläge (vgl. dazu auch die Checkliste im Anhang)

## 36 >> Zuordnung der Personengruppen in die Systeme

### 4.1.3 Familienversicherte

Familienversichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder, wenn sie folgende Bedingungen erfüllen:

- Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland,
- selbst kein Mitglied in der Kranken- und Pflegeversicherung,
- nicht hauptberuflich selbstständig,
- der regelmäßige Verdienst liegt für geringfügig Beschäftigte nicht über 450,00 Euro/Monat; für alle Übrigen gilt die Verdienstgrenze 405,00 Euro/Monat (2015)
- nicht versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit bzw. nicht freiwillig versichert.

Bei Kindern sieht der Anspruch auf Familienversicherung im Einzelnen in der Regel wie folgt aus:

- Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs hat jedes Kind Anspruch auf Familienversicherung.
- Bis zur Vollendung des 23. Lebensjahrs haben Kinder, die nicht erwerbstätig sind, Anspruch auf Familienversicherung.
- Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs haben Kinder, die sich in einer Schul- und/oder Berufsausbildung befinden, Anspruch auf Familienversicherung.

Wurde Grundwehr-, Zivil- oder Bundesfreiwilligendienst geleistet, so verlängert sich um genau diese Zeit der Anspruch auf Familienversicherung. Der Anhang enthält eine Zusammenstellung einzelner Voraussetzungen für Familienversicherung, wenn z. B. ein Partner privat krankenversichert ist.

### 4.1.4 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Für den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner gilt die Voraussetzung, dass alle Personen zugangsberechtigt sind, für die in der 2. Hälfte des Erwerbslebens zu 9/10 ein Versicherungsschutz in der GKV bestand. Ob es sich dabei um eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung oder eine Familienversicherung handelt, ist unerheblich.

Die Krankenversicherung der Rentner ist nicht kostenlos. Für die Berechnung der Beiträge werden die gesetzliche Rente und eine Betriebsrente voll berücksichtigt (*vgl. dazu Krankenversicherung der Rentner im Anhang*).

Mieteinnahmen bzw. Kapitaleinkünfte werden, anders als bei freiwillig versicherten Rentnern, nicht als beitragspflichtige Einnahmen berücksichtigt, dadurch entgehen der Sozialversicherung jährlich erhebliche Beiträge.

### 4.1.5 Nichtversicherte

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll es „Nichtversicherte“ nicht mehr geben. Er hat daher geregelt, dass Personen ohne Krankenversicherungsschutz, welche der GKV zuzuordnen sind,

seit dem 01.04.2007 der „Pflicht zur Versicherung“ bei einer gesetzlichen Krankenkasse unterliegen.

Ehemals privat Krankenversicherte müssen seit dem 01.01.2009 in die PKV zurückkehren. Sie haben ein Beitrittsrecht im neu geschaffenen Basistarif der PKV mit Kontrahierungszwang – das heißt, sie dürfen vom Versicherer nicht abgelehnt werden.

Für Rückkehrer aus dem Ausland gilt die gleiche Regelung. Waren sie vor ihrer Nichtversicherung wegen Auslandsaufenthalts bei der GKV versichert, so können sie in ihre alte Krankenkasse zurückkehren.

Bei Rückkehrern, die vor ihrer Nichtversicherung in der PKV versichert waren, besteht seit 01.01.2009 die „Pflicht zur Versicherung“ in der PKV.

### >> 4.2 Mitgliedschaft in der PKV

Die Mitgliedschaft in der PKV ist ebenfalls von verschiedenen Tatbeständen abhängig. Die Wahlmöglichkeit für den Einzelnen, sich nicht dem System der GKV, sondern dem der PKV zuzuwenden, ist aufgrund gesetzlicher Vorgaben erheblich eingeschränkt.

Die Krankenvollversicherung ist grundsätzlich möglich für:

- höherverdienende Arbeitnehmer,
- versicherungsfreie Personen,
- Beamte und Heilfürsorgeberechtigte,
- versicherungsfreie Gesellschafter/Geschäftsführer,
- von der Versicherungspflicht in der GKV befreite Personen,
- Nichtversicherte, die der PKV zuzurechnen sind (vgl. 4.1.5).

#### 4.2.1 Höherverdienende Arbeitnehmer

Arbeitnehmer können in die PKV wechseln, wenn sie die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2016: 56.250,00 Euro) mit ihrem Jahreseinkommen<sup>2</sup> überschreiten.

#### 4.2.2 Selbstständige und Freiberufler

Selbstständige und Freiberufler (z. B. Ärzte, Steuerberater und Rechtsanwälte) sind in der GKV nicht versicherungspflichtig. Sie können als freiwillige Mitglieder nur versichert werden, sofern sie unmittelbar vor ihrer Selbstständigkeit dort versichert gewesen sind und die gesetzlichen Vorversicherungszeiten erfüllen.

---

2 Einmalige Einnahmen, von deren Zahlung (z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld) mit hinreichender Sicherheit einmal jährlich ausgegangen werden kann, sind bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts zu berücksichtigen, dies gilt nicht für spezielle Familienzuschläge (vgl. dazu auch die Checkliste im Anhang)

## 38 >> Zuordnung der Personengruppen in die Systeme

### 4.2.3 Beamte und Heilfürsorgeberechtigte

Für Beamte gilt hinsichtlich ihrer Krankenversicherung eine Sonderregelung. Sie sind gemäß § 6 Abs. 3 SGB V in der GKV versicherungsfrei, d. h. sie können nicht Pflichtmitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse werden. Daher sind sie grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen. Im Gegensatz zu Arbeitnehmern oder Selbstständigen benötigen sie aber keinen hundertprozentigen Krankenversicherungsschutz, da sie über die so genannte Beihilfe verfügen.

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheits- und Pflegekosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird (Erläuterung zu § 1 der Bundesbeihilfeverordnung).

Bund und Länder als Dienstherrn der Beamten haben entsprechende Beihilfevorschriften erlassen, in denen die prozentuale Höhe der Beteiligung an den Kosten (= Beihilfebemessungssätze) festgelegt ist. Diese Bemessungssätze sind abhängig vom Familienstand und der jeweils geltenden Beihilfevorschrift (siehe Beispiel rechts „Beihilfebemessungssatz Bund“).

Beihilfeberechtigte Personen	Beihilfebemessungssatz Bund		
	Beihilfeberechtigter	Ehegatte*	Kind*
Aktiver Beihilfeberechtigter – mit 1 Kind	50 %	70 %	80 %
Aktiver Beihilfeberechtigter – mit mind. 2 Kindern	70 %	70 %	80 %
Versorgungsempfänger	70 %	70 %	80 %

\* Für Ehegatten gilt dieser Anspruch i.d.R. dann, wenn ein bestimmtes Jahreseinkommen nicht überschritten wird (17.000,00 Euro im 2. Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe). Kinder sind i.d.R. bis zur Vollendung des 25. Lj. eingeschlossen, wenn gleichzeitig ein Anspruch auf Kindergeld besteht.

Für Beamte, die einer gefahrengeigten Tätigkeit nachgehen (darunter fallen Soldaten, Polizei- und Feuerwehrbeamte), besteht in der Regel kein Beihilfeanspruch, sondern ein Anspruch auf so genannte Heilfürsorge. Die Heilfürsorge erbringt eine hundertprozentige Kostenübernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Heilfürsorge wird jedoch nur für den gefährdeten Beamten selbst gewährt, für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen bleibt es bei den jeweils geltenden Beihilfevorschriften. Mit dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst entfällt der Anspruch auf Heilfürsorge; der Pensionär hat dann, wie alle anderen Beamten auch, den üblichen Beihilfeanspruch.

besteht in der Regel kein Beihilfeanspruch, sondern ein Anspruch auf so genannte Heilfürsorge. Die Heilfürsorge erbringt eine hundertprozentige Kostenübernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Heilfürsorge wird jedoch nur für den gefährdeten Beamten selbst gewährt, für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen bleibt es bei den jeweils geltenden Beihilfevorschriften. Mit dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst entfällt der Anspruch auf Heilfürsorge; der Pensionär hat dann, wie alle anderen Beamten auch, den üblichen Beihilfeanspruch.

Aus diesem Grund ist es für Heilfürsorgeberechtigte sinnvoll, bereits zu Beginn ihrer aktiven Dienstzeit, im Hinblick auf die später benötigten Beihilfetarife, eine Anwartschaftsversicherung abzuschließen. Nur dadurch ist sichergestellt, dass nach Ende der freien Heilfürsorge eine vollwertige private Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse abgeschlossen werden kann. Bei einer sogenannten großen Anwartschaft wird der Pensionär im Hinblick auf die Höhe des Beitrags dann so behandelt, als wenn

die aktive Versicherung bereits von Anfang an bestanden hätte (*Siehe auch Anhang Seite 76 – Beamte und Heilfürsorgeberechtigte*). Ohne eine solche Anwartschaftsversicherung sind die Betroffenen ggf. auf eine Absicherung im Basistarif angewiesen.

### 4.2.4 Versicherungsfreie Gesellschafter/Geschäftsführer

Gesellschafter, die als Geschäftsführer gleichzeitig abhängig Beschäftigte ihrer Gesellschaft sind, gelten unter bestimmten Voraussetzungen in der GKV als versicherungsfrei. Hierzu führt die gesetzliche Krankenkasse eine Prüfung durch.

Darunter fallen Gesellschafter einer

- GmbH,
- offenen Handelsgesellschaft (OHG) sowie der
- Komplementär einer Kommanditgesellschaft (KG).

### 4.2.5 Von der Versicherungspflicht in der GKV befreite Personen

Folgende Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, können sich nur in Ausnahmefällen von dieser Versicherungspflicht befreien lassen.

- Arbeitnehmer, die
  - durch Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungspflichtig werden,
  - durch Bezug von ALG I versicherungspflichtig werden, wenn sie seit mindestens 5 Jahren nicht in der GKV versichert waren,
  - durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit während einer Elternzeit versicherungspflichtig werden (Befreiung gilt nur für Elternzeit),
  - durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit nach § 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) versicherungspflichtig werden (Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer der Pflegezeit),
  - die ihre wöchentliche Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebs herabsetzen (Altersteilzeitbeschäftigte)<sup>3</sup>,
- Rentner oder Rentenantragsteller,
- Teilnehmer an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Studenten und Praktikanten sowie
- Personen, die als behinderte Menschen versichert sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 SGB V).

Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen und wirkt von Beginn der Versicherungspflicht an. Eine Befreiung kann nicht widerrufen werden und erstreckt sich auf die Dauer des zugrunde liegenden Tatbestands.

<sup>3</sup> Voraussetzung ist, dass der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren als Arbeitnehmer beschäftigt und wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei war.





**Gestaltung der Beiträge >> 41**

## 42 >> Gestaltung der Beiträge

### 5 Gestaltung der Beiträge

#### >> 5.1 Beiträge in der GKV

Nach dem Grundgedanken des Solidaritätsprinzips (einer für alle – alle für einen) werden die Beiträge in der GKV entsprechend dem sozialversicherungspflichtigen Einkommen der Versicherten erhoben. Dabei sollen die Beiträge der besserverdienenden Beitragszahler die geringeren Beiträge der anderen Versicherten mit geringem oder keinem Einkommen (z. B. Rentner und Familienversicherte) kompensieren.

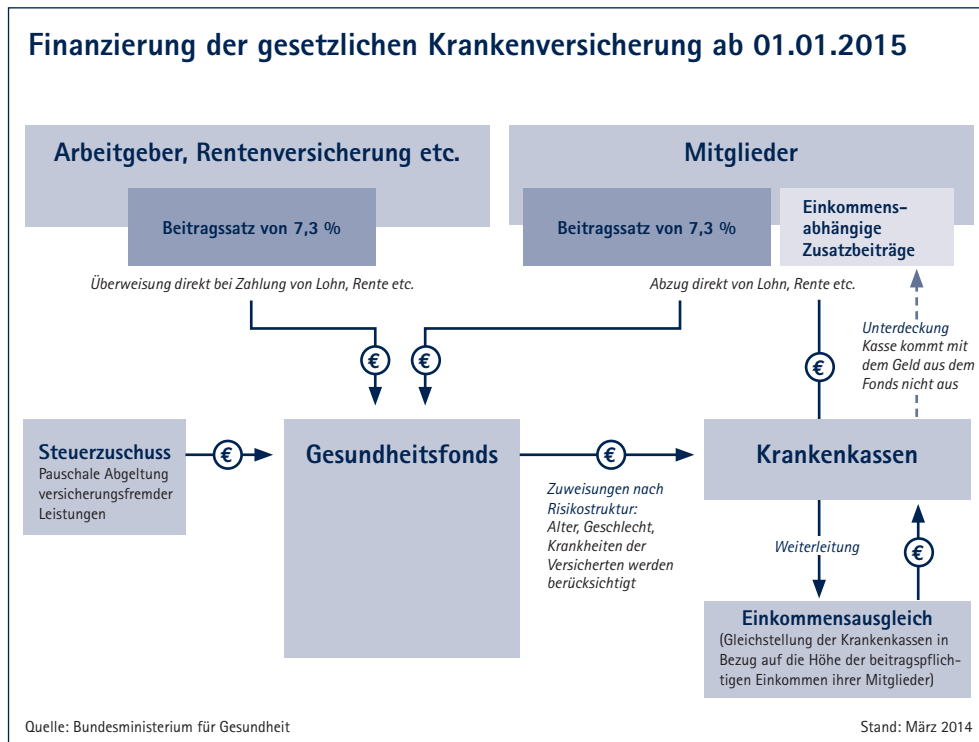
Zum 01.01.2009 wurde die Finanzierung der GKV mit Einführung des Gesundheitsfonds neu gestaltet. Alle Beitragszahler (beitragspflichtige Versicherte und Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Arbeitsämter usw.) zahlen in den Fonds ein.

Der Staat finanziert zusätzlich mit Steuergeldern die so genannten versicherungsfremden Leistungen der GKV (z. B. kostenlose Familienversicherung von Kindern und Ehegatten).

Jahr	Jährlicher Zuschuss des Bundes für versicherungsfremde Leistungen (in Mrd. Euro)
2012	14,0
2013	11,5
2014	10,5
2015	11,5
2016	14,0
2017	14,5

Quelle: Haushaltsbegleitgesetz 2014

Aus dem Gesundheitsfonds (siehe folgende Grafik) erhalten die Krankenkassen Zuweisungen, die nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten unterschiedlich sind. Mit diesen Zuweisungen müssen die Krankenkassen ihre Ausgaben bestreiten.



## 5.1.1 Berechnung der Beiträge

Die Berechnung der Beiträge richtet sich in der GKV nach vier verschiedenen Faktoren:

- Beitragssatz,
- beitragspflichtige Einnahmen,
- Zusatzbeitrag,
- Beitragszeit.

## 5.1.2 Beitragssatz

Bis zum 31.12.2008 konnten alle Krankenkassen ihren Beitragssatz entsprechend ihrer voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben festlegen. Sie zogen die Versicherungsbeiträge über den Arbeitgeber oder vom Mitglied selbst ein. Mit diesen Beiträgen wirtschaftete die Krankenkasse dann eigenverantwortlich. Allerdings mussten sich die Krankenkassen an einem Ausgleichssystem, dem so genannten „Risikostrukturausgleich“ beteiligen.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds Anfang 2009 entrichten die Beitragszahler die einkommensabhängigen Beiträge an den Gesundheitsfonds. Der Beitragssatz ist seitdem für alle Beitragszahler gleich. Er wird politisch festgesetzt. So betrug der allgemeine Beitragssatz zunächst 15,5 % und wurde im Rahmen des Konjunkturpaketes II bereits im Juli 2009 auf 14,9 % gesenkt. Diese Senkung wurde durch Steuerzuschüsse in Milliardenhöhe finanziert. Die Senkung wurde mit der Gesundheitsreform vom Dezember 2010 wieder rückgängig gemacht.

## 44 >> Gestaltung der Beiträge

Der allgemeine Beitragssatz in der GKV betrug vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2014 15,5 % (der ermäßigte Beitragssatz 14,9 %). Da der Arbeitnehmer 0,9 % des Beitrags alleine trug, ergab sich ein Arbeitgeberbeitrag in Höhe von 7,3 %.

Mit der Neustrukturierung der Beitragserhebung durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) seit 01.01.2015 sinkt der allgemeine Beitragssatz von 15,5 % auf 14,6 %, wobei der Arbeitgeberanteil 7,3 % und der Arbeitnehmeranteil ebenfalls 7,3 % beträgt. Ein weitergehender Finanzbedarf der Krankenkasse wird ausschließlich von einem einkommensabhängigen prozentualen Zusatzbeitrag vom Arbeitnehmer getragen. In 2016 beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 1,1 %. Es kann – je nach Lage der Kasse des Versicherten – ein abweichender Zusatzbeitragssatz erhoben oder auch auf ihn verzichtet werden.

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung lag in 2014 bei 2,05 % (Zuschlag für Kinderlose von 0,25 %). Seit 01.01.2015 wurde der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 % (2,6 % für Kinderlose) erhöht. In 2017 erfolgt eine weitere Erhöhung um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 %-Punkte (Kinderlose 2,8 %).

### 5.1.3 Beitragspflichtige Einnahmen

Die Beiträge zur GKV werden nach den individuellen beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten und höchstens bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze (BBG; 2016: 4.237,50 Euro/Monat) in der Krankenversicherung erhoben.

Zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören unterschiedliche Einkünfte, die im Fünften Buch der Sozialgesetze (vgl. §§ 226 bis 240 SGB V) erläutert werden.

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung für **versicherungspflichtige Arbeitnehmer** werden vom beitragspflichtigen Arbeitsentgelt bis maximal zur BBG ermittelt. Der Arbeitgeber beteiligt sich in Höhe von 7,3 Beitragssatzpunkten an dem Krankenversicherungsbeitrag.

Für **freiwillig Versicherte** berechnen sich die Beiträge nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Mitglieds. Dies bedeutet, dass alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung der Beitragsbemessung bis zur BBG (2016: 4.237,50 Euro/Monat) zugrunde zu legen sind.

Für **freiwillig Versicherte**, die **keine oder nur geringe eigene Einnahmen** haben, ist eine Beitragsbemessung nach Mindesteinnahmen vorgeschrieben. Für das Kalenderjahr 2016 ergibt sich daraus eine bundeseinheitliche Bemessungsgrundlage in Höhe von 968,33 Euro (= 1/3 der Bezugsgröße von 2.905,00 Euro).

Für **hauptberuflich Selbstständige und Freiberufler**, die freiwillige Mitglieder der GKV sind, wird in der Regel der Höchstbeitrag berechnet. Nur bei einem Nachweis (Steuerbescheid) wird die Berechnung des Beitrags von den tatsächlichen Einkünften vorgenommen, wenigstens jedoch von einem Mindesteinkommen (2016: 2.178,75 Euro > 75 % der monatlichen Bezugsgröße von 2.905,00 Euro).

Auf Antrag ist seit dem 01.04.2007 eine so genannte **Härtefallregelung** möglich. Dabei werden nur noch 50 % der monatlichen Bezugsgröße (2016: 1.452,50 Euro) zur Beitragsberechnung herangezogen. Gleiches gilt auch für hauptberuflich **Selbstständige mit Gründungszuschuss**.

Die Beitragsberechnung für freiwillig versicherte Mitglieder wird seit dem 01.01.2009 grundsätzlich durch die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlichten Hinweise geregelt.

### 5.1.4 Beitragszeit

Die Beiträge in der GKV sind grundsätzlich für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen.

### 5.1.5 Studenten

Studierende sind im Allgemeinen bis zum 25. Lebensjahr beitragsfrei über ihre Eltern versichert, wenn diese gesetzlich krankenversichert sind (vgl. § 10 SGB V).

Besteht kein Anspruch auf eine Familienversicherung, sind immatrikulierte Studenten selbst versicherungspflichtig in der GKV.

Die Beiträge zur studentischen Krankenversicherung betragen ab 01.01.2016 monatlich 67,58 Euro (zuzüglich dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag).

Ab dem ersten Semester nach der Versicherungspflicht (Vollendung 30. Lebensjahr oder 14. Fachsemester) ist der Beitrag für die freiwillige Weiterversicherung von Studierenden zu zahlen. Dieser beträgt in 2016 monatlich 135,57 Euro (zuzüglich dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag).

### 5.1.6 Rentner

Hat ein Rentenbezieher die Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentner nicht erfüllt, kann er seine bisherige Mitgliedschaft in der GKV freiwillig weiterführen.

Die Beitragsbemessung ist bei einer freiwilligen Mitgliedschaft anders geregelt als in der KVdR. Grundsätzlich werden neben den Renten und Versorgungsbezügen alle Einnahmen zum Lebensunterhalt zur Beitragsberechnung herangezogen, z. B. Einkünfte aus Arbeitseinkommen, Vermietung und Verpachtung, Kapital- und Zinserträge.

Vorrangig werden aber immer zunächst die Beiträge aus der Rente nach dem allgemeinen Beitragssatz berechnet. Auf Antrag erhält der freiwillig versicherte Rentner bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen einen Zuschuss des Rentenversicherungsträgers. Dieser beträgt seit dem 01.01.2015 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (14,6 %) = 7,3 %.

## 46 >> Gestaltung der Beiträge

### 5.1.7 Beitrag für nicht Erwerbstätige

Für freiwillig Versicherte, deren Ehepartner privat krankenversichert ist, wurde die Beitragsberechnung gesetzlich einheitlich festgelegt. Hier die Berechnungsschritte:

- a) Ermittlung des Einkommens des freiwilligen Mitglieds (hier Ehefrau):
- + Einnahmen der Ehefrau
  - + Einnahmen des privat versicherten Ehemanns
  - Kinderfreibetrag\*
  - = Familieneinkommen
  - ½ Familieneinkommen gilt als Einkommen der Ehefrau
- b) Das Einkommen der Ehefrau wird mit der ½ Beitragsbemessungsgrenze (BBG) verglichen (½ BBG 2016 = 2.118,75 Euro):
- Fall 1: das ½ Familieneinkommen ist gleich oder größer als 2.118,75 Euro  
→ es gelten 2.118,75 Euro als Bemessungsgrundlage
- Fall 2: das ½ Familieneinkommen ist kleiner als 2.118,75 Euro  
→ es gilt das ½ Familieneinkommen als Bemessungsgrundlage
- c) Die Bemessungsgrundlage wird mit dem ermäßigten KV-Einheitsbeitragssatz (14,0 % zzgl. des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes von 1,1 % in 2016) und Pflegepflichtbeitrag (2,35 %) multipliziert.

\* Siehe Folgeseite

#### Es folgen einige Berechnungsbeispiele, gültig ab 01.01.2016

	mit 1 Kind	mit 2 Kindern	mit 1 Kind
monatliches Einkommen des freiwillig gesetzlich versicherten Ehepartners	0,00 EUR	0,00 EUR	400,00 EUR
monatliches Einkommen des privat versicherten Ehepartners	6.000,00 EUR	6.000,00 EUR	6.000,00 EUR
968,33 EUR Kinderfreibetrag* (1/3 der Bezugsgröße)	- 968,33 EUR	-1.936,66 EUR	
581,00 EUR Kinderfreibetrag* (1/5 der Bezugsgröße)			- 581,00 EUR
Familieneinkommen	5.031,67 EUR	4.063,34 EUR	5.819,00 EUR
½ Familieneinkommen = Einkommen der Ehefrau	2.515,84 EUR	2.031,67 EUR	2.909,50 EUR
Beitragsbemessung von:	2.118,75 EUR	2.118,75 EUR	2.118,75 EUR
Beitrag Krankenversicherung	306,78 EUR	306,78 EUR	319,93 EUR
Beitrag Pflegeversicherung	49,79 EUR	47,74 EUR	49,79 EUR
<b>Gesamtbeitrag:</b>	<b>369,72 EUR</b>	<b>354,52 EUR</b>	<b>369,72 EUR</b>

\* Der Kinderfreibetrag: Vom Familieneinkommen wird für jedes gemeinsame Kind, das unterhaltsberechtig ist, ein Freibetrag abgezogen. Die Höhe des Kinderfreibetrages hängt davon ab, wie das Kind krankenversichert ist. Ist das Kind privat oder freiwillig gesetzlich versichert, beträgt der Freibetrag 968,33 Euro. Profitiert das Kind bereits von der kostenlosen Familienversicherung, liegt der Freibetrag bei 581,00 Euro.

## >> 5.2 Beiträge in der PKV

Die Berechnung der Beiträge in der PKV ist nach versicherungsmathematischen Regeln aufgebaut. Grundsatz von Beitrag und Leistung ist das **Äquivalenzprinzip**: Jeder Kunde zahlt für sein Risiko. Die PKV berechnet einen individuellen Beitrag für jedes Versichertenkollektiv. Anders als in der GKV hängt der Beitrag in der PKV somit nicht vom Einkommen ab, sondern vom individuellen Krankheitsrisiko und vom Umfang des Versicherungsschutzes. Je höher die Versicherungsleistungen sind und je schlechter der Gesundheitsstand, desto höher der Beitrag.

### 5.2.1 Faktoren der Beitragskalkulation

Folgende drei Parameter bestimmen die Höhe des Beitrags in der PKV:

- Alter,
- Gesundheitszustand,
- Tarifleistungen.

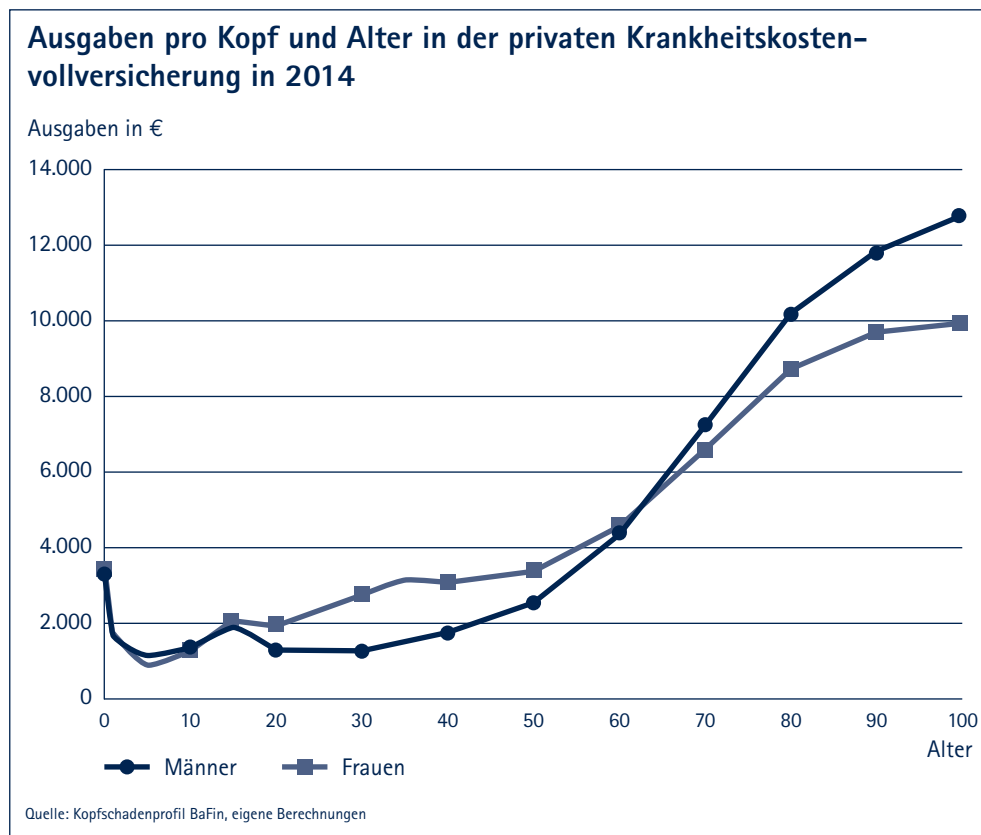
Nur für Versicherte, deren Vertrag vor dem 21.12.2012 geschlossen wurde, gilt als vierter Parameter:

- das Geschlecht

#### Alter

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigt mit dem Lebensalter. Deshalb spielt das Eintrittsalter eine große Rolle bei der Beitragskalkulation. Je früher sich jemand für eine private Krankenversicherung entscheidet, desto niedriger sind die Beiträge. Er hat noch viele Jahre Zeit, Rückstellungen für sein Alter und die dann anfallenden höheren Gesundheitsleistungen anzusparen. Die folgende Grafik stellt den durchschnittlichen Ausgabenbedarf in den verschiedenen Altersstufen dar.

## 48 >> Gestaltung der Beiträge



### Gesundheitszustand

Die PKV überprüft den aktuellen Gesundheitszustand des Antragstellers. Bereits vorhandene Erkrankungen sind zusätzliche Gesundheitsrisiken, die zu einer höheren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen führen können. Nach dem Äquivalenzprinzip können Vorerkrankungen nur dann mitversichert werden, wenn für das zusätzliche Risiko auch zusätzliche Beiträge (Risikozuschläge) berücksichtigt werden.

Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Abschluss des Vertrages führt nicht zu einer Erhöhung des Tarifbeitrags.

Bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen darf die PKV den Antrag ablehnen, d. h. die Annahme des Versicherungsvertrags verweigern. Anders sieht es im Basistarif (s. Absatz 5.3.1) aus. Hier besteht Kontrahierungszwang, und der Versicherer darf auch bei erhöhtem Risiko des Versicherten keinen Risikozuschlag erheben.

Die meisten PKV-Unternehmen haben sich verpflichtet, Beihilfeberechtigte, die dem System der PKV zugeordnet werden, auch dann zu versichern, wenn ihr Gesundheitszustand normalerweise zu einer Ablehnung führen würde. Dabei wird ein Risikozuschlag von maximal 30 % erhoben.

Wenn der Versicherungsschutz im Vertragsverlauf ausgeweitet wird, findet eine erneute Gesundheitsprüfung für den dazukommenden Versicherungsteil statt.



### Tarifleistungen

Die Beitragshöhe hängt vom Umfang der versicherten Leistungen ab. So ist z. B. ein Versicherungsschutz mit den Wahlleistungen Ein-Bett-Zimmer mit privatärztlicher Behandlung teurer als ein Versicherungsschutz mit Unterbringung in einem Mehr-Bett-Zimmer ohne Privatarzt.

### Geschlecht

Die Beiträge in der PKV werden grundsätzlich risikogerecht kalkuliert, d. h. die Höhe des zu zahlenden Beitrags richtet sich nach dem Eintrittsalter.

Die geschlechtsabhängige Kalkulation ist durch ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 01.03.2011 für Neuzugänge ab dem 21.12.2012 nicht mehr zulässig. Die Richter haben entschieden, dass eine Differenzierung nach Geschlecht für Versicherungsprämien und Versicherungsleistungen auch dann unzulässig ist, wenn sie auf genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruht. Die Kalkulationsgrundlagen sind daher, soweit sie eine Geschlechtsabhängigkeit vorsehen, für Neuverträge ab dem 21.12.2012 ungültig. Die PKV hat ihre Beitragskalkulation entsprechend den Vorgaben des EuGH-Urteils neu gestaltet.

### 5.2.2 Demografieresistente Beitragskalkulation

In den nächsten Jahrzehnten wird es weit reichende Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur geben. Der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung wird stark zunehmen, gleichzeitig sinkt der Anteil junger Menschen. Mit dem Alter steigt die Inanspruchnahme von Leistungen in den Gesundheitssystemen.

Anders als in der GKV ist in der Beitragskalkulation der PKV diese Entwicklung bereits mit einkalkuliert. Der in der PKV kalkulierte Beitrag ist ein Durchschnittsbeitrag. Dies bedeutet, dass die mit dem Alter steigenden Gesundheitsausgaben bereits bei der Einstiegsprämie berücksichtigt werden. Dadurch zahlen Versicherte in jungen Jahren einen Beitrag, der über ihren tatsächlich entstehenden Behandlungskosten liegt. Diese Differenz wird der Alterungsrückstellung zugeführt. Die Mittel werden am Geld- und Kapitalmarkt durch die Versicherer verzinslich angelegt.

Wenn der Beitrag im Alter für die Deckung der Leistungen nicht mehr ausreicht, werden Alterungsrückstellungsteile aufgelöst. Mit diesem sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahren werden die mit dem Alter ansteigenden Ausgaben für ärztliche Behandlung ausgeglichen.

### 5.2.3 Bedeutung des Rechnungszinses für die Beitragskalkulation

Der Rechnungszins ist eine Grundlage für die Berechnung von Beiträgen und Rückstellungen. Hierfür werden die möglichen Zinserträge der Alterungsrückstellung bei der Berechnung mit einkalkuliert. Die PKV kalkuliert mit einem bestimmten Rechnungszins, der sich lange an einem Höchstrechnungszins von 3,5 % orientierte. Durch die derzeit geringe Verzinsung an den Kapitalmärkten können die Versicherer diesen Rechnungszins nicht mehr erwirtschaften, was ein Absenken des Rechnungszinses erforderlich macht. Das kann ausschließlich im Rahmen einer Beitragsanpassung (BAP) geschehen und führt zu einem höheren Beitragsanstieg. Diese zusätzlichen Beitragsanteile werden dann zur Aufstockung der Alterungsrückstellung eingesetzt.

## 50 >> Gestaltung der Beiträge

### 5.2.4 Beitragsanpassungen

Der Beitrag zur PKV ist so kalkuliert, dass künftige Kostensteigerungen allein aufgrund des Älterwerdens der Versicherten bereits berücksichtigt sind und nicht zu Erhöhungen führen. Trotzdem kommt es aufgrund von Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu regelmäßigen Beitragsanpassungen, z. B. durch den medizinischen Fortschritt.

Die Grundlagen der Kalkulation entstammen den aktuellen Statistiken über die Gesundheitskosten und die Inanspruchnahme von Leistungen (Kopfschäden) mit zunehmendem Alter. Zukünftige Auswirkungen, die heute nicht erfassbar sind, machen aber Anpassungen des Beitrags notwendig.

Der medizinische Fortschritt hat es ermöglicht, dass viele Krankheiten heute früher erkannt und behandelt werden können. Auch verbesserte und neue Behandlungsmethoden erhöhen die Ausgaben und führen ebenfalls zwangsläufig zu Erhöhungen auf der Beitragsseite.

Weitere Faktoren wie die Kostenverlagerung im Gesundheitswesen, das Änderungsrisiko (z. B. neue Sterbetafeln mit steigender Lebenserwartung) und die Neueinführung des Basistarifs mit Kontrahierungszwang wie auch die Änderung des Rechnungszinses angesichts der Niedrigzinsphase haben ebenfalls Auswirkung auf die Höhe der Beiträge.

### 5.2.5 Mitgabe der Alterungsrückstellung

Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) ist es seit dem 01.01.2009 möglich, dass bei einem Wechsel innerhalb der PKV Teile der Alterungsrückstellung einer Vollversicherung mitgegeben werden. Dies gilt für Tarife, die ab 2009 abgeschlossen werden (Tarife der neuen Welt).

Es werden maximal die Teile der Alterungsrückstellung mitgegeben, die sich bei einer Versicherung im Basistarif ergeben hätten. Diese mitgabefähigen Teile der Alterungsrückstellung werden als Übertragungswerte bezeichnet.

Abweichend hiervon wird in der privaten Pflegepflichtversicherung die gesamte Alterungsrückstellung mitgegeben. Dies gilt für alle Verträge, auch für die vor dem 01.01.2009 abgeschlossenen.

Ebenfalls wird seit dem 01.01.2009 bei einem Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung der gesetzliche Beitragszuschlag mitgegeben. Hier erfolgt keine Limitierung.

### 5.2.6 Beitragszuschuss zur PKV durch den Arbeitgeber

Arbeitnehmer, die privat krankenversichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zur Krankenversicherung. Der Zuschuss ist auf die Hälfte des zu zahlenden Beitragssatzes begrenzt und beträgt seit dem 01.01.2016 maximal 309,34 Euro/Monat.

Anspruch besteht nur dann, wenn der privat Krankenversicherte für sich und seine Angehörigen Leistungen aus der PKV beanspruchen kann, die der GKV vergleichbar sind.

Die Beitragsentlastungsprogramme der PKV sind als integrierter Bestandteil der Krankenversicherung ebenfalls durch den Arbeitgeber zuschussfähig, somit ergibt sich: Arbeitgeberzuschussfähig sind der Tarifbeitrag plus Beitragsentlastungstarif maximal bis 309,34 Euro/Monat.

### 5.2.7 Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung durch den Arbeitgeber

Der Arbeitgeber zahlt den Beschäftigten zur Privaten Pflegepflichtversicherung einen Zuschuss in Höhe des Beitrags, den er bei Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung als Arbeitgeberanteil zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags. Das PKV-Unternehmen bescheinigt dem Versicherten, dass ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, die Pflegeversicherung nach den vom Gesetzgeber bestimmten Voraussetzungen zu betreiben. Diese Bescheinigung muss der Versicherungsnehmer dem Arbeitgeber vorlegen, um den Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung zu erhalten. Bei Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde zum Ausgleich der zusätzlichen Belastungen für die Arbeitgeber ein Feiertag, der Buß- und Betttag, gestrichen. Lediglich in Sachsen blieb dieser Tag als Feiertag bestehen, deshalb ist dort der Anteil der Arbeitnehmer am Beitrag höher. Für Schüler und Studenten, die verpflichtet sind, bei einem privaten Versicherungsunternehmen eine Pflegeversicherung zu unterhalten, und die nicht beitragsfrei bei ihren Eltern oder einem Elternteil mitversichert sind und außerdem BAföG erhalten, gibt es vom Amt für Ausbildungsförderung einen monatlichen Zuschuss zur Pflegepflichtversicherung. Rentner erhalten seit dem 1. April 2004 von der Rentenversicherung keinen Zuschuss mehr zum Beitrag.

### 5.2.8 Beitragszuschuss bei Arbeitslosigkeit

Privat Krankenversicherte, die arbeitslos werden, Arbeitslosengeld I beziehen und sich von der Versicherungspflicht in der GKV haben befreien lassen, erhalten von der Agentur für Arbeit einen Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung (§ 174 SGB III). Dieser beträgt ab 01.01.2016 maximal 532,23 Euro/Monat zur Krankenversicherung und 79,67 Euro/Monat zur Pflegepflichtversicherung.

Bei Bezug von Arbeitslosengeld II beträgt der Zuschuss seitens der Agentur für Arbeit 2016 gemäß Urteil des Bundessozialgerichtes vom 18.01.2011 monatlich 332,65 Euro zur Krankenversicherung und 49,79 Euro monatlich zur Pflegepflichtversicherung.

### 5.2.9 Bürgerentlastungsgesetz

Seit 01.01.2010 wurde die steuerliche Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen mit dem Bürgerentlastungsgesetz, das am 19.06.2009 durch den Bundestag verabschiedet wurde, deutlich erweitert.

Die Kernpunkte des Gesetzes sind:

- Die tatsächlich vom Versicherten geleisteten Aufwendungen für eine Kranken- und Pflegeversicherung können als Sonderausgaben steuerlich berücksichtigt werden. Bisher war ein Abzug nur zusammen mit anderen Vorsorgeaufwendungen im Rahmen der Höchstgrenzen absetzbar.
- Abzugsfähig sind Beitragsanteile für Versicherungsleistungen, die im Wesentlichen dem Leistungsniveau der gesetzlichen Kranken- und Pflegepflichtversicherung entsprechen.

## 52 >> Gestaltung der Beiträge

Nicht abziehbar sind daher Beitragsanteile, die einen über die medizinische Grundversorgung hinausgehenden Versicherungsschutz finanzieren. Darunter fallen beispielsweise Beiträge für eine Chefarztbehandlung oder ein Einzelzimmer im Krankenhaus.

- Beiträge für eine gesetzliche Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) sind in voller Höhe als Sonderausgaben abziehbar.
- Die Absetzbarkeit gilt für Beiträge des Steuerpflichtigen zu einer Krankenversicherung für sich selbst, den Ehegatten, den Lebenspartner und für jedes Kind, für das ein Anspruch auf einen Freibetrag oder auf Kindergeld besteht.
- Die als Sonderausgaben abziehbaren Beiträge werden bereits im Lohnsteuerabzugsverfahren durch den Arbeitgeber berücksichtigt. Bei gesetzlich versicherten Arbeitnehmern geschieht dies in pauschalierter Form.
- Die Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen wurden um 400,00 Euro (Ehegatten: 800,00 Euro) erhöht. Sie belaufen sich seit 2010 für Nichtselbstständige mit einem Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss bzw. Beihilfeanspruch auf 1.900,00 Euro (Ehegatten: 3.800,00 Euro) und für Selbstständige auf 2.800,00 Euro (Ehegatten: 5.600,00 Euro).
- Schöpfen die abzugsfähigen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung die genannten Höchstbeträge nicht aus, können in Höhe der Differenz noch Aufwendungen für die übrigen Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden. Dazu zählen z. B. Beiträge zu Krankenzusatzversicherungen bzw. Pflegeergänzungen oder Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, zur Berufsunfähigkeitsversicherung etc.
- Um Schlechterstellungen im Vergleich zum alten Recht zu vermeiden, wird stets der höhere Abzugsbetrag berücksichtigt (Günstigerprüfung).

### 5.2.10 Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung (KVBEVO)

Nach dieser Verordnung sind folgende Mehrleistungen gegenüber einem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht abzugsfähig:

- Heilpraktikerleistungen,
- Ein-Bett-Zimmer,
- Chefarztbehandlung oder Zwei-Bett-Zimmer,
- Mehrleistungen beim Zahnersatz oder implantologische Leistungen,
- Mehrleistungen bei kieferorthopädischen Leistungen.

Sind z. B. sämtliche Mehrleistungen in einem Kompakttarif versichert, kommt es zu einem Abschlag von 20,41 %. Verteilt sich der Versicherungsschutz auf mehrere Tarife, ist für jeden Beitrag der nicht abzugsfähige Teil zu ermitteln. Beiträge zum Basistarif sind in Höhe von 96 % (4 % Abschlag für Krankentagegeld) des tatsächlichen Beitrags abzugsfähig.

### >> 5.3 Sicherungsmaßnahmen in der PKV

Aufgeschreckt durch Verbraucherschutzproteste gegen vermeintlich unbezahlbare PKV-Beiträge im Alter und kritische Medienberichte, nach denen eine große Zahl von Menschen in Deutschland überhaupt keinen Krankenversicherungsschutz hat, reagierte der Gesetzgeber und ergriff Maßnahmen, um eine Versicherungsdeckung zu bezahlbaren Prämien für alle Betroffenen sicherzustellen. Damit hat er allerdings erheblich in das Kalkulationsmodell der PKV eingegriffen.

#### 5.3.1 Standardtarif

Der Standardtarif ist ein im Jahr 1994 eingeführter brancheneinheitlicher Tarif in der privaten Krankenversicherung. Er richtet sich insbesondere an Versicherte, die aus finanziellen Gründen ihren bisherigen Versicherungsschutz nicht mehr halten können. Deshalb ist der Standardtarif grundsätzlich nur für ältere (ab dem 65. Lebensjahr) und langjährig Versicherte (mindestens zehn Jahre) geschaffen worden.

Für die bereits vor dem 01.01.2009 in der PKV Krankheitskostenvollversicherten steht dieser Tarif nach wie vor zur Verfügung. Im Gegensatz zu dem ebenfalls abschließbaren Basistarif baut der Standardtarif keine mitgabefähige Alterungsrückstellung auf. Der Ehegattenbeitrag ist auf 150 % des GKV-Höchstbeitrags limitiert, wenn das Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) nicht übersteigt.

Mit Blick auf die Zugangsvoraussetzungen ist also für die entsprechende Versichertengruppe der Basistarif keine echte Alternative. Außerdem ist der Standardtarif – aufgrund der Zugangsmöglichkeiten schlechter Risiken im Basistarif – günstiger als der Basistarif.

#### 5.3.2 Basistarif

- Seit dem 01.01.2009 hat der Gesetzgeber für die private Krankenversicherung die Einführung eines Basistarifs vorgeschrieben. Zugang zum Basistarif bei allen PKV-Unternehmen haben der PKV zuzuordnende Nichtversicherte (das sind z. B. Personen, die früher in der PKV versichert waren).
- Alle Personen, die seit dem 01.01.2009 neu in die PKV eintreten, haben ein Wechselrecht in den Basistarif jedes beliebigen Versicherungsunternehmens.
- Seit dem 01.07.2009 können Versicherte, die ihren Vertrag vor dem 01.01.2009 abgeschlossen haben, in der PKV unter Mitnahme von Alterungsrückstellungen nur noch innerhalb ihres Unternehmens in den Basistarif wechseln, und zwar nur:
  - ab dem 55. Lebensjahr oder
  - bei Bestehen eines Rentenanspruchs oder
  - wenn Hilfebedürftigkeit<sup>4</sup> besteht.

4 Die Hilfebedürftigkeit ist in den Sozialgesetzen näher definiert. Sie liegt vor, wenn jemand seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln sichern kann.

## 54 >> Gestaltung der Beiträge

### Kontrahierungszwang

Für den Basistarif hat der Gesetzgeber Kontrahierungszwang vorgeschrieben. Die Versicherungsunternehmen dürfen daher den Antrag eines Versicherungsberechtigten auf Versicherung im Basistarif grundsätzlich nicht ablehnen. Bei bestehenden Vorerkrankungen dürfen auch keine Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse zum Ausgleich des erhöhten Risikos vereinbart werden. Es findet aber trotzdem eine Gesundheitsprüfung statt, um für die im Basistarif Versicherten den Risikoausgleich<sup>5</sup> zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung durchzuführen und um für einen späteren Tarifwechsel Risikozuschläge festzulegen. Für bei Antragsprüfung festgestellte Krankheiten oder Erschwernisse wird dazu ein fiktiver Risikozuschlag ermittelt und dem Vertrag für zukünftige Umtarifierungen zugrunde gelegt.

### Leistungen

Der Basistarif bietet Versicherungsschutz, der in Art und Umfang mit dem in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (§ 152 VAG). Die genaue Ausgestaltung des Versicherungsschutzes wird durch den Verband der privaten Krankenversicherung durchgeführt.

### Angebot

Der Basistarif muss von dem Versicherungsunternehmen ohne und mit vier Selbstbehaltstufen (300, 600, 900 und 1.200 Euro pro Kalenderjahr) angeboten werden. Der Versicherungsnehmer ist an die Wahl der Selbstbehaltstufe drei Jahre gebunden. Im beihilfekonformen Basistarif (für Beamte) werden die Selbstbehaltstufen entsprechend dem versicherten Prozentsatz festgelegt.

### Beitragsbegrenzung

Der Beitrag zum Basistarif ist begrenzt. Der Höchstbeitrag entspricht dem jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV. Dieser wird in 2016 anhand des gesetzlich festgelegten allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 % und der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV ermittelt. Hinzu kommt die Möglichkeit des durchschnittlichen einkommensabhängigen Zusatzbeitrags von 1,1 % in der GKV. Wenn nachgewiesen wird, dass durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, wird der Beitrag halbiert. Falls dann immer noch Hilfebedürftigkeit durch die Beitragszahlung droht, leistet der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auf Antrag einen Zuschuss.

Wenn unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht und auch dies durch den zuständigen Träger nach dem SGB II oder SGB XII bescheinigt wird, reduziert sich der Beitrag ebenfalls auf die Hälfte. Auf Antrag gewährt der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auch hierfür einen Zuschuss in Höhe des halben Höchstbeitrags der GKV (332,65 Euro in 2016). Diese Regelung ergibt sich nicht unmittelbar aus dem Gesetz, sondern auf Basis eines Urteils des Bundessozialgerichts vom 18.01.2011.

Ende des Jahres 2015 waren 29.400 Personen im Basistarif versichert, davon waren mehr als die Hälfte (15.400 Personen) hilfebedürftig.

<sup>5</sup> Mehraufwendungen, die aufgrund von Vorerkrankungen und solche, die durch die Höchstbeitragsbegrenzung entstehen, werden zwischen den PKV-Unternehmen ausgeglichen.

### 5.3.3 Notlagentarif

Mit Wirkung zum 01.08.2013 wurde mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ (sogenanntes „Notlagentarif-Gesetz“) auch die Einführung eines „Notlagentarifs“ (NLT) beschlossen.

Durch das Gesetz werden PKV-Versicherte, die ihre Beiträge für Tarife, mit denen die Pflicht zur Versicherung erfüllt wird, nicht zahlen können, nach entsprechendem Mahnverfahren im Notlagentarif versichert. Der bestehende Vertrag ruht währenddessen. Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten durch den Versicherungsnehmer gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats im Ursprungstarif fortgesetzt.

Ende des Jahres 2015 waren 115.800 Personen im Notlagentarif versichert.

### Leistungen

Der Tarif gewährleistet eine vom Gesetzgeber gewollte Notfallversorgung, also zum Beispiel eine unfallbedingte Erstversorgung, Behandlung wegen grippalem Infekt, stationäre Behandlung wegen Appendizitis. Die Erstattungspflicht beschränkt sich im Übrigen auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Eine privatärztliche Behandlung im Krankenhaus zum Beispiel ist deshalb nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes. Für Kinder und Jugendliche sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft gelten Ausnahmen hinsichtlich des Versicherungsumfanges.

### Beiträge

Der Beitrag für den Notlagentarif ist unabhängig von Alter und Geschlecht:

Laut § 153 Abs. 2 Satz 4 VAG darf der Beitrag aus dem NLT nicht höher sein als zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist.

Da der Beitrag unabhängig vom Alter kalkuliert wird, werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Vorhandene Alterungsrückstellungen des bisherigen Versicherungsschutzes werden im NLT angerechnet. Es dürfen maximal 25 % der monatlichen Prämie des NLT durch Entnahme aus der bisher angesammelten Alterungsrückstellung geleistet werden. Beitragsschuldner werden somit vor weiterer Überschuldung geschützt und sind eher in der Lage, ihre Beitragsschulden auszugleichen. Dies führt unter dem Strich zu einer deutlichen Entlastung der Versicherungsgemeinschaft. Andererseits ist im Alter bei den Versicherten nur eine geringere Alterungsrückstellung vorhanden.





## Finanzierung der Beiträge im Alter >> 57

### 6 Finanzierung der Beiträge im Alter

Die Finanzierung der Beiträge zur Krankenversicherung im Alter ist in unserer alternden Gesellschaft eine zentrale Herausforderung. Dabei gibt es gravierende Unterschiede zwischen pflichtversicherten und freiwillig versicherten Rentnern in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie privat krankenversicherten Rentnern.

#### >> 6.1 Versicherungspflichtige Rentner in der GKV (KVdR)

Versicherungspflichtige Rentner haben Beiträge auf folgende Einnahmen zu zahlen:

- Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente),
- Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit.

Wird daneben ein Einkommen aus unselbstständiger Tätigkeit bezogen, dann kann dies einen eigenständigen Tatbestand der Versicherungspflicht begründen.

Aus Versorgungsbezügen und Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit sind nur Beiträge zu entrichten, wenn diese den mindestbeitragspflichtigen Betrag in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreiten.

Die genannten Einkommen werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze zur Beitragszahlung herangezogen. Rentenversicherungsträger und versicherungspflichtige Rentner bringen die Beiträge jeweils zur Hälfte auf. Der Beitrag wird von der Zahlstelle des Rentenversicherungsträgers ermittelt, von der Rente einbehalten und ist an die jeweilige Krankenkasse zu überweisen. Der Anteil des Rentenversicherungsträgers errechnet sich seit dem 01.01.2015 aus der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (14,6 %) = 7,3 %.

Auch auf Versorgungsbezüge und Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, für die kein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt wird, muss der Versicherungspflichtige den vollen Beitragssatz der Krankenkasse zahlen.

Zusätzlich müssen Rentner ggf. den Zusatzbeitrag ihrer Krankenkasse zahlen.

#### >> 6.2 Freiwillig versicherte Rentner in der GKV

Bei freiwillig versicherten Rentnern muss die Krankenkasse die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ihres Mitglieds berücksichtigen. Folglich unterliegen neben den Zahlungen der gesetzlichen Rentenversicherung auch Versorgungsbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit sowie alle weiteren Einkünfte (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Zins-einkünfte) grundsätzlich der Beitragspflicht, und zwar bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Die Beiträge für freiwillig versicherte Rentner werden entweder nach dem allgemeinen Beitragssatz (für die Bemessung aus Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen) oder nach dem ermäßigten Beitragssatz der GKV (für die Bemessung aus sonstigen Einkünften wie Mieten

und Zinsen) erhoben, der für Mitglieder ohne Krankengeldanspruch gilt. Sie sind in voller Höhe vom Rentner zu tragen. Auch freiwillig versicherte Rentner müssen seit dem 01.07.2005 den Beitragssatzanteil von 0,9 % entrichten. Dafür haben sich die übrigen Beitragssätze vermindert. Auch freiwillig versicherte Rentner müssen ggf. einen Zusatzbeitrag bei ihrer Krankenkasse entrichten.

Auf Antrag gewährt der Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur Krankenversicherung. Dieser errechnet sich seit dem 01.01.2015 aus der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (14,6 %) = 7,3 %.

### >> 6.3 Privat krankenversicherte Rentner

Mit Rentenbeginn ergibt sich für diesen Personenkreis folgende Situation:

- Eine eventuell abgeschlossene Krankentagegeldversicherung endet mit dem Bezug von Altersrente (§ 15 Abs. 1 c) MB/KT 2009).
- Der Arbeitgeberzuschuss entfällt.
- Auf Antrag erhält der Versicherte einen Zuschuss von seinem Rentenversicherungsträger.

Seit dem 01.01.2015 errechnet sich der Zuschuss auf Basis des allgemeinen Beitragssatzes (14,6 %) = 7,3 %. Der Zuschuss wird allerdings auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen begrenzt.

### >> 6.4 Pensionäre

Für den privat krankenversicherten Pensionär erhöht sich der Beihilfebemessungssatz in der Regel auf 70 %. Die Restkostenabsicherung beträgt dann nur noch 30 %. Ein Zuschuss wie für die Rentner wird nicht gezahlt, da – wie während der aktiven Berufstätigkeit – der Dienstherr bereits einen großen Teil der Krankheitskosten übernimmt.

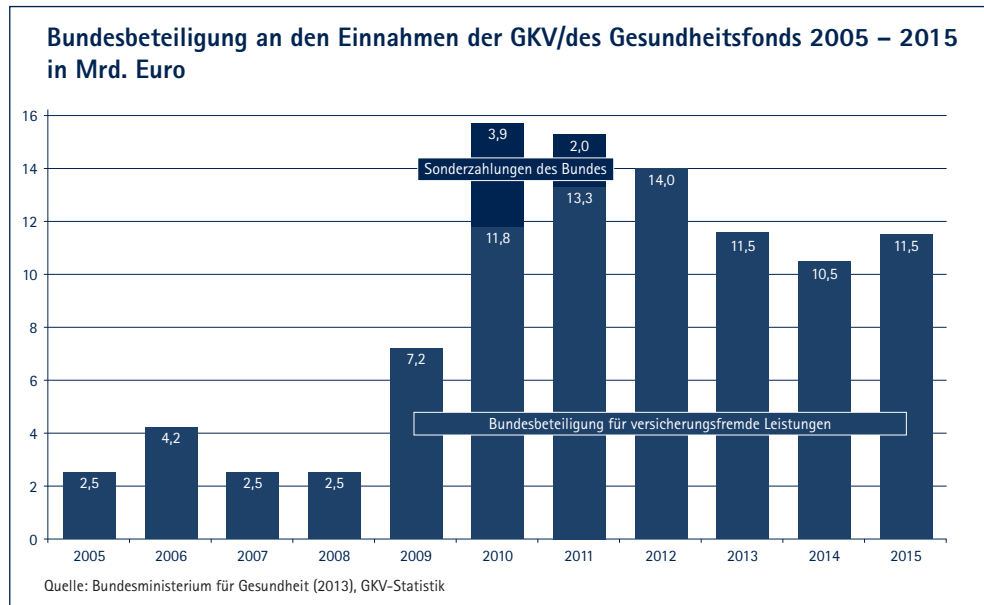
Für den Ehegatten ändert sich durch die Pensionierung in der Regel nichts, da dessen Beihilfebemessungssatz bereits 70 % beträgt.

### >> 6.5 Finanzierung der Krankenversicherung im Alter in der GKV

Die GKV arbeitet auf der Grundlage des Umlageverfahrens: Die Versichertengemeinschaft finanziert mit ihren laufenden Beiträgen die Ausgaben der Versicherten im gleichen Jahr. Dabei übernehmen die jüngeren, im Arbeitsleben stehenden Versicherten einen großen Teil der Ausgaben der Rentner. Wegen der demografischen Entwicklung in Deutschland (immer mehr und immer älter werdende Rentner, immer weniger jüngere Beitragszahler) steigen nicht nur die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung zukünftig stark an, sondern auch die Beitragslast für die jüngeren Versicherten. Für diese Kostensteigerungen existieren im Umlageverfahren der GKV keine finanziellen Reserven. Deshalb müssen in Zukunft entweder die Beiträge steigen oder die Leistungen reduziert werden. Darüber hinaus erfolgt seit einigen Jahren eine „Subventionierung“ der GKV durch Steuermittel, seit 2010 mit einem jährlich zweistelligen Milliardenbetrag.

## 60 >> Finanzierung der Beiträge im Alter

Wie die folgende Grafik zeigt, haben sich die Zuschüsse ab dem Jahr 2010 drastisch erhöht. Ohne diese Zuschüsse läge der Beitragssatz der GKV in 2015 ca. 1,5 %-Punkte höher. Je stärker jedoch der Staat an der Finanzierung beteiligt wird, desto mehr übt er Einfluss auf die Leistungen der GKV aus (s. auch Abschnitt 5.1).



### >> 6.6 Finanzierung der Krankenversicherung im Alter in der PKV

Die privaten Krankenversicherer haben zur Sicherstellung der dauerhaften Finanzierbarkeit der Beiträge und zur Begrenzung von Beitragsanpassungen bereits in der Vergangenheit wirkungsvolle Maßnahmen ergriffen. So wurden branchenweit Alterungsrückstellungen von rund 202 Mrd. Euro (davon für die Krankenversicherung 174 Mrd. Euro und für die Pflegeversicherung 28 Mrd. Euro, Stand 2015) gebildet. Seit 1995 werden 80 % der über die garantierte Verzinsung hinausgehenden Überschüsse aus den Alterungsrückstellungen zur Beitragsentlastung im Alter eingesetzt (begrenzt auf max. 2,5 % der Alterungsrückstellung). Seit dem 01.01.2000 wurde diese Zuschreibung auf 90 % erhöht, und zwar ohne Begrenzung.

#### Alterungsrückstellung

Mit dem Alter steigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In der privaten Krankenversicherung ist das Risiko der mit dem Alter steigenden Leistungen in der Vollversicherung und bei den meisten Zusatzversicherungsprodukten bereits in der Kalkulation enthalten, d. h., das Versichertenkollektiv bildet für die Versicherten eine Alterungsrückstellung, damit die Beiträge trotz der steigenden Leistungen konstant gehalten werden können. Damit hat die PKV eine Vorsorge für den Versichertenbestand geschaffen.

#### Gesetzlicher Zuschlag

Seit dem 01.01.2000 müssen Neuversicherte in der PKV einen gesetzlichen Zuschlag (GZ) von 10 % auf ihren Beitrag – ab dem vollendeten 21. Lebensjahr und bis zum vollendeten 60. Lebensjahr – zahlen. Die daraus resultierenden Mittel werden verzinslich angelegt und – ohne

Abzug etwaiger Kosten – dafür verwendet, Beitragserhöhungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres aufzufangen. Wie lange die Mittel dazu ausreichen, hängt natürlich neben der Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel auch von der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ab. Nach Berechnungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung kann der gesetzliche Zuschlag für jüngere Eintrittsalter zu dauerhaft konstanten Beiträgen ab dem 65. Lebensjahr führen, wenn die durchschnittlichen Kostensteigerungen der letzten Jahre zugrunde gelegt werden und frühzeitig mit der Zahlung des gesetzlichen Zuschlags begonnen wurde.

Die vorstehenden Prognosen beruhen auf den Rahmenbedingungen der Kapitalmärkte zu Anfang des Jahrtausends. Mittlerweile sind die Zinsen für Kapitalanlagen stark gesunken, so dass die eingezahlten GZ-Beiträge einen insgesamt geringeren Sparbetrag ergeben werden. Um die Beiträge im höheren Alter dauerhaft auf einem niedrigen Niveau zu halten, empfiehlt es sich daher, ergänzend einen Beitragsentlastungstarif (siehe unten „Zusätzliche Beitragsentlastungsangebote“) abzuschließen. Zusätzlich zu der kompletten Abwendung von zwischenzeitlichen Beitragserhöhungen kommt der Versicherte dann in den Genuss einer Absenkung seines Zahlungsbetrages.

### Umtarifierungsangebote

Bei jeder Beitragsanpassung werden den älteren Versicherten (ab dem 60. Lebensjahr) Umtarifierungsangebote unterbreitet, die zu einer Beitragsreduzierung führen. Dabei muss der verkaufsstärkste Tarif des Unternehmens berücksichtigt werden.

Dieser Personenkreis hat außerdem das Recht, sich für den Standardtarif bzw. den Basistarif zu entscheiden.

- Standardtarif (für Versicherte, die ihre PKV vor dem 01.01.2009 abgeschlossen haben – alte Welt)
- Basistarif (für Versicherte, die ihre PKV nach dem 31.12.2008 abgeschlossen haben – neue Welt)

In der Vergangenheit wurde der Standardtarif nur selten in Anspruch genommen, da die Versicherten im Alter nur in Ausnahmefällen auf ihren bisherigen Leistungsstandard verzichten wollen. Im Übrigen bieten viele Unternehmen ihren Kunden Tarife an, die bessere Leistungen bei gleichzeitig günstigeren Beiträgen als der Standardtarif bzw. der Basistarif vorsehen.

### Zusätzliche Beitragsentlastungsangebote

Eine weitere Möglichkeit der Vorsorge für das Alter sind die Beitragsentlastungsprogramme in der Krankheitskostenvollversicherung, die eine Modifizierung der Beitragszahlung darstellen. Mit diesen Programmen sichert sich der Versicherte eine garantierte Prämienabsenkung im Rentenalter, die aus einem höheren Beitrag in jungen Jahren finanziert wird. Der zusätzliche Beitrag wird für eine Beitragsreduzierung im Alter eingesetzt und ist als integraler Bestandteil der Krankheitskostenvollversicherung ebenfalls durch den Arbeitgeber zuschussfähig. Je früher ein Versicherter sich für ein Beitragsentlastungsprogramm entscheidet, desto niedriger kann der von ihm zu zahlende Beitrag im höheren Alter (z. B. ab dem 65. Lebensjahr) sein.





### 7 Wettbewerb der Systeme

#### >> 7.1 Wettbewerb innerhalb der GKV

Der Leistungsumfang in der GKV ist weitgehend gesetzlich (SGB V) festgelegt. Ein Wettbewerb innerhalb der GKV erfolgte in der Vergangenheit nur über den Beitrag erfolgte. Ein Wechsel innerhalb der GKV fand nur zum Zwecke der Beitragsersparnis statt.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 gab es einen einheitlich festgelegten Beitragssatz für alle Krankenkassen. In 2011 wurde dieser auf 15,5 % gesetzlich festgelegt (§ 241 SGB V). Damit hatte der Beitragssatz als ein Parameter des Wettbewerbs an Bedeutung verloren. Unterschiede gab es durch erforderliche Zusatzbeiträge, kostenlose Zusatzleistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung), Bonusprogramme und Wahltarife (z. B. Beitragsrückerstattungen und Selbstbehaltsvereinbarungen). Solche Elemente haben neben den Serviceangeboten der Krankenkassen und ggf. passgenauen Krankenzusatzversicherungs-Angeboten über eine intensiviertere Zusammenarbeit mit PKV-Unternehmen den Wettbewerb der Kassen forciert. Außerdem findet Wettbewerb in der Art der Leistungserbringung, z. B. über selektive Verträge, statt. In den Jahren 2010 bis 2012 musste eine ganze Reihe von Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben. Sie haben dabei alle erheblich an Mitgliedern verloren, weil diese Zusatzbeiträge als Belastung empfunden wurden. Im Durchschnitt haben sie mehr als 10 % ihrer Versicherten verloren, in der Spitze bis knapp 40 %. Seit Ende 2012 gibt es keine Zusatzbeiträge mehr, weil die gute Konjunktur hohe Ausschüttungen des Gesundheitsfonds ermöglichte.

Mit der Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 % und der Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages wird seit dem 01.01.2015 der Beitragssatz einer Krankenkasse als Wettbewerbselement wiederbelebt. Damit wird auch die Frage nach einer paritätischen Finanzierung wieder aktuell.

##### 7.1.1 Wahltarife in der GKV

Wahltarife dürfen die gesetzlichen Krankenkassen seit dem 01.04.2007 anbieten. Ziel des Gesetzgebers war es, den Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen sowie die Wettbewerbssituation gegenüber der PKV zu stärken. Zu den Angeboten zählen z. B. Selbstbehalttarife, Rückerstattungen oder Hausarzttarife. Die von den gesetzlichen Kassen angebotenen Wahltarife gehen teilweise weit darüber hinaus: Sie sehen Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer im Krankenhaus oder bessere Leistungen bei Zahnersatz vor. Damit dienen sie nicht mehr nur dem Wettbewerb zwischen den Kassen, sondern ermöglichen den gesetzlichen Krankenkassen das Eindringen in den privatwirtschaftlichen Markt der Zusatzversicherungen. Und dabei haben sie Wettbewerbsvorteile, denn sie können sich ohne großen Aufwand direkt an ihre Versicherten wenden.

Unbedingt zu beachten ist, dass sich GKV-Versicherte bei Wahltarifen zwischen 1 und 3 Jahre an ihre Kasse binden. Bei folgenden Wahltarifen nach § 53 SGB V wurden die Bindefristen ab 2011 von 3 Jahren auf 1 Jahr reduziert:

- Prämienzahlung (Prämienrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen),
- Kostenerstattung,



- Arzneimittel der besonderen Therapieeinrichtungen.

Bei der Entscheidung für einen Wahltarif in der GKV sind daher zwingend folgende Punkte zu beachten:

- Die Abschaffung bzw. Änderung eines Wahltarifs durch die Kasse ist „jederzeit“ möglich.
- Der Kunde ist zwischen 1 bis 3 Jahre an einen Wahltarif gebunden.

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen kann ein Wahltarif daher keine Alternative sein. Bei diesen Angeboten ist unklar, ob sie auch langfristig Bestand haben werden. Denn wird ein Wahltarif durch die gesetzliche Krankenkasse oder durch den Gesetzgeber wieder abgeschafft oder geändert, so stehen die Versicherten ohne bedarfsgerechte Absicherung da.

GKV-Versicherte sollten sich deshalb eine Zusatzversicherung in der PKV mit lebenslanger Leistungsgarantie sichern – am besten zusammen mit einer Optionsversicherung. Denn nur so kann der Versicherte sicher sein, dass er den gewünschten Zusatzschutz auch bekommt, wenn er ihn braucht – und sei es erst in Jahrzehnten. Bei den Zusatzversicherungen der PKV ist das garantiert, bei den Wahlтарifen in der GKV nicht.

### 7.1.2 Kooperationen bzw. Partnerschaften zwischen GKV und PKV

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurde den Kassen bereits zum 01.01.2004 die Möglichkeit eingeräumt, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen zu kooperieren, um selbst Zusatzversicherungen vermitteln zu können.

An Bedeutung hat das Kooperationsgeschäft jedoch mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 01.04.2007 gewonnen. Die Möglichkeit der Krankenkassen, selber Ergänzungsschutz im Rahmen von Wahlтарifen anbieten zu können, hat zu einer Verschärfung der Wettbewerbssituation zwischen GKV und PKV und schließlich zu intensiven Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen und privaten Krankenversicherungsunternehmen geführt.

Wie intensiv eine Kooperation ist, lässt sich durch folgende Fragestellungen feststellen:

- Werden für die Mitglieder der kooperierenden Krankenkasse passgenaue bzw. exklusive Zusatzversicherungsprodukte angeboten?
- Bietet das PKV-Unternehmen neben diesen passgenauen Produkten auch die Mitgliedschaft der kooperierenden Krankenkasse an, um alles aus einer Hand anbieten zu können?
- Findet eine einheitliche Vermarktung der Produkte über die Kooperationspartner statt (z. B. durch einheitliche Verkaufsunterlagen)?
- Sind die Leistungsprozesse im Hinblick auf den Kundenbedarf aufeinander abgestimmt bzw. so gestaltet, dass sie für den Kunden möglichst einfach sind (Zahnersatzrechnung muss nur einmal eingereicht werden)?

Können alle Fragen mit „ja“ beantwortet werden, so kann die Zusammenarbeit im Sinne einer besonders intensiven Kooperation auch als Partnerschaft bezeichnet werden. Für die gemeinsamen Aktivitäten sind sodann nicht nur ausgewählte Einzelbereiche, sondern alle strategischen Felder (Produkte, Vertrieb, Marketing, Prozesse) maßgebend. Für Kunden, Vertrieb und Betrieb

## 66 >> Wettbewerb der Systeme

haben solche echten GKV-PKV-Partnerschaften den höchsten Nutzen, da sie die Vorteile beider Systeme bestmöglich erschließen.

Die den Kassen vom Gesetzgeber eröffnete Kooperationsmöglichkeit wurde von vielen Krankenkassen genutzt, um mit einzelnen PKV-Unternehmen Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen beinhalten zum einen, dass eine Kasse exklusiv mit einem PKV-Unternehmen zur Vermittlung von Zusatz- und Ergänzungsversicherungen zusammenarbeitet. Zum anderen legen sie fest, dass für diese Kooperationen spezielle Produkte häufig ohne Abschlussprovisionen vom jeweiligen PKV-Unternehmen entwickelt werden, da die gesetzliche Kasse selbst die Vermittlung übernimmt. Durch diese Art der Kooperationen wird der Vermittler von einem großen Betätigungsfeld im Krankenversicherungsmarkt ausgeschlossen, obwohl Ergänzungsversicherungen ein Bereich sind, in dem die individuelle und kompetente Beratung durch qualifizierte Vermittler besonders wichtig ist.

Zu den gravierenden Wettbewerbsnachteilen der nicht in die Kooperationen eingebundenen PKV-Produkte zählen außerdem, dass die GKV in der Lage ist, ihre Vermittlungstätigkeit aus ihrem öffentlich-rechtlichen Auftrag heraus zu subventionieren und dadurch Preisvorteile zu erzielen.

Nur bei Vertriebspartnerschaften zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, die den beratenden Außendienst einschließen, kann die Qualität der Beratung bei den beratungsintensiven Zusatzversicherungen sichergestellt werden.

Bei dieser Art der Zusammenarbeit kann der Vermittler zum Einstieg einen GKV-Schutz mit attraktiven Extraleistungen und exklusiven Ergänzungsversicherungen anbieten – und so seine Bestände schützen. Der Kunde hat den Vorteil, trotz des Einheitsbeitrags in der GKV, mehr Leistung zu bekommen als bei anderen Kassen und gleichzeitig auf private Ergänzungsversicherungen zugreifen zu können.

Das Angebot der Kasse wird so vor dem Hintergrund der aktuellen Veränderungen sinnvoll abgerundet. Denn der Kunde kann sich für einen Versicherungsschutz entscheiden, bei dem gesetzliche und private Leistungen Hand in Hand gehen.

### >> 7.2 Wettbewerb GKV/PKV

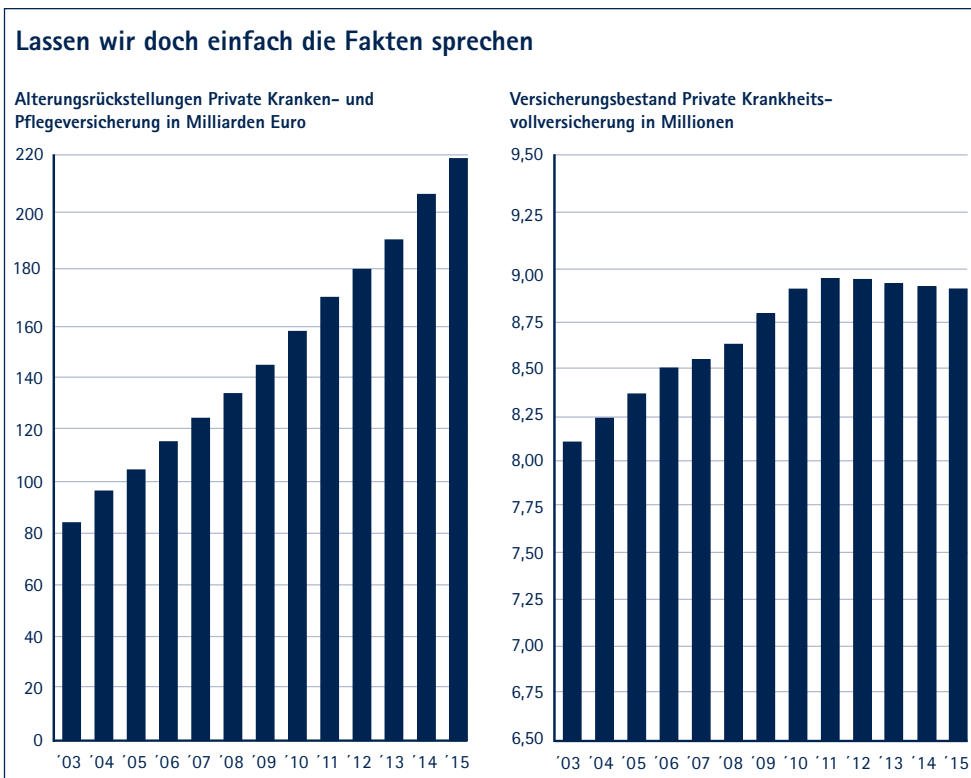
Nicht nur der Wettbewerb innerhalb der GKV ist ein Thema, das aus Sicht der Politik eine große Bedeutung hat, sondern auch der Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Hier gibt es schon seit Jahren gegenüber der PKV den Vorwurf, dass sie sich unsolidarisch verhalte. Zum einen werbe sie von der GKV nur gute Risiken ab (Risikoprüfung verbunden mit günstigen Einstiegsbeiträgen für jüngere Versicherte), was zu einer Selektion zu Lasten der GKV führe. Darüber hinaus bevorzuge sie einseitig Allein- und Besserverdienende, deren Finanzierungsbeitrag zugunsten von Älteren, Familien und Einkommensschwachen dann in der GKV fehlt.

Dem Vorwurf nur gute Risiken abzuwerben, treten einige PKV-Unternehmen entgegen, indem sie auf freiwilliger Basis Versicherungsschutz auch für schlechte Risiken anbieten. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsschutz innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall der Versicherungspflicht beantragt wird. Weiterhin wird der PKV vorgehalten, dass ihre Existenz zu

einer Zweiklassenmedizin führe, die sozialpolitisch nicht akzeptabel sei. Zur Lösung dieses vermeintlichen Problems wird die Einführung einer wie auch immer gearteten Bürgerversicherung gefordert.

Eine Bürgerversicherung, in der alle Bürger unterschiedslos krankenversichert sind, würde den Solidaritätsgedanken unnötigerweise überhöhen, die Eigenverantwortung schwächen und das für einen funktionierenden Sozialstaat so fundamentale Subsidiaritätsprinzip beseitigen. Eine auch in Zukunft bezahlbare Krankenversicherung hängt vielmehr von einer Stärkung der Eigenverantwortung wie der Subsidiarität ab. Das bedeutet nicht weniger, sondern mehr PKV und mit dieser Gewichtsverlagerung folglich eine konsequente Fortsetzung des seit Jahrzehnten bewährten zweigliedrigen Krankenversicherungssystems, das im Übrigen auch einen ständigen Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen den Systemen garantierte. Sogar Vertreter der GKV geben zu, dass ohne die Konkurrenz der PKV die Gefahr größer wäre, dass der Leistungskatalog der GKV auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird. In einem Einheitssystem ohne echten Wettbewerb ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.

Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ist das Wesensmerkmal einer jeden Krankenversicherung und wird in diesem Sinne auch von der privaten Krankenversicherung geleistet. Darüber hinaus bietet die PKV ein Solidaritätsmerkmal, das die GKV systembedingt nicht aufweisen kann. Alleinstellungsmerkmal der PKV ist die Gerechtigkeit zwischen den Generationen. Durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen im Rahmen des Kapitaldeckungsverfahrens ist sichergestellt, dass jede Versichertengeneration selbst Vorsorge für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten trägt. Kapitaldeckung bedeutet damit immer auch Generationengerechtigkeit. Diese Solidarität zwischen den Generationen würde durch die Bürgerversicherung abgeschafft.

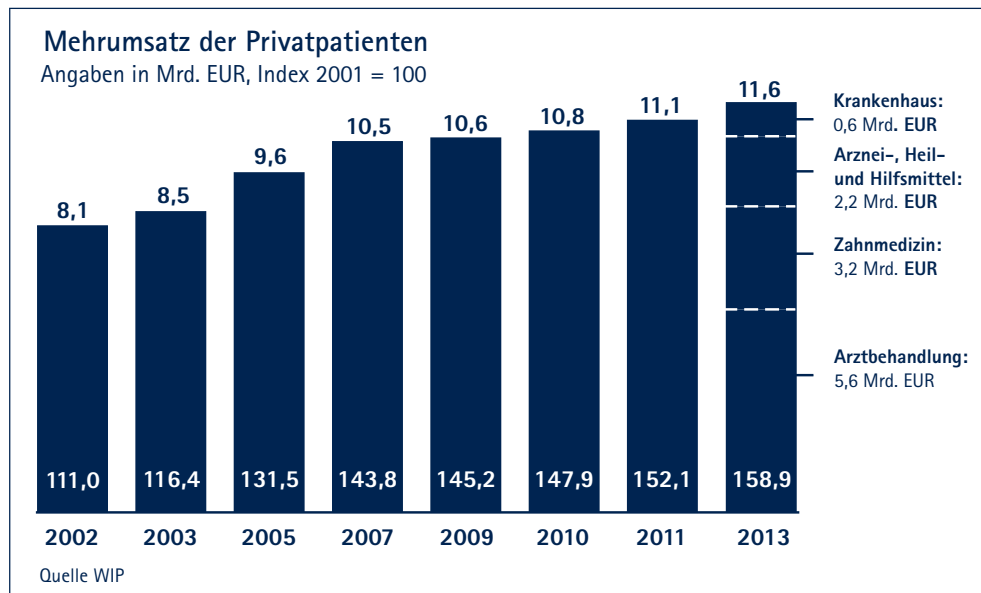


Quelle: PKV-Verband

## 68 >> Wettbewerb der Systeme

Übersehen wird auch, dass die Privatversicherten die Leistungserbringer im Gesundheitswesen durchweg höher vergüten, da von der GKV und der PKV unterschiedliche Gebührenordnungen angewandt werden. Darüber hinaus ermöglicht das Sachleistungsprinzip der GKV, durch Regelleistungsvolumina und Wirtschaftlichkeitsprüfungen begrenzend auf die Versorgung einzuwirken. Dies führt zu Unterschieden im Preis und in der Menge der Gesundheitsleistungen, was zur Folge hat, dass die Zahlungen der Privatversicherten für Gesundheitsleistungen deutlich über den Gesundheitsausgaben liegen, die die gesetzlichen Krankenkassen für vergleichbare Versicherte aufbringen müssen.

Die Auswertung des PKV-Mehrumsatzes erfolgt auf Grundlage von Daten der PKV sowie aus Daten des Risikostrukturausgleiches der GKV und weist zusätzlich separat ausgewiesene Mehrumsätze einzelner Leistungsbereiche wie z.B. Krankenhaus, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnmedizin auf. Im Jahr 2013 ergab sich ein Mehrumsatz von 11,8 Mrd. EURO. Bei diesem Betrag handelt es sich um die Summe, die dem Gesundheitswesen durch die Existenz der PKV mehr zur Verfügung steht.



### >> 7.3 Wettbewerb innerhalb der PKV

Politiker, aber auch einige Wissenschaftler warfen der PKV vor, dass es im Vergleich zum Wettbewerb in der GKV keinen ausreichenden Wettbewerb innerhalb der PKV gebe. Kritisiert wurden vor allem die fehlenden Möglichkeiten zur Mitgabe der Alterungsrückstellung bei einem Versicherungswechsel.

Diese Kritik gehört nunmehr der Vergangenheit an. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) wurde gesetzlich verankert, dass bei substitutiven Krankenversicherungen, die seit dem 01.01.2009 abgeschlossen werden, die Mitgabe eines Übertragungswertes bei Wechsel des Versicherers vorzusehen ist (§ 146 Abs.1 Nr. 5 VAG).

## 7.3.1 Übertragungswert in der Krankenvollversicherung

Unter dem Begriff Übertragungswert ist der Teil der angesparten Rückstellungen für das Alter zu verstehen, den der Kunde bei einem Versichererwechsel mitnehmen kann. Die Regeln für die Ermittlung der Höhe des Übertragungswertes hat der Gesetzgeber festgelegt. Danach kann nicht die komplette Alterungsrückstellung mitgenommen werden, sondern nur ein auf das Niveau des Basistarifs begrenzter Teil.

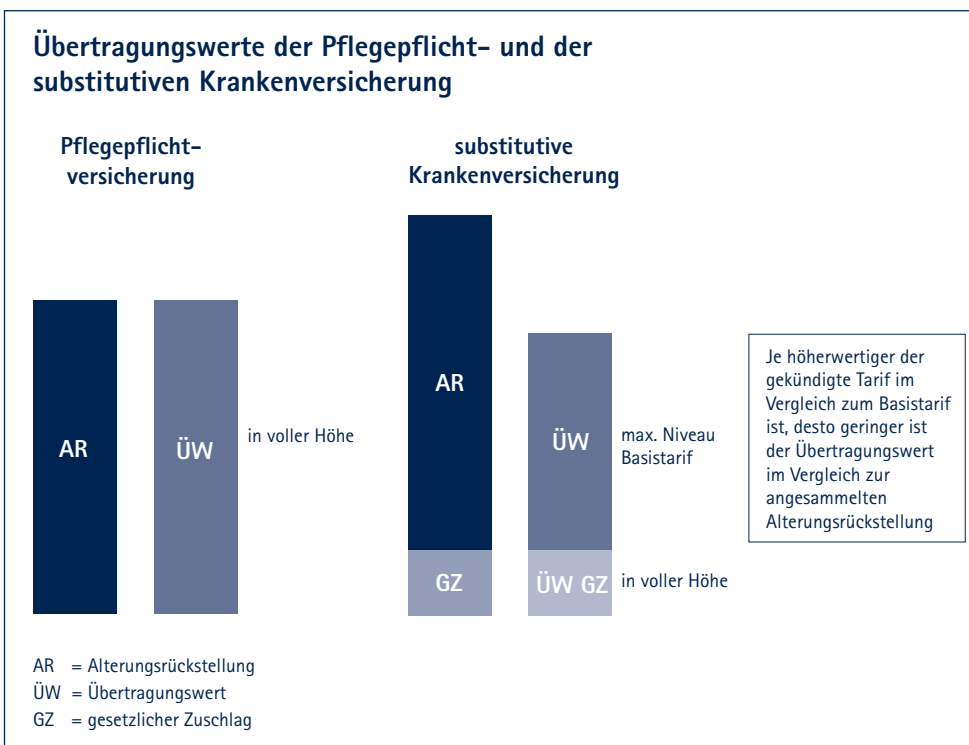
Dabei müssen die Alterungsrückstellungen unterschieden werden in:

- Alterungsrückstellungen, die durch den gesetzlichen Zuschlag aufgebaut wurden, und
- Alterungsrückstellungen aus dem Tarifbeitrag.

Die Alterungsrückstellungen aus dem gesetzlichen Zuschlag sind in voller Höhe zu übertragen. Die Alterungsrückstellungen aus dem Tarifbeitrag sind auf das Niveau des Basistarifs begrenzt. Die darüber hinausgehenden Rückstellungen verbleiben beim Kollektiv im jeweiligen Tarif beim „alten“ Unternehmen. Der Verlust für den Wechsler wird dabei umso höher, je größer die Differenz zwischen dem ursprünglichen Tarif und dem Basistarif ist (s. folgende Grafik). Dieser Verlust ist besonders bei längeren Vertragslaufzeiten und einem leistungsstarken Tarif sehr hoch.

### Entstehung eines Übertragungswerts

Jeder substitutive Tarif, der seit dem 01.01.2009 von Neukunden abgeschlossen wird, muss über einen einkalkulierten Übertragungswert verfügen. Diese Tarife geben dem Versicherten ein dauerndes Recht, mit einem Übertragungswert auf Niveau des Basistarifs zu einem anderen PKV-Unternehmen zu wechseln. Seit 2013 ist der Übertragungswert dem Versicherungsnehmer jährlich mitzuteilen; bis dahin bestand ein Informationsrecht.



### Übertragungswert verteuert Tarife

Die Berücksichtigung des Übertragungswerts bei der Beitragskalkulation verteuert die Beiträge besonders in den für den Verkauf relevanten jüngeren Zugangsaltern, denn die Alterungsrückstellung verblieb zuvor bei Wechsel als berücksichtigtes Storno in dem bisherigen Tarif und kam so kalkulatorisch allen Versicherten in dem Tarif zugute. Der Einfluss des Übertragungswerts auf die Beitragshöhe hängt vom konkreten Tarif und vom Alter des Kunden ab.

### 7.3.2 Übertragungswert in der privaten Pflegepflichtversicherung

Nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz erfolgt seit dem 01.01.2009 – im Gegensatz zur substitutiven Krankenversicherung – in der Pflegepflichtversicherung (PPV) eine vollständige und dauerhafte Übertragung der poolrelevanten Alterungsrückstellung (vgl. Schaubild „Übertragungswerte der Pflegepflicht- und der substitutiven Krankenversicherung“). Dies gilt auch für den Bestand, der schon vor dem 01.01.2009 versichert war, sodass es in der PPV keine Unterscheidung zwischen einer alten und einer neuen Welt gibt wie bei der PKV.

Vielmehr wird in der PPV seit dem 01.01.2009 (Kündigungstermin) bei jedem nahtlosen Wechsel zwischen zwei PKV-Unternehmen immer ein Übertragungswert mitgegeben. Bei einem Wechsel aus oder in die GKV wird dagegen – wie in der substitutiven Krankenversicherung – kein Übertragungswert mitgegeben.

### 7.3.3 Provisionsregelung

In der Vergangenheit gab es für die Versicherer keine gesetzlichen Vorgaben, in welcher Höhe sie Abschlussprovisionen bezahlen durften bzw. ob und wie lange eine Provisionshaftzeit einzuhalten war. Zwei Aspekte haben den Gesetzgeber dann veranlasst, mit einer gesetzlichen Regelung Einschränkungen bezüglich der Provisionsvereinbarungen festzulegen. So wurde zum einen die Höhe von Provisionen bei Krankenversicherungen, die in der Spitze bis zu 18 Monatsbeiträgen erreichten, als unverhältnismäßig angesehen. Des Weiteren haben in den letzten Jahren sog. Umdeckungen von Vollversicherungen zugenommen. Nach nur kurzfristigem Bestehen einer privaten Krankheitskostenvollversicherung wurde diese zu einem weiteren Versicherer transferiert, um noch einmal die volle Abschlussprovision kassieren zu können. Um diesen Exzessen Einhalt zu gebieten, hat der Gesetzgeber Begrenzungen der Provisionshöhe (§ 50 VAG) und besondere Provisionshaftzeiten (§ 49 VAG) vorgesehen. Für den Abschluss von substitutiven Krankenversicherungen dürfen in einem Geschäftsjahr

- nicht mehr als 3 % der Bruttobeitragssumme des Neuzugangs (Unternehmensdeckel)
- maximal 3,3 % der Bruttobeitragssumme des von einem Vertriebspartner (VEP) vermittelten Geschäftes (Vermittlerdeckel)
- maximal 3,3 % der Bruttobeitragssumme des vermittelten Vertrages (Vertragsdeckel)

an Abschlussprovisionen, sonstigen Vergütungen oder geldwerten Vorteilen geleistet werden.

Die Bruttobeitragssumme entspricht der über 25 Jahre hoch gerechneten Erstprämie ohne den gesetzlichen Zuschlag, so dass sich ein Deckel von 9,0 bzw. 9,9 Monatsbeiträgen ergibt. Unter die Regelung fallen alle Abschlussprovisionen und sonstigen Vergütungen wie Bonuszahl-

lungen oder geldwerte Vorteile, sofern diese Leistungen für die Vermittlung gewährt werden. Nimmt ein Unternehmen über den Vermittlungserfolg hinausgehende Leistungen eines VEP in Anspruch, ist für diese Leistung eine marktgerechte Vergütung zu zahlen und der Versicherer muss den Nachweis einer entsprechenden Kostenersparnis erbringen.

Um eine zu schnelle Umdeckung von Vollversicherungen zu verhindern, hat der Gesetzgeber für folgende Fälle die Provisionshaftzeit auf 60 Monate festgesetzt:

- Bei Kündigung eines Vertrages auf Veranlassung durch den VN
- Bei Ruhendstellen der Leistung gemäß § 193 Abs. 6 VVG

Eine Ausnahme bezüglich der Kündigung gilt dann, wenn der VN aufgrund des Eintritts der GKV-Pflicht gekündigt hat.

Sollte beispielsweise ein VN vor Ablauf der 60 Monate, z. B. nach drei Jahren, seine Vollversicherung kündigen, um zu einem anderen Versicherer zu wechseln, hätte der Vermittler die Provision nur in Höhe von 36/60 verdient.

Diese Neuregelung ist am 01.04.2012 in Kraft getreten. Maßgebend für ihre Anwendbarkeit ist der Zeitpunkt der Policierung des Vertrages.





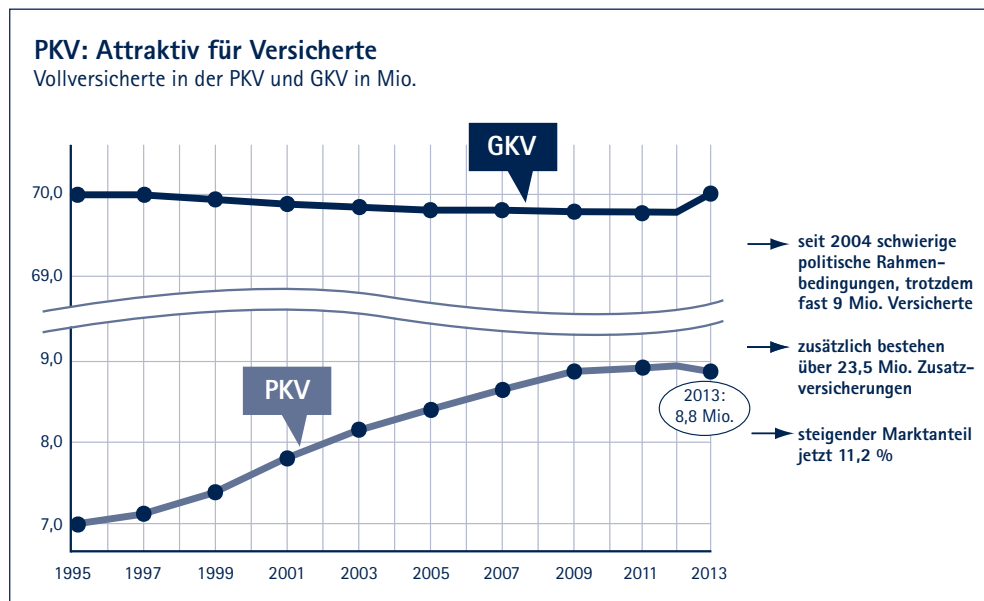
**Ein sinnvoller Wechsel >> 73**

## 8. Ein sinnvoller Wechsel

### >> 8.1 Kriterien für einen Wechsel von der GKV zur PKV

Sind die rechtlichen Voraussetzungen für einen Wechsel zur PKV gegeben, stellt sich die Frage, ob dieser Wechsel tatsächlich sinnvoll ist. Entscheidend ist die persönliche Einstellung sowie die individuelle Lebenssituation des Interessenten, die in folgenden Fragen zum Ausdruck kommt:

- Will ich einen auf meinen individuellen Bedarf zugeschnittenen Versicherungsschutz?
- Will ich einen Versicherungsschutz mit dauerhaft garantierten Leistungen?
- Will ich meinen Versicherungsschutz meinen geänderten Bedürfnissen (wie Beruf und Familie) anpassen können?
- Ist es für mich erstrebenswert, durch Selbstbeteiligung, leistungsbezogene Zuzahlungen oder die Übernahme kleiner Arztrechnungen meinen Beitrag direkt zu beeinflussen?
- Bin ich bereit, mit meinen Ärzten/Zahnärzten auch über Behandlungskosten zu sprechen?
- Will ich für ein Mehr an Leistungen auch mehr bezahlen?
- Bestehen gesundheitliche Einschränkungen, Behinderungen oder andere risikoreiche Faktoren?
- Sind deswegen Leistungseinschränkungen oder Beitragszuschläge zu erwarten und akzeptabel?
- Gibt es Familienangehörige, die in der PKV einen eigenen Beitrag entrichten müssten, oder ist dies in der Zukunft zu erwarten (Familienplanung)?



Quelle: PKV-Verband

Wichtig sind der Familienstand und die Familienplanung. Die Annahme, ein Wechsel in die PKV sei nur für Singles oder doppelt verdienende Ehepaare sinnvoll, ist in dieser Allgemeinheit nicht zutreffend. Natürlich spielt die Familienplanung eine wichtige Rolle: Ehepaare, die mehrere Kinder haben bzw. wollen, werden eher dazu neigen, in der GKV zu bleiben, vor allem dann, wenn nur ein Partner das Einkommen erzielt. Aber auch in diesen Fällen kommt es auf die Einkommenshöhe an, also darauf, ob man sich den individuellen privaten Versicherungsschutz für die ganze Familie leisten kann.

Zu beachten ist, dass der Eintrittsbeitrag in der PKV vom erreichten Lebensalter und dem individuellen Gesundheitszustand abhängig ist. Eine allzu lange Verschiebung der Entscheidung macht einen späteren Wechsel teuer oder schließt ihn sogar ganz aus.

Für Frauen, die einen Wechsel beabsichtigen, können sich spezielle Fragen zu Mutterschaftsgeld, Elternzeit oder auch zur Zahlung von Krankentagegeld während einer Schwangerschaft ergeben.

Auch die Frage, ob eine Rückkehr zur GKV möglich ist, spielt bei der Entscheidung über einen Wechsel eine Rolle. Die Rückkehrmöglichkeiten in die GKV sind mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz weiter reduziert worden. Ab einem Alter von 55 Jahren kann eine Rückkehr nur dann erfolgen, wenn in den zurückliegenden fünf Jahren mindestens für zweieinhalb Jahre eine Mitgliedschaft in der GKV bestand. Selbst wenn der PKV-Versicherte wieder eine versicherungspflichtige Tätigkeit aufnehmen würde oder durch Absinken seines Einkommens unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze „rutscht“, ist eine Rückkehr in die GKV nicht mehr möglich.

Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) haben seit dem 01.01.2009 keine Rückkehrmöglichkeit in die GKV, wenn sie vor Bezug des Arbeitslosengelds privat krankenversichert waren (Beim Bezug von ALG I tritt Versicherungspflicht in der GKV ein).

Die Finanzierbarkeit der Beiträge im Alter ist auch heute noch ein wichtiges Thema. Durch irreführende Medienaussagen sind viele Interessenten verunsichert und haben Angst, die Beiträge im fortgeschrittenen Alter nicht mehr bezahlen zu können.

Die Fragen nach der Rückkehr und Finanzierbarkeit der Beiträge im Alter haben jedoch die Brisanz verloren, weil die Position der PKV-Versicherten durch Maßnahmen der PKV und durch den Gesetzgeber verbessert worden ist.

Der Standardtarif und der Basistarif sind geschaffen worden, um einkommensschwachen Privatversicherten eine Reduzierung ihrer Beiträge auf ein tragbares Maß zu ermöglichen.

### >> 8.2 Entscheidungskriterien für ein Unternehmen/Produkt

Die Entscheidung für ein bestimmtes PKV-Unternehmen ist sehr individuell und nicht nur von einem Kriterium abhängig. Um die richtige Wahl zu treffen, sind eine Fülle von Informationen erforderlich, z. B. über die wirtschaftliche Substanz und Leistungsfähigkeit eines Unternehmens zur dauernden Erbringung des lebenslangen Leistungsversprechens der PKV.

Dabei spielen unternehmensbezogene Qualitätsmerkmale eine Rolle, z. B.:

- Unternehmensform (VAG oder AG)
- Abhängigkeiten von anderen Unternehmen/Konzernen
- Klare Antragsfragen und Transparenz
- Konsequente Risikoprüfung
- Tarifpolitik – gradlinige Ausrichtung (z. B. keine Paralleltarife, Ein- oder Mehrtarifwerk)
- Unternehmenskennzahlen

Außerdem sind tarifbezogene Leistungsmerkmale zu berücksichtigen, wie z. B.:

- Offener Heilmittelbegriff
- Freie Arztwahl (kein Primärarztprinzip)
- Hilfsmittel ohne katalogmäßige Begrenzung – d. h. Mitversicherung zukünftiger Entwicklungen (offener Hilfsmittelkatalog)
- Alternativmedizin ohne medizinwissenschaftliche Diskussion
- Flexibilität in allen Lebensphasen durch Optionen
- Belohnung von kostenbewusstem Verhalten durch tariflich garantierte Pauschalleistung oder Beitragsrückerstattungen

**Der ehemalige PKV-Ombudsmann Arno Surminski sagt zu diesem Thema:**

**Wer sind die besten Krankenversicherer?**

*„Feste Kriterien für die Bewertung von Krankenversicherern und ihren Angeboten gibt es heute nicht. Nicht die besten Krankenversicherer lassen sich herausfiltern, wohl aber lassen sich Negativmerkmale benennen, die bei der Bewertung zu berücksichtigen wären. Einige Merkmale seien im Folgenden genannt:*

- *Man sollte bei Neueintritt nicht vorrangig auf den Beitrag achten, also keinesfalls den billigsten Versicherer suchen, weil dort das Risiko sehr groß ist, dass der Preisvorteil später mit hohen Beitragssteigerungen bezahlt werden muss.*
- *Unternehmen, die mit hohen Kostensätzen (Abschluss- und Verwaltungskosten) arbeiten, sind weniger empfehlenswert.*
- *Versicherer, die keine Beitragsrückerstattung bei schadenfreiem Verlauf ausschütten, sind ungünstig zu beurteilen.*

- *Ein PKV-Unternehmen mit einer niedrigen Überschussquote, mit unterdurchschnittlichen Kapitalerträgen und geringen Mitteln im Fonds für Beitragsrückerstattung wäre weniger empfehlenswert.*
- *Unternehmen, die in Fusionsverhandlungen stehen, sollte man sich nicht anschließen. Fusionen kosten viel Geld. Das geht zulasten der Versicherten. Außerdem gibt es bei Fusionen immer einen Verlierer.“*





## Anhang

## &gt;&gt; 9.1 Übersicht zur kostenlosen Mitversicherung von Kindern (Familienversicherung)

Es gibt unterschiedliche Regelungen, je nachdem, ob die Eltern gesetzlich oder privat versichert sind, wer von beiden mehr verdient und ob das Einkommen oberhalb oder unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) für 2016 = 56.250,00 EUR = 12 x 4.687,50 EUR Euro liegt.

## Beispiele zur Familienversicherung

1)	Elternteil	1. berufstätig, Einkommen	GKV-Mitglied
		2. nicht berufstätig, kein Einkommen	Familienversicherung in der GKV bei 1.
	Kind	nicht berufstätig, kein Einkommen	Familienversicherung in der GKV bei 1.
2)	Elternteil	1. berufstätig, Einkommen 3.000,00 EUR	GKV-Mitglied, z. B. BEK pflichtversichert
		2. berufstätig, Einkommen 2.000,00 EUR	GKV-Mitglied, z. B. AOK pflichtversichert
	Kind	nicht berufstätig, kein Einkommen	Familienversicherung kann bei 1. oder 2. frei gewählt werden
3)	Elternteil	1. berufstätig, Einkommen über 4.687,50 EUR	PKV-Mitglied
		2. berufstätig, Einkommen 2.180,00 EUR	GKV-Mitglied
	Kind	nicht berufstätig, kein Einkommen	kein Anspruch auf Familienversicherung, deshalb eigene GKV-Mitgliedschaft, alternativ Privatversicherung
4)	Elternteil	1. berufstätig, Einkommen unter 4.687,50 EUR	PKV-Mitglied
		2. berufstätig, Einkommen 2.600,00 EUR	GKV-Mitglied, pflichtversichert
	Kind	nicht berufstätig, kein Einkommen; ein Elternteil zwar PKV versichert und höheres Einkommen, aber unterhalb der JAEG; daher hat der Elternteil mit dem niedrigeren Einkommen für das Kind Anspruch auf Familienversicherung in der GKV	Familienversicherung in der GKV bei 2.
5)	Elternteil	1. berufstätig, Einkommen 4.700,00 EUR	PKV-Mitglied
		2. berufstätig, Einkommen 5.000,00 EUR	GKV-Mitglied, freiwillig
	Kind	nicht berufstätig, kein Einkommen; ein Elternteil zwar PKV versichert mit Einkommen über JAEG, aber niedrigeres Einkommen als der freiwillig GKV versicherte andere Elternteil; daher hat das Kind Anspruch auf Familienversicherung beim GKV versicherten Elternteil	Familienversicherung in der GKV bei 2.
6)	Elternteil	1. berufstätig, Einkommen 1.500,00 EUR	GKV-Mitglied
		2. berufstätig, Einkommen 1.300,00 EUR	GKV-Mitglied
	Kind	Einkommen > 405,00 EUR (z. B. aus Kapitalvermögen, aus Vermietung/ Verpachtung)	bei Einkommen über 405,00 EUR kein Anspruch auf Familienversicherung. Ausnahme: geringfügige Beschäftigung bis 450,00 EUR monatlich somit eigene GKV-Mitgliedschaft (GKV-Mindestbeitrag monatlich mindestens aus 1/3 der mtl. Bezugsgröße = Beitrag i. H. v. ca. 140,00 EUR)



## >> 9.2 Neuregelung – Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Frühere Regelung (seit 1993)

Personen, die in der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens 9/10 dieses Zeitraums in einer GKV **pflichtversichert** waren, hatten die Zugangsvoraussetzungen für die KVdR erfüllt. Das bedeutet, dass für die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge nur die gesetzliche Rente voll und **eine Betriebsrente zur Hälfte** berücksichtigt wurden.



Regelung seit 01.04.2002 (Wiederherstellung des Rechtszustandes des Jahres 1992)

Die Zugangsvoraussetzungen zur KVdR sind bereits dann erfüllt, wenn in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens 9/10 dieses Zeitraums Versicherungsschutz in einer GKV bestand. Die Art der Versicherung (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, **Familienversicherung**) ist dabei unerheblich. Für die Berechnung der Beiträge wird die gesetzliche Rente voll und **eine Betriebsrente nur zur Hälfte** berücksichtigt. Sonstige Einnahmen, wie z. B. Mieteinkünfte oder Zinserträge, bleiben unberücksichtigt.



Regelung seit 01.01.2004

Durch das GMG zahlen auch KVdR-Rentner den vollen Beitragssatz auf die Betriebsrente.

## >> 9.3 Checkliste zur Ermittlung des Jahresarbeitsentgelts

Entgeltarten	anzurechnen	Nicht anzurechnen
Bereitschaftsdienstvergütung	X	
Erschwerniszulage	X	
tatsächliche Fahrtkosten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte	X	
Familienzuschläge		X
Gewinnbeteiligung	X	
Jubiläumswendung		X
Schicht-, Schmutzzulage etc.	X	
tatsächliche Überstundenzahlung		X
pauschale Überstundenzahlung	X	
Urlaubsgeld	X	
Weihnachtsgeld	X	
Belegschaftsrabatt		X
vermögenswirksame Leistung	X	
Verbesserungsvorschläge		X

Bei allen Entgeltarten ist Voraussetzung für ihre Anrechnung, dass sie regelmäßig gezahlt werden.

## >> 9.4 Beamte und Heilfürsorgeberechtigte

### 9.4.1 Beihilfe und Versicherungspflicht

Seit dem 01.01.2009 besteht auch für Beamte Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung. Das bedeutet, dass der durch die Beihilfe nicht gedeckte Teil der Krankheitskosten durch eine entsprechende private Krankenversicherung abgesichert sein muss. Bei einem Beihilfebemessungssatz von z. B. 50 % muss daher eine zusätzliche private Krankenversicherung mit einer 50-prozentigen Erstattungsverpflichtung abgeschlossen werden.

Insoweit gilt die Besitzstandsregelung gemäß § 193 Abs. 3 VVG: Wenn der PKV-Vertrag bereits vor dem 01.04.2007 abgeschlossen war, gilt dieser (unzureichende) Versicherungsschutz als ausreichend im Sinne der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung.

Beihilfeberechtigte, die aufgrund von Vorerkrankungen PKV-Schutz nicht zu zumutbaren Bedingungen abschließen können, haben zwei Möglichkeiten:

- Entweder machen sie von der dauernden Öffnungsaktion für Beihilfeberechtigte in der PKV Gebrauch. Diese sieht vor, dass Beihilfeberechtigte ein Zugangsrecht zu den Beihilfetarifen der teilnehmenden PKV-Unternehmen haben, wobei ein maximaler Risikozuschlag von 30 % erhoben werden darf.

- Alternativ können sie sich im Basistarif versichern und von der Höchstbeitragsgarantie profitieren. Die Erhebung eines Risikozuschlags ist insoweit ausgeschlossen. Der Nachteil wäre aber, dass der Beihilfeberechtigte dann bei Arzt-/Zahnarztbehandlungen nur den Status eines Basistarifversicherten hat.

#### 9.4.2 Umfang der Beihilfeberechtigung

Die Beihilfeberechtigung gilt nicht nur für den Beamten selbst, sondern grundsätzlich auch für seine Familienangehörigen. Soweit auch ihnen ein Beihilfeanspruch zusteht, gelten sie als berücksichtigungsfähige Angehörige. Für Ehegatten gilt dieser Anspruch in der Regel dann, wenn ein bestimmtes Jahreseinkommen nicht überschritten wird. Für Bundesbeihilfeberechtigte beträgt dieses beispielsweise 17.000,00 Euro im 2. Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe. Kinder sind in der Regel bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs in die Beihilfeberechtigung eingeschlossen, wenn gleichzeitig ein Anspruch auf Zahlung von Kindergeld besteht.

Die Zusage eines bestimmten prozentualen Beihilfeanspruchs bedeutet nicht, dass der Beihilfeberechtigte auch sämtliche anfallenden Krankheitskosten in diesem Umfang von der Beihilfe erstattet bekommt. In den jeweiligen Beihilfevorschriften wird detailliert beschrieben, welche Leistungen von der Beihilfe als erstattungsfähig anerkannt werden. Im Sprachgebrauch der Beihilfe wird dann von den sogenannten „beihilfefähigen Aufwendungen“ gesprochen. So haben die Beihilfevorschriften des Bundes und größtenteils auch der Länder die Leistungskürzungen der GKV ganz oder teilweise auf die Beihilfe übertragen. Kosten für Brillen und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind zum großen Teil nicht mehr erstattungspflichtig. Bei Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln müssen analog den GKV-Regelungen Zuzahlungen geleistet werden. Auch die Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung, Zwei-Bett-Zimmer) werden nicht von allen Beihilfevorschriften als beihilfefähige Aufwendungen anerkannt. In diesen Fällen sind die Beihilfeberechtigten gehalten, zusätzlich zu ihrem prozentualen PKV-Schutz spezielle Zusatztarife abzuschließen, die die von der Beihilfe nicht gedeckten Kosten entsprechend absichern.

>> 9.5 Übertrittsmöglichkeiten aus der GKV in die PKV

Beispiele:

	Laufendes Jahr	Folgejahr (voraussichtl.)	Übertrittsbedingungen:
A)	freiwillig GKV-versichert	Einkommen über der JAEG	Ein Übertritt zur PKV ist jederzeit möglich, Kündigungsfristen der GKV beachten.
B)	freiwillig GKV-versichert	Einkommen unter der JAEG (von JAEG eingeholt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Übertritt zur PKV im laufenden Jahr möglich; wenn Einkommen im Folgejahr von JAEG eingeholt wird, innerhalb von 3 Monaten Befreiungsantrag bei der zuständigen Krankenkasse stellen um PKV-versichert zu bleiben, ansonsten Beginn der GKV-Pflicht.</li> </ul>
C)	zunächst GKV-pflichtversichert / im Laufe des Jahres wird die JAEG überschritten	Einkommen über der JAEG	<p>Die Versicherungspflicht endet am 31.12. (§ 6 Abs. 4 SGBV)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Automatische Fortsetzung der Mitgliedschaft in der GKV als freiwilliges Mitglied, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird (§ 188 Abs. 4 SGBV)</li> <li>■ PKV-Mitgliedschaft möglich</li> </ul>
D)	zunächst GKV-pflichtversichert / im Laufe des Jahres selbstständig	Selbstständig	<p>Die Versicherungspflicht endet mit Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Automatische Fortsetzung der Mitgliedschaft in der GKV als freiwilliges Mitglied, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird (§ 188 Abs. 4 SGBV)</li> <li>■ PKV-Mitgliedschaft möglich</li> </ul>
E)	zunächst freiwillig GKV-versichert / im Laufe des Jahres selbstständig	Selbstständig	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Übertritt zur PKV jederzeit möglich, Kündigungsfristen beachten</li> <li>■ Kann als freiwilliges Mitglied in der GKV bleiben</li> </ul>
F)	Selbstständig, bis 31.03.2007 nicht versichert / ab 01.04.2007 GKV-pflichtversichert, da früher GKV-Mitglied	Selbstständig	Übertritt zur PKV jederzeit möglich (SGB V, § 190 Absatz 13)

## Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)

### § 5 SGB V Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur Darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,
- 11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend.
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,
13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
  - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
  - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(4a) Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach

der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) nicht belegt

(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

## § 6 SGB V Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,
  - 1a. abweichend von Nummer 1 nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Geltungsbereich dieses Gesetzbooks haben,
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,
3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
4. Geistliche der als öffentlich-rechtlichen anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,
8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, wenn sie ihren Rentenanspruch nur aus der Versicherung dieser Personen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben.

(3) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

(4) Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. Dies gilt nicht, wenn das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Rückwirkende Erhöhungen des Entgelts werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.

(5) (weggefallen)

(6) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45 900 Euro. Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41 400 Euro. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) Der Ausgangswert für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004 beträgt für die in Absatz 6 genannten Arbeiter und Angestellten 45 594,05 Euro und für die in Absatz 7 genannten Arbeiter und Angestellten 41 034,64 Euro.

(9) (weggefallen)

### § 7 SGB V Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung

(1) Wer eine geringfügige Beschäftigung nach §§ 8, 8a des Vierten Buches ausübt, ist in dieser Beschäftigung versicherungsfrei; dies gilt nicht für eine Beschäftigung

1. im Rahmen betrieblicher Berufsbildung,
2. nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz.

§ 8 Abs. 2 des Vierten Buches ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß eine Zusammenrechnung mit einer nicht geringfügigen Beschäftigung nur erfolgt, wenn diese Versicherungspflicht begründet.

(2) Personen, die am 31. März 2003 nur in einer Beschäftigung versicherungspflichtig waren, die die Merkmale einer geringfügigen Beschäftigung nach den §§ 8, 8a des Vierten Buches erfüllt, und die nach dem 31. März 2003 nicht die Voraussetzungen für eine Versicherung nach § 10 erfüllen, bleiben in dieser Beschäftigung versicherungspflichtig. Sie werden auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit. § 8 Abs. 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Zeitpunkts des Beginns der Versicherungspflicht der 1. April 2003 tritt. Die Befreiung ist auf die jeweilige Beschäftigung beschränkt.

### § 8 SGB V Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 Satz 2 oder Abs. 7,
  - 1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,
2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder nach § 1 Abs. 6 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes während der Elternzeit; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Elternzeit,
  - 2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer einer Freistellung oder die Dauer der Familienpflegezeit,
3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluß an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt, sowie für Beschäftigte, die im Anschluß an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde; Voraussetzung ist ferner, daß der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit



oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeitgesetzes werden angerechnet,

4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 oder 12),
5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10),
6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8).

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(3) Personen, die am 31. Dezember 2014 von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 2a befreit waren, bleiben auch für die Dauer der Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung befreit. Bei Anwendung des Absatzes 1 Nummer 3 steht der Freistellung nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes die Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung gleich.

## § 9 SGB V Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland oder bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung ihrer Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,
7. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gelten 360 Tage eines Bezugs von Leistungen, die nach § 339 des Dritten Buches berechnet werden, als zwölf Monate.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 68 des Neunten Buches,
5. im Falle des Absatzes 1 Nummer 5 nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung der Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation.

(3) Kann zum Zeitpunkt des Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung nach Absatz 1 Nr. 7 eine Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes nicht vorgelegt werden, reicht als vorläufiger Nachweis der vom Bundesverwaltungsamt im Verteilungsverfahren nach § 8 Abs. 1 des Bundesvertriebenengesetzes ausgestellte Registrierschein und die Bestätigung der für die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes zuständigen Behörde, dass die Ausstellung dieser Bescheinigung beantragt wurde.

### § 10 SGB V Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31. Dezember 2013 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

### § 241 SGB V Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

**§ 242 SGB V Zusatzbeitrag**

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragsatz). Der Zusatzbeitragsatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz 2 je Mitglied zugrunde zu legen.

(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragsatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragsatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) bis (5) nicht abgedruckt

**§ 242a SGB V Durchschnittlicher Zusatzbeitragsatz**

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert in Prozent jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

**§ 243 SGB V Ermäßigter Beitragsatz**

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragsatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4a. Der ermäßigte Beitragsatz beträgt 14,0 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

**§ 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte**

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragsatzes nach § 241 und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Beschäftigte, die bei Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, tritt an die Stelle des Beitragsatzes nach § 241 der Beitragsatz nach § 243. Soweit Kurzarbeitergeld bezogen wird, ist der Beitragszuschuss in Höhe des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; für die Berechnung gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragsatz nach § 241. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
  2. einen Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
- 2a. sich verpflichtet, Interessenten vor Abschluss der Versicherung das amtliche Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auszuhändigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt,

3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) u. (2c) (weggefallen)

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Bezieher von Vorruhestandsgeld zu tragen hätte. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 2 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 243 und des Vorruhestandsgeldes bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3) als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

## Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

### § 152 VAG Basistarif

(1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Altersrückstellungen gebildet und
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

(2) Der Versicherer ist verpflichtet, folgenden Personen eine Versicherung im Basistarif zu gewähren:

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 und 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügt,

3. allen Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ergänzenden Versicherungsschutz benötigen, sowie
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde.

Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder bei einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes nicht verlangt werden. Der Antrag nach Satz 1 muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Absatz 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(3) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht.

(4) Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Absatz 3 Satz 1 oder 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 1 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 1 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

(5) Die Beiträge für den Basistarif ohne die Kosten für den Versicherungsbetrieb werden auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle beteiligten Unternehmen ermittelt.

## Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### § 193 VVG Versicherte Person; Versicherungspflicht

Absätze 6 – 9 (= Notlagentarif)

(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.

(2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(4) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen. Wird der Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 2013 beantragt, ist kein Prämienzuschlag zu entrichten. Dies gilt für bis zum 31. Juli 2013 abgeschlossene Verträge für noch ausstehende Prämienzuschläge nach Satz 1 entsprechend.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
  - a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
  - b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die

Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 % des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 % der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

(8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrages im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 12h Absatz 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.

(9) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

(10) Hat der Versicherungsnehmer die Krankenversicherung auf die Person eines anderen genommen, gelten die Absätze 6 bis 9 für die versicherte Person entsprechend.

(11) Bei einer Versicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann das Versicherungsunternehmen verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, wenn und solange ein Versicherter auf die Halbierung des Beitrags nach § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes angewiesen ist.

## § 204 VVG Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
  - a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
  - b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;  
ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;
- 2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
  - a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
  - b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

(3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.

(4) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

### § 205 VVG Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankentagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienenerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken, und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne



versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

### § 206 VVG Kündigung des Versicherers

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

(3) Wird eine Krankheitskostenversicherung oder eine Pflegekrankenversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, sind die versicherten Personen berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären; die Prämie ist ab Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu leisten. Die versicherten Personen sind vom Versicherer über die Kündigung und das Recht nach Satz 1 in Textform zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von diesem Recht erlangt hat.

(4) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrags, der Schutz gegen das Risiko Krankheit enthält, durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen die Krankenversicherung unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können. Absatz 3 Satz 2 und 3 ist entsprechend anzuwenden.



## A

Allgemeiner Beitragssatz 44  
 Alterslast 13  
 Alterungsrückstellung 14, 49, 50, 60  
 Alterungsrückstellungen 67, 69  
 Äquivalenzprinzip 47  
 Arbeitgeberbeitrag 44  
 Arbeitgeberzuschuss 50  
 Arbeitslosigkeit 51  
 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz  
 (AMNOG) 27  
 Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) 27

## B

Basistarif 39, 53, 54, 61  
 Beamte 38, 82  
 Beihilfe 38, 82  
 Beitrag 14  
 Beiträge 42  
 Beiträge in der PKV 47  
 Beitragsanpassungen (BAP) 50  
 Beitragsentlastungsangebote 61  
 Beitragsentlastungsgesetz 25  
 Beitragsentlastungsprogramm 51  
 Beitragskalkulation 47, 49  
 Beitragsrückerstattung 15  
 Beitragsrückerstattungen 14  
 Beitragssatz 43  
 Beitragssystem 13  
 Beitragszuschuss 50, 51  
 Bindefristen 64  
 Bonusprogramme 64  
 Bonussysteme 14  
 Bürgerentlastungsgesetz 51  
 Bürgerentlastungsgesetz  
 Krankenversicherung 27  
 Bürgerversicherung 7

## D

Dreijahresfrist 30

## E

Ermäßigter Beitragssatz 44

## F

Familienversicherte 36  
 Familienversicherung 17, 45, 80  
 Finanzierung der Beiträge 58

Finanzierung der Krankenversicherung 59  
 Finanzierungsverfahren 13  
 Freiberufler 37, 44  
 freiwillig Versicherte 35, 44  
 Freiwillig versicherte Rentner 58

## G

Gesetzliche Rentenversicherung 58  
 Gesetzlicher Zuschlag 60  
 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs 10  
 Gesundheitsausgaben 10  
 Gesundheitsfonds 42, 43, 64  
 Gesundheitsreform 2000 26  
 Gesundheitsreformgesetz 25  
 Gesundheitsreformgesetze 25  
 Gesundheits-Strukturgesetz 25  
 Gesundheitssystem 31  
 Gesundheitsversorgung 24  
 GKV-Finanzierungsgesetz 27, 30  
 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 26  
 GKV-Neuordnungsgesetz 26  
 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz  
 (GKV-WSG) 10, 14, 26, 30, 50  
 Grundleistungen 30  
 Günstigerprüfung 52

## H

Härtefallregelung 45  
 Haushaltsbegleitgesetz 25  
 Heilfürsorge 38  
 Heilfürsorgeberechtigte 38, 82  
 Höherverdienende Arbeitnehmer 37

## J

Jahresarbeitsentgeltgrenze 37

## K

Kapitaldeckungsverfahren 13  
 Kinder 38  
 Kinderfreibetrag 46  
 Kontrahierungszwang 37, 54  
 Kooperationen 65  
 Kostenerstattung 16, 64  
 Kostenerstattungsprinzip 12  
 Krankenversicherung der Rentner (KVdR) 36  
 Krankenversicherungsbeitragsanteil-  
 Ermittlungsverordnung (KVBEVO) 52

### L

Leistungssystem 14

### M

Mitgliedschaft in der GKV 34

Mitgliedschaft in der PKV 37

### N

Nichtversicherte 36

Notlagentarif 55

### O

Optionstarife 14

### P

Partnerschaften zwischen GKV und PKV 65

Pauschalleistung 15

Pauschalleistungen 14

Personengruppen 34

Pflege-Neuorientungs-Gesetz (PNG) 28

Pflegepflichtversicherung 70

Pflichtversicherte 12, 34

Pflicht zur Versicherung 37

Provisionsregelung 70

### R

Rechnungszins 49

Rentner 45, 58

Rückerstattungsmodelle 14

### S

Sachleistungsprinzip 12, 16

Selbstbeteiligungen 14

Selbstständige 37, 44

Sicherungsmaßnahmen 53

Solidaritätsprinzip 42

Solidaritätsstärkungsgesetz 26

Sonderausgabenabzug 52

Standardtarif 53, 61

Studenten 45

Systemunterschied 10, 12

### T

Tarifleistungen 49

Tarifliche Selbstbeteiligungen 15

### U

Übertragungswert 69, 70

Umlageverfahren 15

Umtarifierungsangebote 61

### V

Versicherungsfreie Gesellschafter/  
Geschäftsführer 39

Versicherungspflichtgrenze 30

Versicherungspflichtige Arbeitnehmer 44

Versicherungspflichtige Rentner (KVdR) 58

Versorgungsbezüge 58

Vollversicherte 12

Vorgezogene Pauschalerstattung 15

### W

Wahltarife 14, 64

Wettbewerb 66

Wettbewerbsstärkungsgesetz 68

### Z

Zusatzbeitrag 43

Zusatzbeiträge 64

Zusatzleistungen 30







Continental Krankenversicherung a.G.  
pkv-ratgeber

Ruhrallee 92  
44139 Dortmund  
[www.pkv-ratgeber.de](http://www.pkv-ratgeber.de)