

Expertenbroschüre

Vergleich der Systeme GKV und PKV

Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte



 PKV RATGEBER

Ausgabe
2018

Impressum

pkv-ratgeber

9. Auflage, August 2018

Herausgeber: © 2018 Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Expertenbroschüre

Vergleich der Systeme GKV und PKV

Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte

Inhalt >>

Vorwort	8
I Vergleich der Systeme GKV und PKV	11
1 Systemunterschiede GKV und PKV	11
1.1 Systemunterschiede	13
1.2 Beitragssystem der GKV und der PKV	14
1.3 Leistungssystem GKV bzw. PKV	15
1.4 Förderung von Eigenverantwortung in der GKV	16
1.5 Förderung von Eigenverantwortung in der PKV	16
1.6 Geltungsbereich	17
1.7 Art der Leistungserbringung	17
1.8 Familienversicherung/Einzelversicherung	19
2 Gemeinsamkeiten von GKV und PKV	20
2.1 Allgemeine Krankenhausleistungen	20
2.2 Arzneimittel-Rabatte	20
2.3 Pflegepflichtversicherung	21
3 Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber	22
3.1 GKV und PKV als Träger der deutschen Krankenversicherung	22
3.2 Gesundheitsreformgesetze	23
3.3 Zukünftige Problemlösungsansätze der Politik	27
3.3.1 Ausweitung der Bemessungsgrundlage der GKV	27
3.3.2 Versicherungspflichtgrenze	28
3.3.3 Einschränkung der Leistungen (Grundleistungen/Zusatzleistungen)	29
4 Zuordnung der Personengruppen in die Systeme	30
4.1 Mitgliedschaft in der GKV	30
4.1.1 Pflichtversicherte	30
4.1.2 Freiwillig Versicherte	31
4.1.3 Familienversicherte	32
4.1.4 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)	32
4.1.5 Nichtversicherte	33
4.2 Mitgliedschaft in der PKV	33
4.2.1 Höherverdienende Arbeitnehmer	33
4.2.2 Selbstständige und Freiberufler	33
4.2.3 Beamte und Heilfürsorgeberechtigte	34
4.2.4 Versicherungsfreie Gesellschafter/Geschäftsführer	35
4.2.5 Von der Versicherungspflicht in der GKV befreite Personen	35
5 Gestaltung der Beiträge	36
5.1 Beiträge in der GKV	36
5.1.1 Berechnung der Beiträge	37
5.1.2 Beitragssatz	37
5.1.3 Beitragspflichtige Einnahmen	39

5.1.4	Beitragszeit	39
5.1.5	Studenten	40
5.1.6	Rentner	40
5.1.7	Beitrag für nicht Erwerbstätige	40
5.2	Beiträge in der PKV	41
5.2.1	Faktoren der Beitragskalkulation	42
5.2.2	Demografieresistente Beitragskalkulation	44
5.2.3	Bedeutung des Rechnungszinses für die Beitragskalkulation	44
5.2.4	Beitragsanpassungen	44
5.2.5	Mitgabe der Alterungsrückstellung	45
5.2.6	Beitragszuschuss zur PKV durch den Arbeitgeber	45
5.2.7	Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung durch den Arbeitgeber	45
5.2.8	Beitragszuschuss bei Arbeitslosigkeit	46
5.2.9	Bürgerentlastungsgesetz	46
5.2.10	Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung (KVBEVO)	47
5.3	Sicherungsmaßnahmen in der PKV	47
5.3.1	Standardtarif	47
5.3.2	Basistarif	48
5.3.3	Notlagentarif	49
6	Finanzierung der Beiträge im Alter	51
6.1	Versicherungspflichtige Rentner in der GKV (KVdR)	51
6.2	Freiwillig versicherte Rentner in der GKV	51
6.3	Privat krankenversicherte Rentner	52
6.4	Pensionäre	52
6.5	Finanzierung der Krankenversicherung im Alter in der GKV	52
6.6	Finanzierung der Krankenversicherung im Alter in der PKV	53
7	Wettbewerb der Systeme	56
7.1	Wettbewerb innerhalb der GKV	56
7.1.1	Wahltarife in der GKV	56
7.1.2	Kooperationen bzw. Partnerschaften zwischen GKV und PKV	57
7.2	Wettbewerb GKV/PKV	58
7.3	Wettbewerb innerhalb der PKV	60
7.3.1	Übertragungswert in der Krankenvollversicherung	61
7.3.2	Übertragungswert in der privaten Pflegepflichtversicherung	62
7.3.3	Provisionsregelung	62
8	Ein sinnvoller Wechsel	64
8.1	Kriterien für einen Wechsel von der GKV zur PKV	64
8.2	Entscheidungskriterien für ein Unternehmen/Produkt	66

II Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte	68
1 Orientierung für GKV-Versicherte	68
1.1 Träger der GKV	68
1.2 Situation und Entwicklung der GKV	69
1.3 Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen	72
1.4 Krankenkassenwahlrecht	74
1.5 Leistungsdifferenzierungen in der GKV	74
1.6 Wahltarife in der GKV	76
1.6.1 Pflichtangebote der Krankenkassen	76
1.6.2 Die freiwilligen Angebote der Krankenkassen	77
1.6.3 Bindungsfristen	78
1.6.4 Kurzübersicht über Wahltarife und Bindungsfristen in der GKV	78
1.6.5 Wahltarife für GKV-Versicherte – eine sinnvolle Alternative?	79
2 Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten	80
2.1 Unverzichtbare Ergänzungsversicherungen	81
2.1.1 Auslandsreiseschutz	81
2.1.2 Zahnersatz	81
2.1.3 Stationäre Behandlung und freie Arztwahl im Krankenhaus	83
2.1.4 Freie Krankenhauswahl	83
2.1.5 Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit	84
2.1.6 Vermögenssicherung im Pflegefall	86
2.2 Sinnvolle Ergänzungsversicherungen	90
2.2.1 Vorsorgeuntersuchungen	90
2.2.2 Naturheilverfahren/Heilpraktiker	90
2.2.3 Zuzahlungen	91
2.2.4 Brillen/Kontaktlinsen	92
2.3 Rückerstattungsmodelle in der Ergänzungsversicherung	92
2.4 Optionstarife	92
3 Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen	94
3.1 Persönliche Bedeutung von Zusatzschutz	94
3.2 Zusatzschutz für einzelne Zielgruppen	96
3.3 Beitragskalkulation in der Ergänzungsversicherung	97
3.4 Marktentwicklung der Zusatzversicherung	98
3.5 Kooperationen bzw. Partnerschaften zwischen der GKV und der PKV	101

Anhang	103
1 Übersicht zur kostenlosen Mitversicherung von Kindern (Familierversicherung)	103
2 Neuregelung – Krankenversicherung der Rentner (KVdR)	104
3 Checkliste zur Ermittlung des Jahresarbeitsentgelts	104
4 Beamte und Heilfürsorgeberechtigte	105
4.1 Beihilfe und Versicherungspflicht	105
4.2 Umfang der Beihilfeberechtigung	105
5 Übertrittsmöglichkeiten aus der GKV in die PKV	106
6 Kündigungsfristen beim Kassenwechsel	107
Stichwortverzeichnis	108

Vorwort

>> Ziele der Expertenbroschüre

Die Expertenbroschüre beschäftigt 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 Broschüre wendet sich an die Zielgruppe der Versicherungsvermittler. Sie stellt die Situation unseres Gesundheitswesens sowie dessen Zukunftsperspektiven dar. Darüber hinaus gibt sie Hilfestellung für die qualifizierte Beratung zur Absicherung des existenziellen Risikos extremer Krankheitskosten und zur Sicherstellung einer optimalen Versorgung im Krankheitsfall. Dies geschieht unabhängig davon, ob es sich um einen Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung zur privaten Krankenversicherung oder um einen Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung handelt.

Hiermit wird die 9. Auflage der Expertenbroschüre vorgelegt, die sich über die Jahre hinweg als sehr wertvolle Informationsschrift bewährt hat. Mit dieser Auflage werden die Inhalte, der bisher in zwei separaten Broschüren abgebildeten Themen, in einer Broschüre dargestellt. Daten und Fakten wurden - wie regelmäßig in den Vorjahren aktualisiert. Darüber hinaus sind auf einigen Seiten QR-Codes abgebildet. Scannen Sie diese mit Ihrem mobilen Endgerät (z. B. Smartphone oder Tablet) um auf die jeweiligen gesetzlichen Grundlagen zuzugreifen.

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. Klaus-Dirk Henke, Prof. Dr. Bernd Hof, Prof. Dr. Norbert Klusen, Prof. Dr. Georg Marckmann, Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Dr. Marc Surminski und Prof. Dr. Jürgen Wasem zusammen.

>> Vorbemerkung zur 9. Auflage der Expertenbrochüre

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 Wahltarifen 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.

Mit seinem Urteil vom 10.06.2009 hat das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber den Rahmen für Reformen des dualen Krankenversicherungssystems aufgezeigt. Das Gericht hat zwar die Verfassungsbeschwerde von PKV-Unternehmen zurückgewiesen. Aber es hat auch in der Urteilsbegründung 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 einigen 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 unter anderem darauf hinweisen, dass sie für die Bewältigung des Demografieproblems mit ihrem Kapitaldeckungsverfahren die bessere Lösung hat.

Demgegenüber steht die GKV vor dem Problem, dass Rentner Beiträge entrichten, die bei weitem nicht kostendeckend sind. Einer steigenden Zahl von Rentnern, die zudem immer älter werden, steht eine gleichzeitig abnehmende Zahl von Erwerbstätigen gegenüber, die die höheren Krankheitskosten von Rentnern finanzieren sollen. Damit steuert die GKV auf eine Finanzierungslücke zu, die unweigerlich eine Erhöhung der Beiträge zur Folge haben wird. Nicht unerwähnt bleiben darf auch der überproportionale Finanzierungsanteil der PKV (in 2016 ca. 12 Mrd. EUR), der bei einer Abschaffung der PKV anderweitig kompensiert werden müsste.

Erfreulicherweise hat die in 2013 gewählte Bundesregierung keine negativen Festlegungen betreffend die PKV beschlossen. Auch die aus der Bundestagswahl vom September 2017 hervorgegangene Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag keine Vereinbarungen getroffen, die das Geschäftsmodell der PKV in Frage stellen. Gleichwohl kann nicht ausgeschlossen werden, dass künftig immer wieder Vorstöße unternommen werden, mit denen der PKV Marktanteile genommen werden. Das vom Senat der Hansestadt eingeführte „Hamburger Modell“, gemäß dem Beamte statt der Beihilfe einen KV-Zuschuss zur GKV oder PKV erhalten, wäre hier zu nennen.

10 >> Vorwort

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

Schon heute leistet die GKV nach diversen Gesundheitsreformen in vielen Bereichen nicht genug. Die Schere zwischen dem, was das Gesundheitswesen bietet, und dem, was die GKV leistet, ist in den letzten Jahren immer weiter auseinander gegangen. Angesichts der demografischen Entwicklung und des fortwährenden medizinischen Fortschritts wird sich daran – ohne grundlegende Reformen – auch nichts ändern.

Das bedeutet: Es gibt heute bei vielen gesetzlich Versicherten den Wunsch, Leistungen zu erhalten, die die GKV in ihrem Leistungskatalog nicht bietet. Die Zahl dieser Menschen wird in Zukunft weiter wachsen.

Für Vermittler ergibt sich daraus in der Beratung die folgende Frage: Wie kann der steigende Bedarf der Kunden bestmöglich gedeckt werden?

Die Zahl der unterschiedlichen Angebote bei Zusatzleistungen nimmt weiter zu. Die Palette reicht dabei vom existenziell wichtigen Schutz bis hin zu Leistungen, die eher im Komfortbereich anzusiedeln sind. Angesichts der großen Anzahl an verschiedenen Leistungen und auch der erheblichen Unterschiede bei der konkreten Ausgestaltung ist es unverzichtbar, den Kunden im Bereich der Ergänzungsversicherungen durch qualifizierte Vermittler individuell zu beraten.

Informiert werden muss der Kunde über die verschiedenen Möglichkeiten, sich Zusatzleistungen zu sichern. Wahltarife der Krankenkasse scheinen auf den ersten Blick eine attraktive Alternative zu den üblichen Ergänzungstarifen zu sein. Aber sie bergen auch Nachteile und Risiken, über die der Vermittler informieren muss.

Diese Broschüre gibt Vermittlern einen neutralen Überblick über den Bereich der Ergänzungsversicherungen – über die grundsätzlichen Rahmenbedingungen und die verschiedenen Leistungen, die Ergänzungsversicherungen bieten können, bis hin zur Möglichkeit, über Optionstarife Flexibilität zu sichern. Des Weiteren beleuchtet die Broschüre, welche Trends es im Markt der Ergänzungsversicherung gibt.

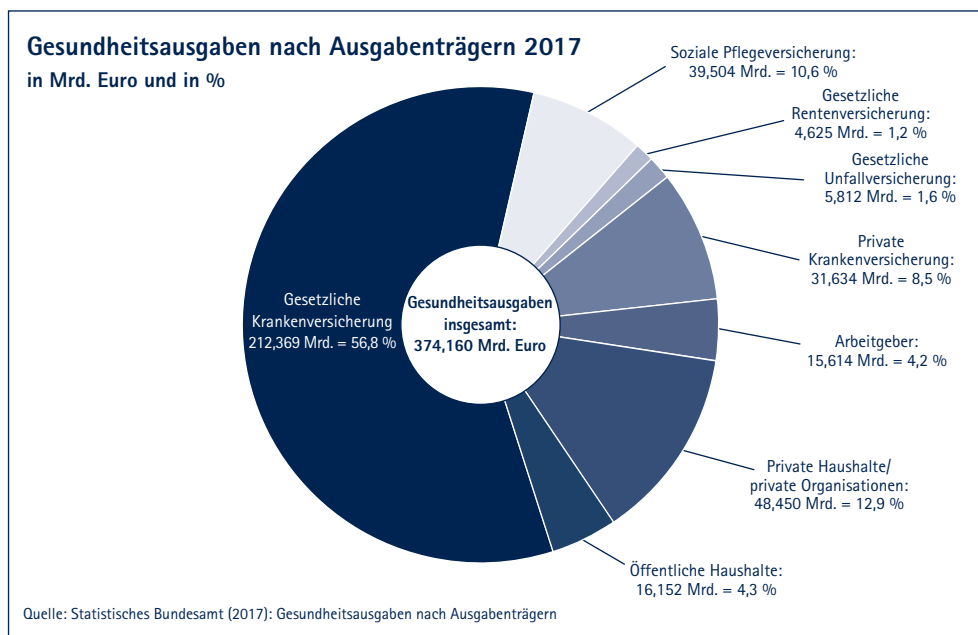
Wir danken insbesondere auch unserem Expertenbeirat, der uns bei der Ausarbeitung dieser Punkte mit seinen wissenschaftlich fundierten Anmerkungen tatkräftig unterstützt hat.

Continentale Krankenversicherung a.G., August 2018

I Vergleich der Systeme 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 2017 rund 374 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. Diese gilt 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,

12 >> Systemunterschiede GKV und PKV

- 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, bei dem 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.

>> 1.1 Systemunterschiede

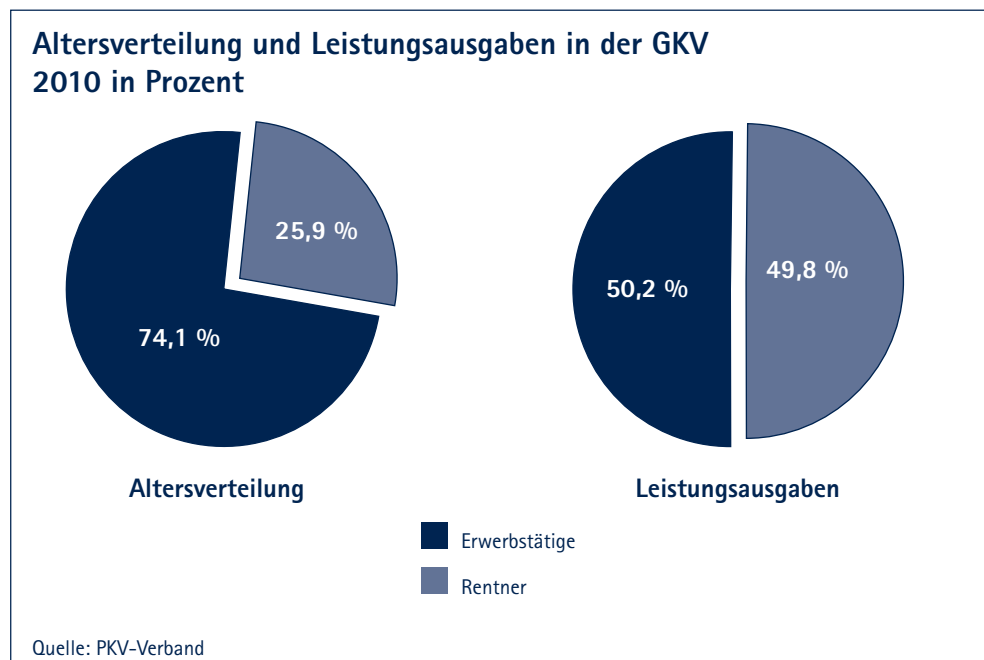
Die folgende Synopse zeigt die wesentlichen Unterschiede zwischen GKV und PKV

	GKV	PKV
Aufsicht	Bundesversicherungsamt in Bonn bzw. die Sozialministerien der Länder	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Rechtliche Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sozialgesetzbuch (SGB V) ■ Reichsversicherungsordnung (RVO) ■ Satzung der jeweiligen Krankenkasse ■ Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ■ Handelsgesetzbuch (HGB) ■ Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ■ Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ■ Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) ■ Spezielle Vereinbarungen (Klauseln)
Rechtsform	rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts	Wirtschaftsunternehmen <ul style="list-style-type: none"> ■ AG ■ VVaG
Mitgliedschaft versicherter Personen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pflichtversicherte Arbeitnehmer bis zur Versicherungspflichtgrenze einschließlich Auszubildende, Rentner bei Erfüllung der Vorversicherungszeiten, etc. ■ Freiwillig Versicherte kraft gesetzlicher Regelungen ■ GKV-Versicherungspflichtige Personen ohne Versicherungsschutz, aber der GKV zuzuordnen – seit 01.04.2007 Pflicht zur Versicherung ■ Arbeitslose ■ Studenten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vollversicherte: <ul style="list-style-type: none"> – Selbstständige, Freiberufler – Beamte (ergänzend zur Beihilfe) – Arbeitnehmer mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze – von der Versicherungspflicht befreite Arbeitnehmer/Studenten – PKV-Versicherungspflichtige <ul style="list-style-type: none"> – Personen ohne Versicherungsschutz, aber der PKV zuzuordnen – seit 01.01.2009 Pflicht zur Versicherung – Rentner ■ Zusatzversicherte: alle in der GKV oder PKV versicherten Personen
Beiträge	<ul style="list-style-type: none"> ■ einheitlich, sie richten sich nach dem Einkommen des Versicherten (bis max. zur Beitragsbemessungsgrenze) und nach dem einheitlichen Beitragssatz (2018: 14,6 %) zuzüglich eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags ■ Umlageverfahren: keine Alterungsrückstellungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ individuell, sie richten sich nach Eintrittsalter, Gesundheitszustand und dem gewünschten Versicherungsschutz; ■ Kapitaldeckungsverfahren: Ansparung von Alterungsrückstellungen
Leistungsprinzip	Sachleistungsprinzip <ul style="list-style-type: none"> ■ einheitlich ■ Kostenerstattung nur in Ausnahmefällen (z. B. Zahnersatz, Wahltarife mit Kostenerstattung) 	Kostenerstattungsprinzip <ul style="list-style-type: none"> ■ nach dem gewählten Tarif ■ direkte Kostenübernahme im Rahmen von stationären Aufenthalten (Klinik-Card für Privatversicherte)

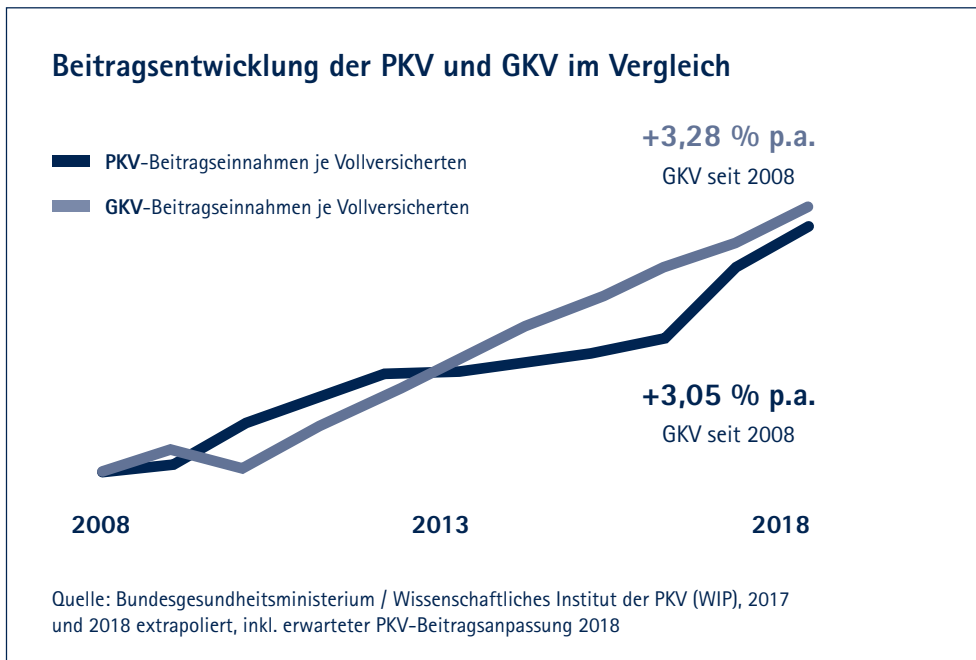
14 >> Systemunterschiede GKV und PKV

>> 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).

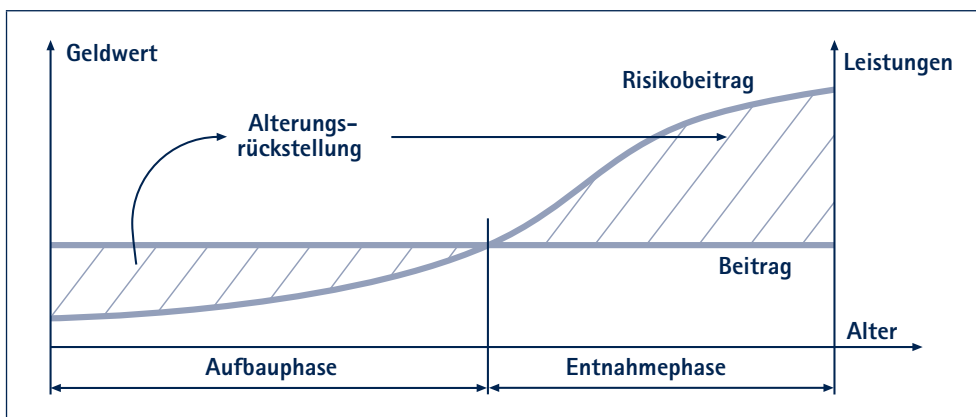


Das Finanzierungsverfahren der PKV, das sogenannte Kapitaldeckungsverfahren, ist gegenüber demografischen Veränderungen weitgehend robust. Für jeden Versichertenjahrgang werden in jüngeren Jahren Altersreserven angespart und verzinslich angelegt, die im Alter zur Finanzierung der höheren Leistungen zusätzlich zur Verfügung stehen. Die PKV hat somit durch die Kapitaldeckung für die demografischen Veränderungen besser vorgesorgt als die GKV, die keine Kapitaldeckung kennt und nach dem jährlichen Umlageverfahren finanziert wird. Die Stärke des Kapitaldeckungsverfahrens wird beeinflusst durch das jeweilige Zinsniveau wie auch durch die Anlagestrategie der einzelnen Versicherer. Die auf Grund der Geldpolitik, wie z. B. der EZB, deutlich gesunkenen Zinsen müssen die Versicherer bei der Berechnung der Beiträge durch Absenkung des Rechnungszinses berücksichtigen. Aus diesem Grund fallen Beitragserhöhungen in der PKV stärker aus als in Zeiten höherer Zinsen. Im Vergleich mit der GKV steht die PKV gleichwohl gut da. Seit 2007 sind die Beiträge in der PKV nicht stärker gestiegen als in der GKV.



Sowohl PKV als auch GKV ist gemeinsam, dass sie sich den Herausforderungen einer stetigen Verbesserung der Lebenserwartung und der Finanzierung des medizinischen Fortschritts stellen müssen.

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.

16 >> Systemunterschiede GKV und PKV

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 Wahltarifen 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.

Aufgrund der ungeeigneten Rahmenbedingungen sind die meisten Krankenkassen eher zögerlich, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten.

>> 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-Ber

träge oder prozentuale Staffelungen möglich. Eine besondere Variante sind tarifliche leistungsfallbezogene Eigenbeteiligungen (feste Selbstbeteiligung pro Inanspruchnahme einer Leistung).

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Wie jedes Wirtschaftsunternehmen erstellen auch die PKV-Unternehmen eine Gewinn- und Verlustrechnung. In der Regel wird sich hier ein Überschuss ergeben, der zum überwiegenden Teil in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung fließt und damit direkt den Versicherten zugute kommt. Die Mittelverwendung kann geschehen durch eine Barausschüttung oder auch in Form einer Limitierung der Beiträge des Versichertenbestandes bei Beitragserhöhungen. Voraussetzung für eine Barausschüttung ist grundsätzlich die Leistungsfreiheit der versicherten Person. Darüber hinaus sind noch weitere Bedingungen zu erfüllen, z. B. die Beitragszahlung ohne Mahnverfahren.

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

>> 1.6 Geltungsbereich

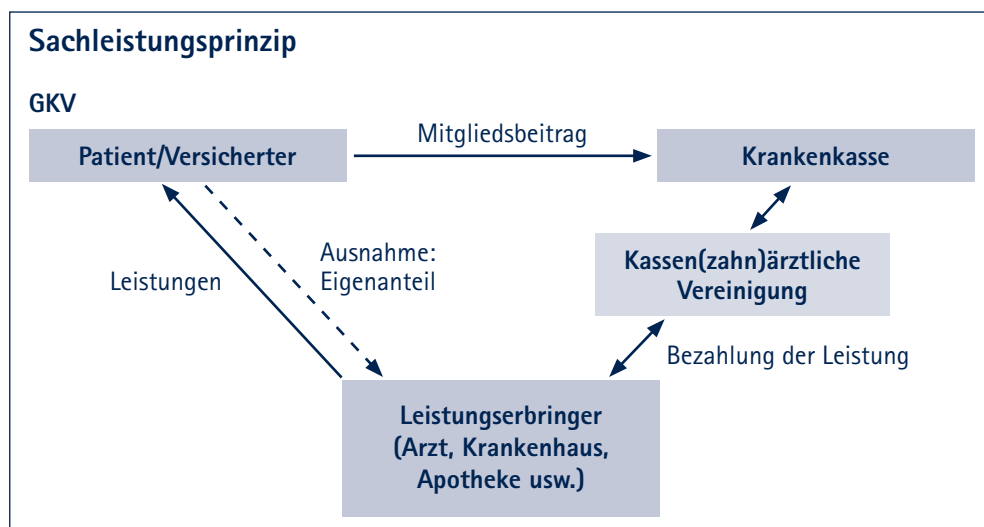
Auch im regionalen Geltungsbereich unterscheiden sich GKV und PKV: Die PKV bietet grundsätzlich europaweiten Versicherungsschutz und – mit Einschränkungen – auch eine weltweite Deckung. Zwar besteht für GKV-Versicherte im Ausland ein Sachleistungsanspruch, dieser kann aber häufig nicht realisiert werden, 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.

18 >> Systemunterschiede GKV und PKV

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.

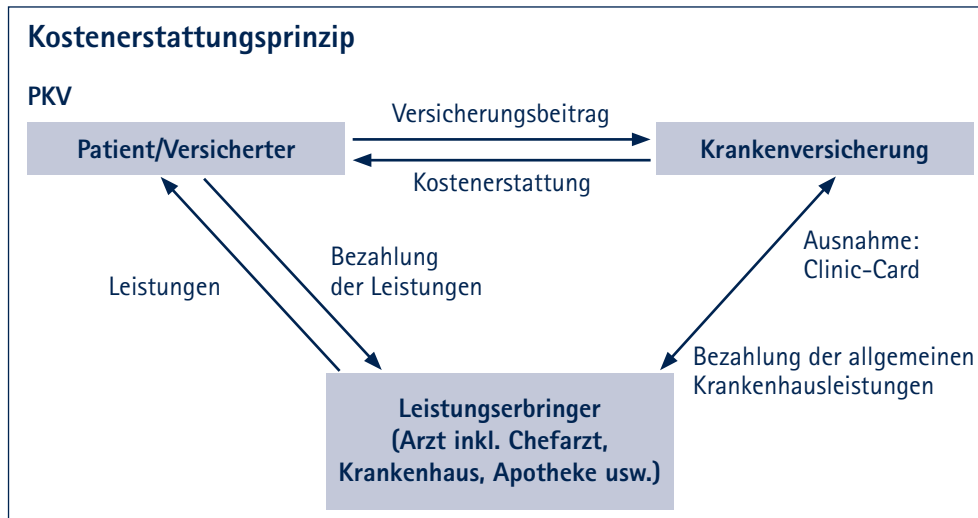


Rechtsnorm:
§ 12 SGB V

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. Auch haben die GKV-Versicherten einen Anspruch auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt. 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/Einzelversicherung

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. 103). Die Familienversicherung stellt eine sogenannte versicherungsfremde Leistung dar, die mit Mitteln des Bundeszuschusses finanziert wird (vgl. Abschnitt 4.1).

2 Gemeinsamkeiten von GKV und PKV

Neben den zahlreichen hier beschriebenen strukturellen Unterschieden zwischen GKV und PKV gibt es in einigen Fällen auch Gemeinsamkeiten. Die Hauptgemeinsamkeit besteht zunächst einmal in der wenn auch unterschiedlichen Absicherung des Krankheitsrisikos und der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung. Weitere Gemeinsamkeiten sind für beide Seiten geltende Leistungsumfänge (allgemeinen Krankenhausleistungen und die Leistungen der Pflegepflichtversicherung). Darüber hinaus profitieren sowohl PKV als auch GKV von Rabatten im Bereich der Arzneimittelversorgung.

>> 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 der allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt in der Regel 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 2,55 % (Kinderlose 2,8 %), 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.

22 >> 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 Personengruppen Krankenversicherungsschutz zu bieten. Zu diesen Personengruppen gehören die Beamten und Selbstständigen/Freiberufler sowie Arbeitnehmer, soweit ihr Einkommen bestimmte Grenzen übersteigt (für das Jahr 2018 z. B. 4.950,00 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

24 >> 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

Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber >> 25

- 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.

26 >> 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 seit 2017 gelten, wurde 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

Mit Wirksamkeit zum 01.01.2017

- Einführung der fünf Pflegegrade
- Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der körperlich, geistig und psychisch bedingte Einschränkungen gleichrangig bewertet
- Erhöhung des Beitragsatzes zur sozialen Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 % (2,8 % für Kinderlose über 23 Jahre)

2017 Pflegestärkungsgesetz III (PSG III)

- Stärkung der Pflegeberatung in den Kommunen
- Regelungen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug im Bereich der Kranken- sowie Pflegeversicherung

2017 Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)

- Sehhilfen für Erwachsene: GKV-Leistung nun auch bei Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien oder bei einer Hornhautverkrümmung von mehr als 4 Dioptrien
- Einführung einer Kinderberücksichtigungszeit für die 9/10-Regelung in der KVdR: Pauschal werden 3 Jahre für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind angerechnet
- PKV-versicherte selbstständige Mütter erhalten Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen
- Ab 01.01.2018 für Selbstständige neues Beitragsverfahren in der GKV

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 worin 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.

28 >> Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

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 100,00 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.

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 Unternehmertätigkeit die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, werden sie versicherungsfrei und können wählen, ob sie in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert bleiben oder sich privat krankenversichern.

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 2018 liegt die Versicherungspflichtgrenze bei 4.950,00 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, RehaMaßnahmen, Prophylaxemaßnahmen u. Ä. in vollem Umfang vom gesetzlichen System zur Verfügung gestellt werden müssen.

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.

30 >> 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 weit über 100-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 Künstler und Publizisten, Studenten und Rentner bestehen unter bestimmten Voraussetzungen Befreiungsmöglichkeiten von der gesetzlichen Versicherungspflicht.



Rechtsnorm:
§ 5 SGB V

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 Jahresarbeitsentgeltgrenze¹ (Ausnahme: Seeleute),
- Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche und Lehrer an privaten Ersatzschulen mit Beihilfeanspruch,
- Selbstständige und Freiberufler (Ausnahme: Landwirte, Gärtner, Künstler und Publizisten).

Auch diese Personen müssen sich krankenversichern, allerdings nicht zwangsweise in der GKV.

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.



Rechtsnorm:
§ 6 SGB V



Rechtsnorm:
§ 9 SGB V

¹ 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)

32 >> Zuordnung der Personengruppen in die Systeme

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.

4.1.3 Familienversicherte



Rechtsnorm:
§ 10 SGB V

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 435,00 Euro/Monat (2018)
- 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 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. Seit dem 01.08.2017 werden auf diese Zeit für jedes Kind pauschal 3 Jahre angerechnet. 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.

Mit dem Ausscheiden aus dem Beruf endet der Beitragszuschuss des Arbeitgebers. Er wird ersetzt durch einen Zuschuss der GRV, der allerdings geringer ausfällt.

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 in der GKV versichert, so können sie in eine Krankenkasse ihrer Wahl eintreten.

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 (2018: 59.400 Euro) mit ihrem Jahreseinkommen² 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

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)

34 >> Zuordnung der Personengruppen in die Systeme

sie unmittelbar vor ihrer Selbstständigkeit dort versichert gewesen sind und die gesetzlichen Vorversicherungszeiten erfüllen.

4.2.3 Beamte und Heilfürsorgeberechtigte



Rechtsnorm:
§ 6 SGB V

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 gefahrgeneigten 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.

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 Anwart-

schaft 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 4, Seite 105*). 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)³,
- 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.

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



Rechtsnorm:
§ 8 SGB V

36 >> 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.

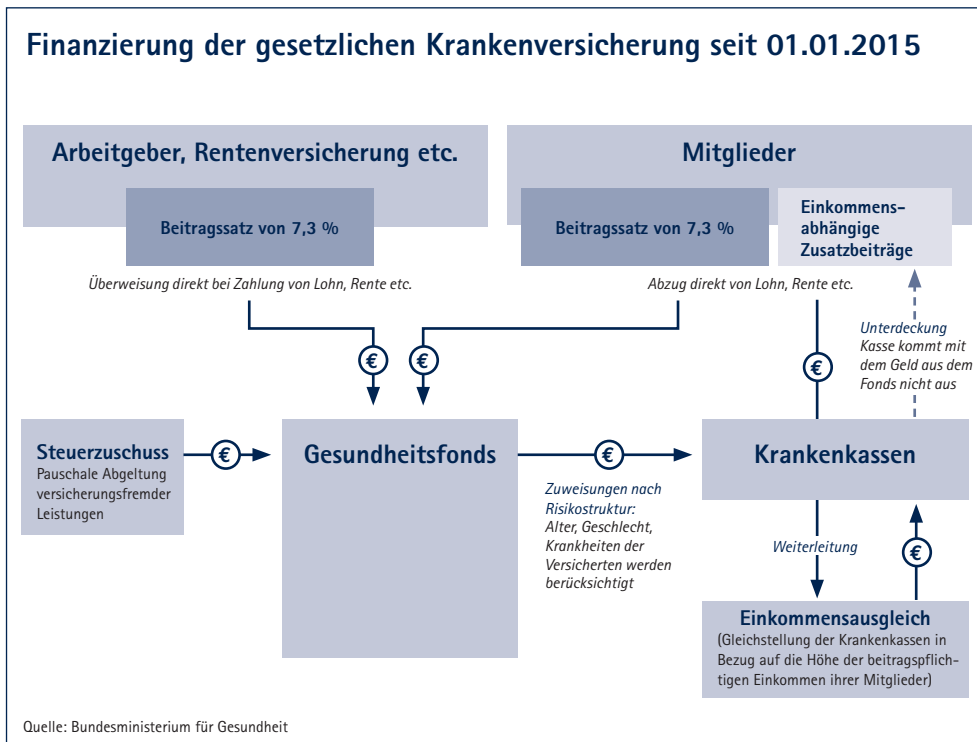
Zum 01.01.2009 wurde die Finanzierung der GKV mit Einführung des Gesundheitsfonds neu gestaltet. Alle Beitragszahler (beitragspflichtige Versicherte und Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Arbeitsämter usw.) zahlen in den Fonds ein, wobei bei den meisten Versicherten (z. B. Arbeitnehmern) die Krankenkasse den Beitrag einzieht und an den Gesundheitsfonds weiterleitet. Rentenversicherungsträger oder die Bundesagentur für Arbeit zahlen die Beiträge hingegen direkt in den Gesundheitsfonds.

Der Staat finanziert zusätzlich mit Steuergeldern die so genannten versicherungsfremden Leistungen der GKV (z. B. kostenlose Familienversicherung von Kindern und Ehegatten). Dazu zahlt der Bundesfinanzminister in den Gesundheitsfonds jährlich einen Bundeszuschuss.

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
2018	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.

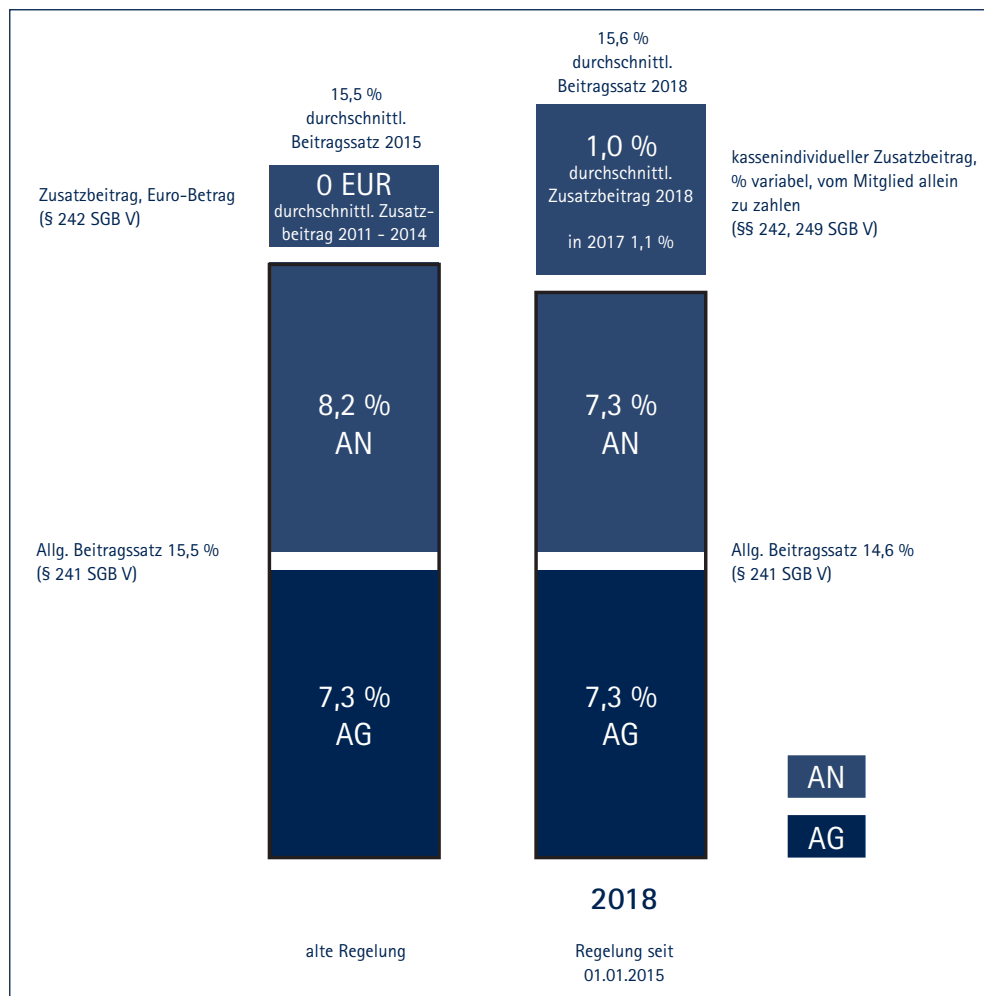
Mit Einführung des Gesundheitsfonds Anfang 2009 entrichten die Beitragszahler die einkommensabhängigen Beiträge an den Gesundheitsfonds. Der Beitragssatz ist seitdem für alle Beitragszahler gleich. Er wird politisch festgesetzt. So betrug der allgemeine Beitragssatz zunächst 15,5 % und wurde im Rahmen 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.

38 >> 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 sank 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 2018 beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 1,0 %. 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 erfolgte eine weitere Erhöhung um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 %-Punkte (Kinderlose 2,8 %), die auch für 2018 gilt.



5.1.3 Beitragspflichtige Einnahmen

Die Beiträge zur GKV werden nach den individuellen beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten und höchstens bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze (BBG; 2018: 4.425,00 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 Beitragsatzpunkten 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 (2018: 4.425,00 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 2018 ergibt sich daraus eine bundeseinheitliche Bemessungsgrundlage in Höhe von 1.015,00 Euro (= 1/3 der Bezugsgröße von 3.045,00 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 (2018: 2.283,75 Euro > 75 % der monatlichen Bezugsgröße von 3.045,00 Euro).

Auf Antrag ist seit dem 01.04.2007 eine so genannte **Härtefallregelung** möglich. Dabei werden nur noch 50 % der monatlichen Bezugsgröße (2018: 1.522,50 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.

40 >> Gestaltung der Beiträge

5.1.5 Studenten



Rechtsnorm:
§ 10 SGB V

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 01.01.2018 monatlich 66,33 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 2018 monatlich 142,10 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 %.

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
 - 1/2 Familieneinkommen gilt als Einkommen der Ehefrau

* Siehe Folgeseite

b) Das Einkommen der Ehefrau wird mit der ½ Beitragsbemessungsgrenze (BBG) verglichen (½ BBG 2018 = 2.212,50 Euro):

Fall 1: das ½ Familieneinkommen ist gleich oder größer als 2.212,50 Euro

→ es gelten 2.212,50 Euro als Bemessungsgrundlage

Fall 2: das ½ Familieneinkommen ist kleiner als 2.212,50 Euro

→ es gilt das ½ Familieneinkommen als Bemessungsgrundlage

c) Die Bemessungsgrundlage wird mit dem ermäßigten KV-Einheitsbeitragssatz (14,0 % zzgl. des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes von 1,0 % in 2018) und Pflegepflichtbeitrag (2,55 %) multipliziert.

Es folgen einige Berechnungsbeispiele, gültig ab 01.01.2018

	mit 1 Kind	mit 2 Kindern	mit 1 Kind
monatliches Einkommen des freiwillig gesetzlich versicherten Ehepartners	0,00 EUR	0,00 EUR	500,00 EUR
monatliches Einkommen des privat versicherten Ehepartners	6.000,00 EUR	6.000,00 EUR	6.000,00 EUR
1.015,00 EUR Kinderfreibetrag* (1/3 der Bezugsgröße)	- 1.015,00 EUR	-2.030,00 EUR	
609,00 EUR Kinderfreibetrag* (1/5 der Bezugsgröße)			- 609,00 EUR
Familieneinkommen	4.985,00 EUR	3.970,00 EUR	5.891,00 EUR
½ Familieneinkommen = Einkommen der Ehefrau	2.492,50 EUR	1.985,00 EUR	2.945,50 EUR
Beitragsbemessung von:	2.212,50 EUR	1.985,00 EUR	2.212,50 EUR
Beitrag Krankenversicherung	331,88 EUR	297,75 EUR	331,88 EUR
Beitrag Pflegeversicherung	56,42 EUR	50,62 EUR	56,42 EUR
Gesamtbeitrag:	388,29 EUR	348,37 EUR	388,29 EUR

* 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 1.015,00 Euro. Profitiert das Kind bereits von der kostenlosen Familienversicherung, liegt der Freibetrag bei 609,00 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.

42 >> Gestaltung der Beiträge

5.2.1 Faktoren der Beitragskalkulation

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

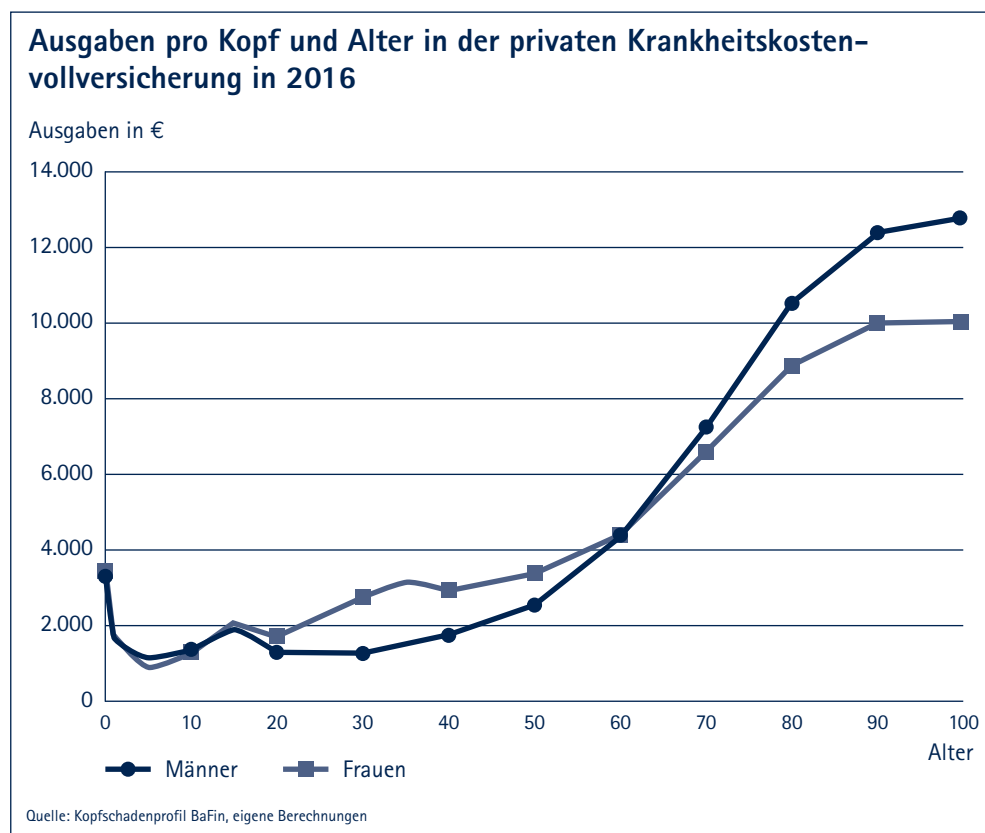
- Alter,
- Gesundheitszustand,
- Tarifleistungen.

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.



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 in der Regel 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 aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 01.03.2011 für Neuzugänge seit 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 waren daher, soweit sie eine Geschlechtsabhängigkeit vorsahen, für Neuverträge ab dem 21.12.2012 ungültig. Die PKV hat ihre Beitragskalkulation entsprechend den Vorgaben des EuGH-Urteils neu gestaltet.

44 >> Gestaltung der Beiträge

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.

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 seit 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 01.01.2018 maximal 323,03 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, aktuell maximal bis 323,03 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 Fei-

46 >> Gestaltung der Beiträge

ertag, 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 01.01.2018 maximal 552,24 Euro/Monat zur Krankenversicherung und 90,27 Euro/Monat zur Pflegepflichtversicherung.

Bei Bezug von Arbeitslosengeld II beträgt der Zuschuss seitens der Agentur für Arbeit ab dem 01.01.2018 gemäß Urteil des Bundessozialgerichtes vom 18.01.2011 monatlich 345,16 Euro zur Krankenversicherung und 56,42 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. 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.

48 >> Gestaltung der Beiträge

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 Zulassungsvoraussetzungen ist der Basistarif keine echte Alternative für die entsprechende Versichertengruppe. Außerdem ist der Standardtarif – aufgrund der Zugangsmöglichkeiten schlechter Risiken im Basistarif – günstiger als der Basistarif.

Ende des Jahres 2017 waren 50.200 Personen im Standardtarif versichert.

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 Hilfebedürftigkeit⁴ besteht.

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 Risikoausgleich⁵ 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.

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.

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

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.



Rechtsnorm:
§ 152 VAG

Beitragsbegrenzung

Der Beitrag zum Basistarif ist begrenzt. Der Höchstbeitrag entspricht dem jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV. Dieser wird in 2018 anhand des gesetzlich festgelegten allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 % und der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV ermittelt; hinzu kommt der durchschnittliche einkommensabhängige Zusatzbeitrag der Krankenkassen, der aktuell bei 1,0 % liegt. 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 (345,16 Euro in 2018). Diese Regelung ergibt sich nicht unmittelbar aus dem Gesetz, sondern auf Basis eines Urteils des Bundessozialgerichts vom 18.01.2011.

Ende des Jahres 2017 waren 31.400 Personen im Basistarif versichert, davon waren mehr als die Hälfte (18.300) hilfebedürftig.

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 2017 waren 106.200 Personen im Notlagentarif versichert.

50 >> Gestaltung der Beiträge

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.

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

52 >> Finanzierung der Beiträge im Alter

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 den ggf. von ihrer Krankenkasse festgesetzten Zusatzbeitrag 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.

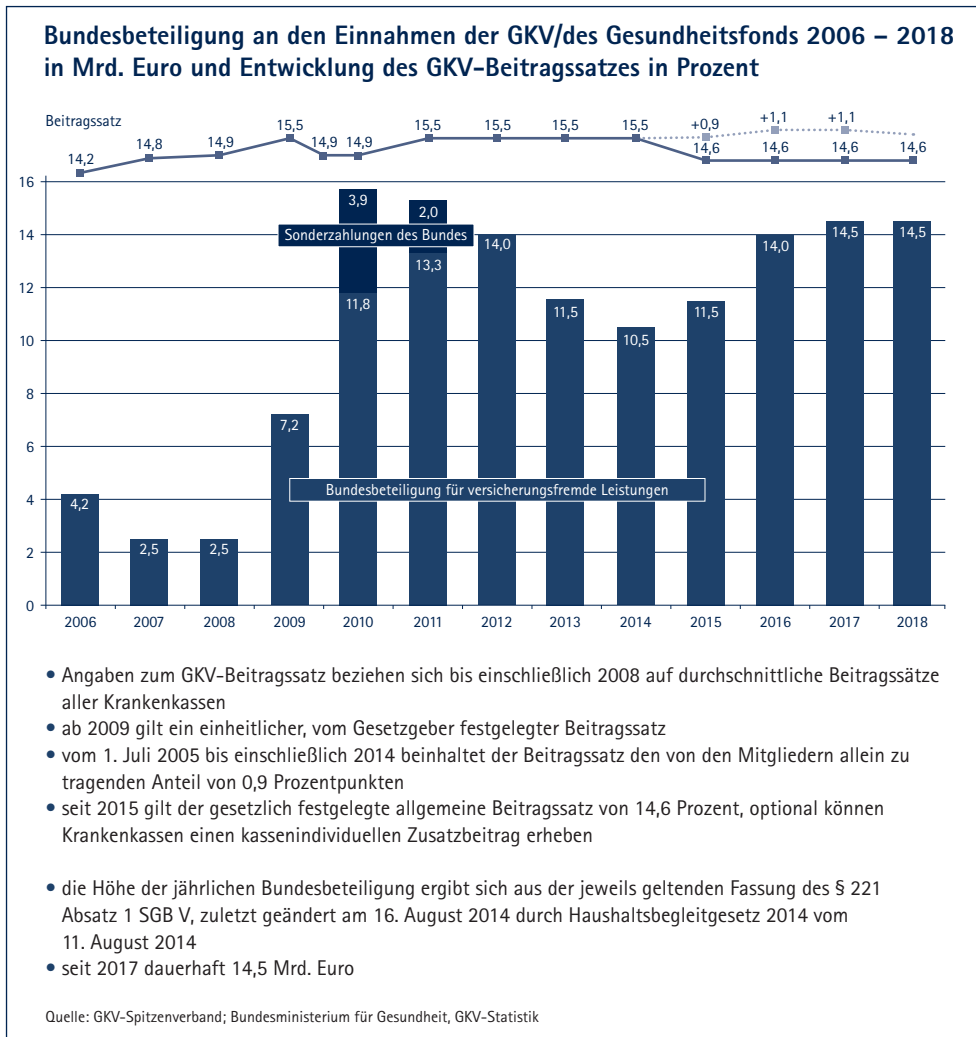
Für den Ehegatten ändert sich durch die Pensionierung in der Regel nichts, da dessen Beihilfebemessungssatz bereits 70 % beträgt.

>> 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.

Finanzierung der Beiträge im Alter >> 53

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 245 Mrd. Euro (davon für die Krankenversicherung 210,5 Mrd. Euro und für die Pflegeversicherung 34,5 Mrd. Euro, Stand 2017) 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.

54 >> Finanzierung der Beiträge im Alter

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 abzuschließen. Ein solcher kann, in Abhängigkeit des vereinbarten Umfangs, potenziellen Beitragserhöhungen im Laufe des Versicherungsverhältnisses entgegenwirken oder den zu zahlenden Beitrag im Alter reduzieren.

Umtarifierungsangebote

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

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,



Rechtsnorm:
§ 53 SGB V

- 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

58 >> 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

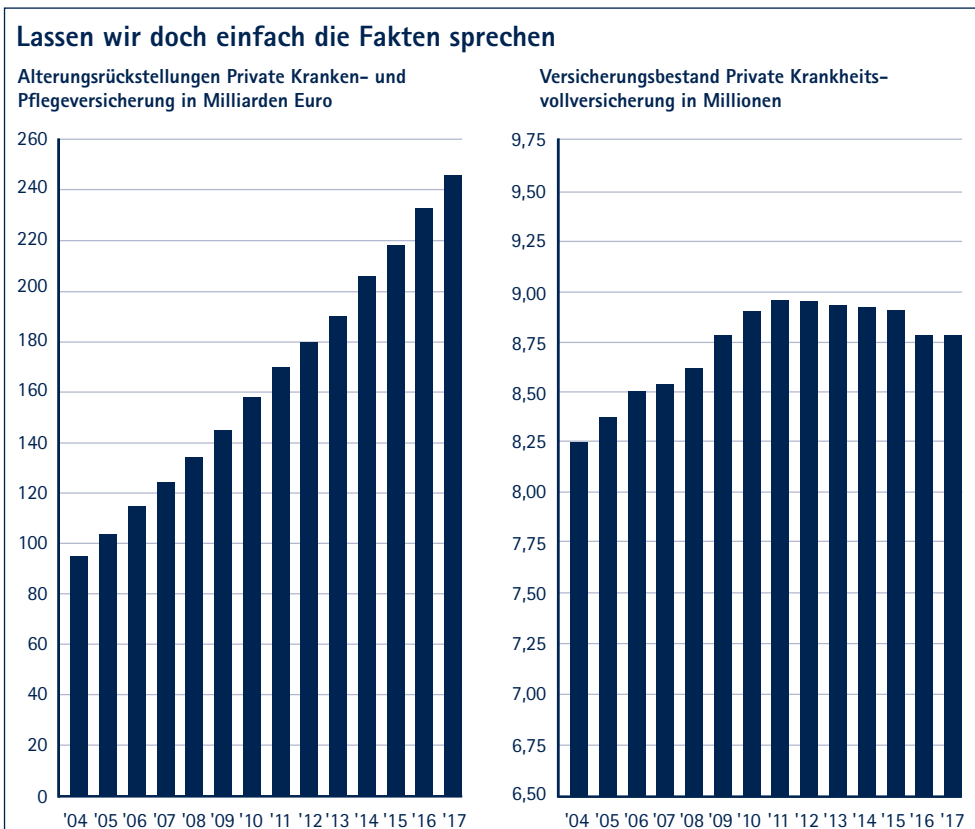
Nicht nur der Wettbewerb innerhalb der GKV ist ein Thema, das aus Sicht der Politik eine große Bedeutung hat, sondern auch der Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Hier gibt es schon seit Jahren gegenüber der PKV den Vorwurf, dass sie sich unsolidarisch verhalte. Zum einen werbe sie von der GKV nur gute 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.

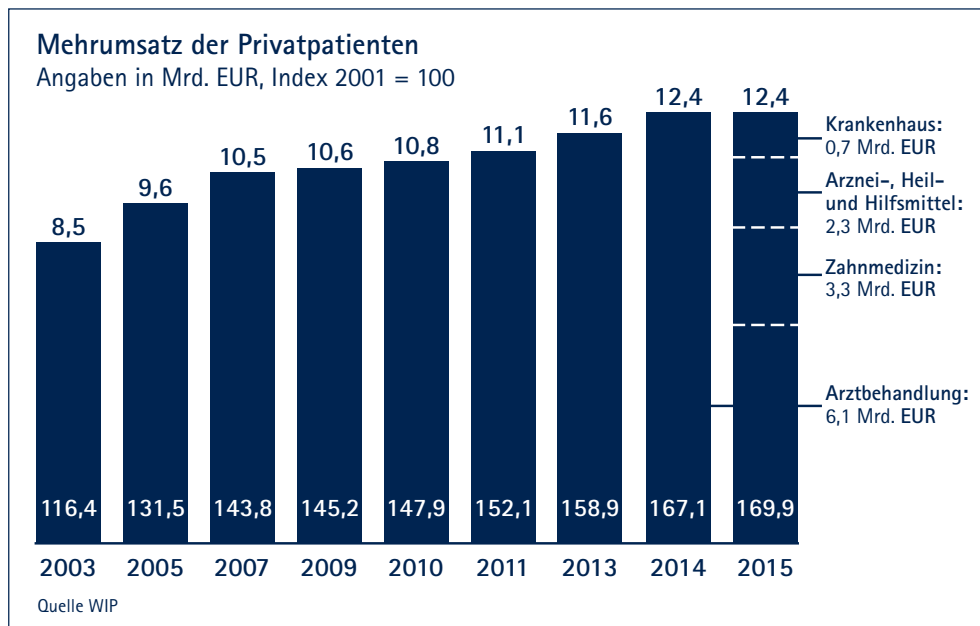


Quelle: PKV-Verband

60 >> 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 2018 ergab sich ein Mehrumsatz von 12,4 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 greift seit 2009 nur noch deutlich abgeschwächt. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG), 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.

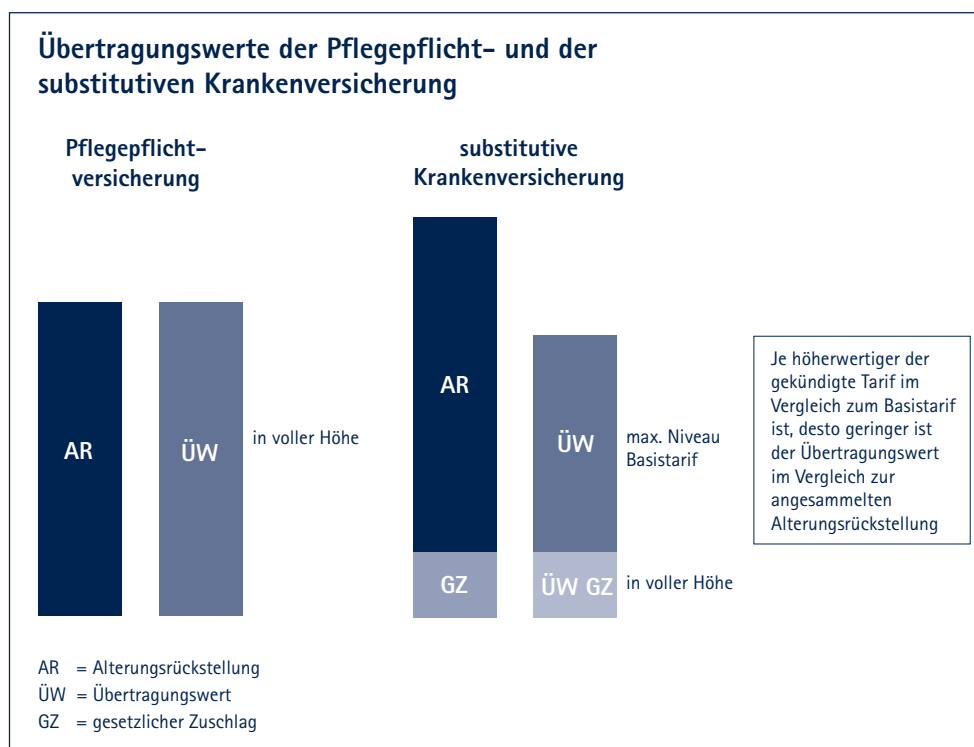
Dabei müssen die Alterungsrückstellungen unterschieden werden in:

- 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 Bonuszah-

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.

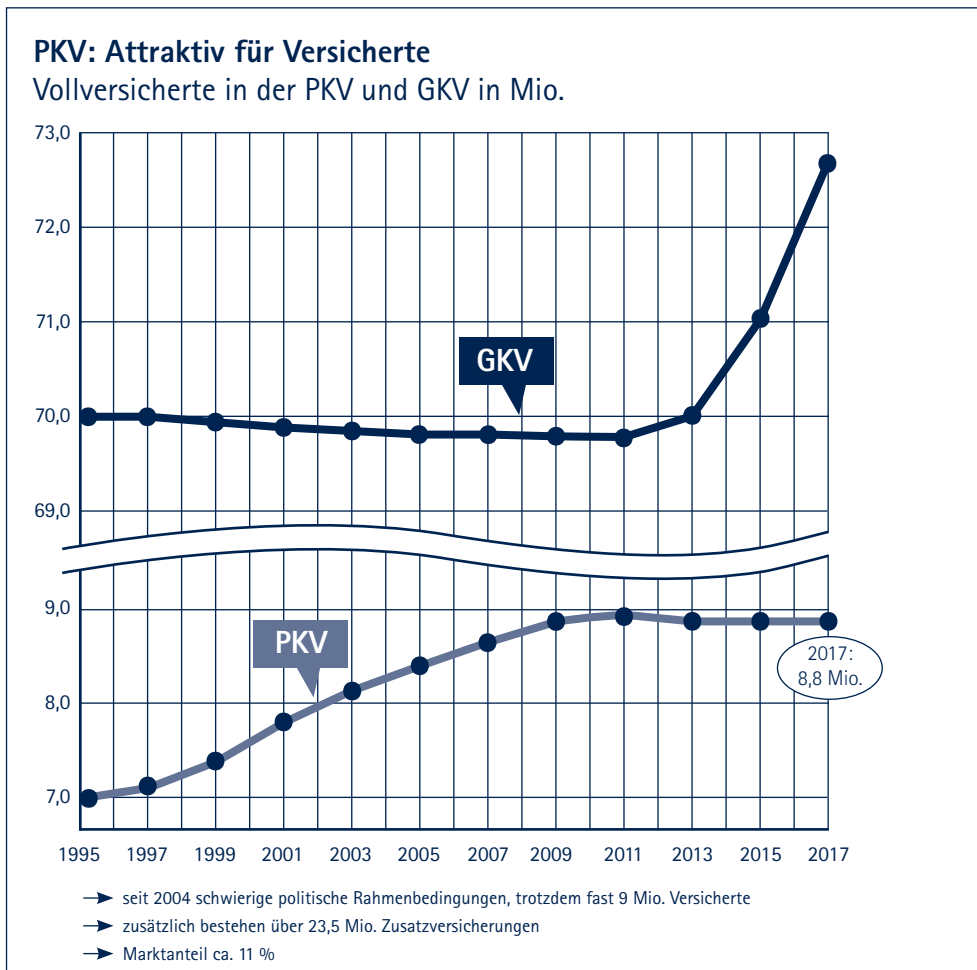
Diese Neuregelung ist am 01.04.2012 in Kraft getreten. Maßgebend für ihre Anwendbarkeit ist der Zeitpunkt der Policierung des Vertrages.

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

66 >> Ein sinnvoller Wechsel

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.“*

II Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte

1 Orientierung für GKV-Versicherte

>> 1.1 Träger der GKV

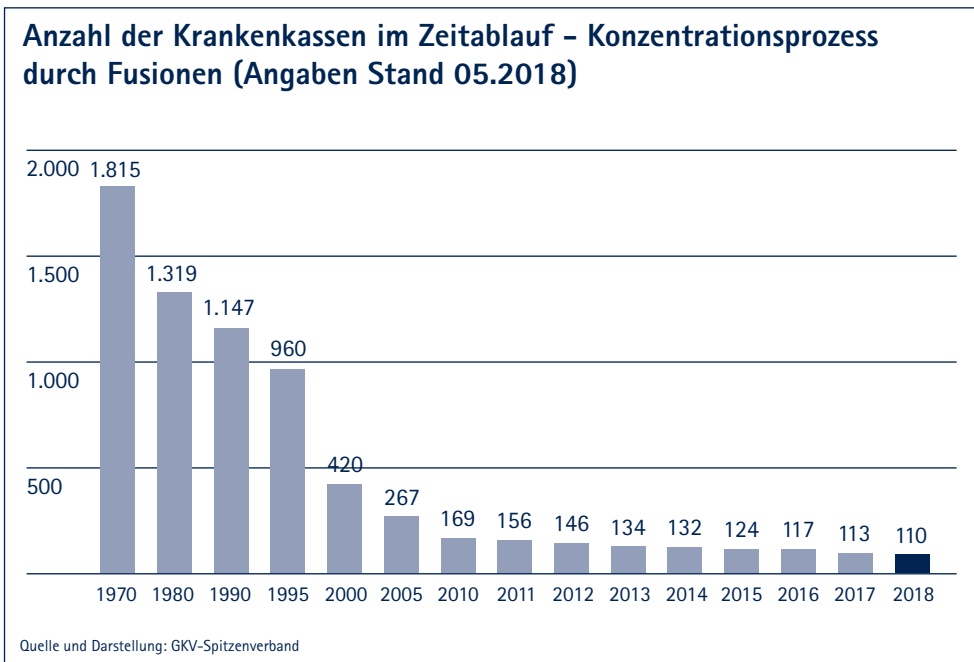
Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind die gesetzlichen Krankenkassen. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Der Gesetzgeber legt über das Sozialgesetzbuch fest, welche Aufgaben die GKV zu erfüllen hat. Die Mitglieder erbringen einen Beitrag, dessen Höhe sich überwiegend nach dem Einkommen berechnet. Diese Gelder werden verwendet, um die gesetzlich festgelegten Aufgaben zu erfüllen. Die Mitglieder bilden dabei eine Art Solidargemeinschaft – jeder erhält die gleichen Leistungen, obwohl die absoluten Beitragszahlungen verschieden hoch sind.

Man unterscheidet zwischen folgenden Kassenarten:

- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) stehen für abgegrenzte Regionen, die sich auf verschiedene Bundesländer erstrecken können.
- Betriebskrankenkassen (BKK) können von Arbeitgebern mit mindestens 1.000 Versicherungspflichtigen gegründet werden. Sie können sich auch für Betriebsfremde öffnen.
- Innungskrankenkassen (IKK) können von Handwerksinnungen mit mindestens 1.000 Versicherungspflichtigen gegründet werden. Auch sie können sich öffnen.
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Träger der Krankenversicherung der Landwirte.
- Knappschaft-Bahn-See, ursprünglich nur für Arbeitnehmer des Bergbaus zuständig, seit dem 01.04.2007 allgemein geöffnet und seit 01.01.2008 ist die See-Krankenkasse in ihr aufgegangen.
- Ersatzkassen, entstanden aus Selbsthilfevereinigungen.

In Deutschland werden rund 72 Millionen Versicherte von einer gesetzlichen Krankenkasse versorgt. Die Anzahl der Krankenkassen hat sich im Laufe der Jahre ständig reduziert. Insbesondere durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat dieser Konzentrationsprozess durch Fusionen eine neue Dynamik bekommen.

Derzeit gibt es noch 110 gesetzliche Krankenkassen (Quelle: GKV-Spitzenverband, Stand 05.2018) von 1.815 Kassen im Jahr 1970.



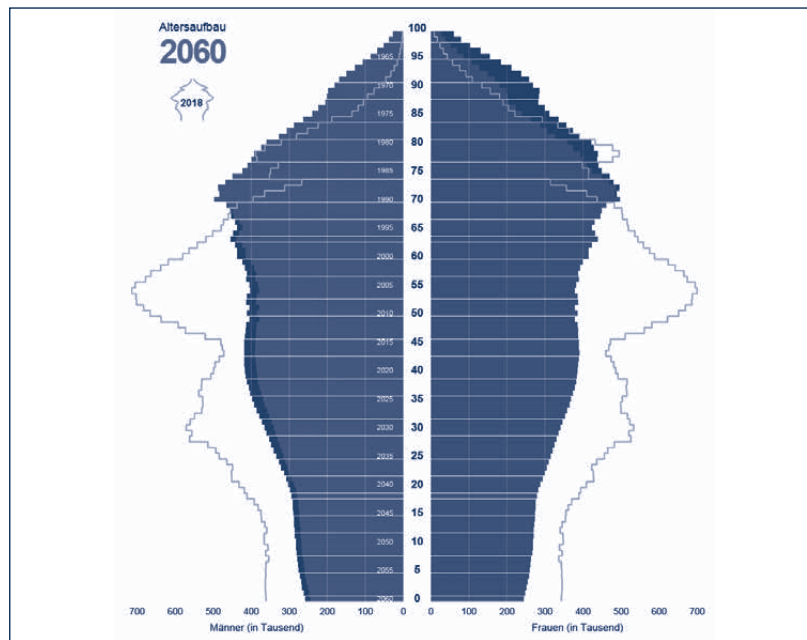
>> 1.2 Situation und Entwicklung der GKV

Entwicklung der Beiträge

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden in jedem Kalenderjahr die Mehrkosten im Alter durch die Beiträge der jüngeren Generation abgedeckt (Umlageverfahren), während in der privaten Krankenversicherung durch Rückstellungen für das Alter des Einzelnen vorgesorgt wird (Kapitaldeckungsverfahren). In einer älter werdenden Gesellschaft, in der immer weniger junge Menschen mit entsprechendem Einkommen nachwachsen, können steigende Gesundheitskosten, die sich insbesondere im Alter auswirken, nur durch steigende Beiträge der Solidargemeinschaft aufgefangen werden. Bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt wird diese Entwicklung noch beschleunigt.

70 >> Orientierung für GKV-Versicherte

Altersaufbau der Bevölkerung in den Jahren 2017 und 2060



Quelle: Statistisches Bundesamt 2018

In den kommenden Jahren sind erhebliche demografische Herausforderungen zu meistern. Immer weniger Jüngere müssen die Lasten für immer mehr Ältere tragen, deren eigener Finanzierungsbeitrag in der GKV kontinuierlich sinkt. Der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen liegt heute bei rund 20 %. Im Jahr 2060 wird jeder dritte Deutsche älter als 65 sein, jeder Siebente sogar älter als 80 Jahre. Der Anteil der arbeitenden Bevölkerung im Alter von 20 bis 65 Jahren hingegen sinkt von heute 60 % auf 50 % im Jahr 2060.

In einem System, in dem eine schwindende Zahl Jüngerer immer größere Teile des Risikos der Älteren finanzieren muss, treten zwangsläufig Probleme auf, die gelöst werden müssen, damit das Bismarck-System überleben kann. Diese Finanzierungsprobleme werden noch verstärkt, weil sich das Beschäftigungssystem in den letzten Jahren verändert hat: Die traditionellen Vollzeitverhältnisse mit voller Sozialversicherungspflicht nehmen ab, so genannte atypische und damit häufig sozialversicherungsfreie Beschäftigungsverhältnisse dagegen zu.

Qualitätsprobleme und fehlende Wirtschaftlichkeit

Das derzeitige Gebührensystem für Ärzte ist abhängig von dem, was der Arzt tut, und nicht davon, wie er es tut. Leider gibt es für die Anbieter von Gesundheitsleistungen kaum einen Anreiz sich qualitätsbewusst zu verhalten.

Daran hat auch die Reform von 2009 für die Honorierung der niedergelassenen Ärzte nichts geändert. Resultate aus dieser Reform waren eine Steigerung des Gesamthonorarvolumens und eine bundeseinheitlich angeglichenen Vergütung kassenärztlicher Leistungen.

Von 1996 bis 2004 wurden in Deutschland Fallpauschalen zur Vergütung einzelner definierter medizinischer Leistungskomplexe – beispielsweise Leisten-, Gallen-, Blinddarmoperation – in Krankenhäusern angewendet.

Die Fallpauschale ist eine Form der Vergütung von Leistungen im Gesundheitssystem. Im Gegensatz zu zeitraumbezogenen Vergütungsformen (wie tagesgleiche Pflegesätze) oder einer Vergütung einzelner Leistungen (Einzelleistungsvergütung) erfolgt bei Fallpauschalen die Vergütung von medizinischen Leistungen pro Behandlungsfall.

Seit 2004 ist ein einheitliches an Diagnosen geknüpftes Fallpauschalen-System, das sogenannte DRG-System (Diagnosis Related Groups), eingeführt worden. Ausgenommen sind davon grundsätzlich Abteilungen und Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik. Für Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen hat der Gesetzgeber ein eigenes pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt: das PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik). Hochspezialisierte Einrichtungen können zeitlich befristet die Herausnahme aus dem DRG-System beantragen, wenn sich ihre Leistungen noch nicht dem Aufwand entsprechend im DRG-System abbilden lassen.

Jährlich findet, mit Wirkung für das Folgejahr, eine Anpassung des DRG-Systems an die besonderen Gegebenheiten in Deutschland statt. Ziel ist es, alle stationären „somatischen“ Leistungen mit diesem „pauschalen Entgeltsystem“ leistungsgerecht abbilden zu können.

Folgende Ziele wurden mit der DRG-Einführung verfolgt:

- die Liegezeit in deutschen Krankenhäusern weiter zu verkürzen,
- die Bezahlung von medizinischen Leistungen in den Krankenhäusern zu vereinheitlichen („gleicher Preis für gleiche Leistung“),
- Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen zu erhöhen,
- vermutete Überkapazitäten im Krankenhausbereich abzubauen und
- zukünftig zu erwartende Kostensteigerungen im stationären Bereich zu begrenzen.

Der gesamtwirtschaftliche Erfolg des Verfahrens ist jedoch bisher weder für den Patienten noch für die Krankenhäuser oder die Krankenversicherungsträger schlüssig erkennbar.

Es gibt in der GKV generell zu wenig Anreize für wirtschaftliches Verhalten der Leistungserbringer, wohl aber viele Möglichkeiten für eine unnötige Ausweitung der medizinischen Leistung. Die finanziellen Strukturen und ein Großteil der vorgesehenen Sanktionsmechanismen sind nicht genügend qualitätsorientiert.

Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie Rehabilitation führt dazu, dass jeder Bereich versucht, die eigenen Interessen zu optimieren. Ein optimales Gesamtergebnis für den Patienten zu erzielen steht dabei nicht zwangsläufig im Vordergrund. Eine sektorenübergreifende Versorgung, also eine sogenannte integrierte Versorgung, begünstigte hier eine Fokussierung auf die Behandlung des Patienten.

Wenn Geld in einem System fehlt und Aktivitäten zur Steigerung der Effizienz nicht wirksam sind, verbleiben als letzte Möglichkeiten, die zu erbringenden Leistungen einzuschränken oder den Beitragssatz zu erhöhen. Die vielen aufeinander folgenden Gesundheitsreformen der GKV in den vergangenen Jahrzehnten waren geprägt durch drei Elemente: Leistungseinschränkungen, mehr staatliche Regulierung und Zentralisierung sowie Einführung von Wettbewerbselemen-

72 >> Orientierung für GKV-Versicherte

ten. Es stellt sich immer wieder die Frage, wie gerade die letzten beiden gegensätzlichen Elemente – mehr Staat und mehr Vertragsfreiheit – in Einklang gebracht werden können. Es fehlt bisher auch ein durchgängiges und plausibles Wettbewerbskonzept für die GKV.

>> 1.3 Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen



Rechtsnorm:
§ 61 SGB V

Die verschiedenen Gesundheitsreformen (siehe Seite 23) brachten den GKV-Versicherten neue Regelungen der unterschiedlichsten Art und Weise, vor allem in Form höherer finanzieller Belastungen. Die Neuerungen beziehen sich auf Eigenbeteiligungen bzw. Zuzahlungen im Arzneimittelbereich, bei Brillen, der Kieferorthopädie, bei Klinikaufenthalten bis hin zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Eigenbeteiligungen gelten nicht für Kinder bzw. Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Kurzüberblick über Zuzahlungen

Leistungsart	Zuzahlungen
Arznei- und Verbandmittel	pro Arznei- und Verbandmittel 10 % des Abgabepreises, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR; jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels selbst
Haushaltshilfe	pro Kalendertag 10 % der Leistung, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR pro Tag
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten sowie 10,00 EUR je Verordnung, max. bis zu 28 Kalendertage im Jahr
Heilmittel	pro Verordnung 10,00 EUR sowie 10 % der Kosten des Heilmittels
Hilfsmittel	pro Hilfsmittel 10 % der Kosten, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR; kein Zuschuss mehr für Brillen und Kontaktlinsen
Zahnersatz	je nach durchgeführter regelmäßiger Prophylaxe wird ein Festzuschuss in Höhe von 50 – 65 % der Kosten im Rahmen der Regelversorgung gewährt, dies ergibt eine Zuzahlung von mind. 35 %
Kieferorthopädie	- 20 % für das 1. Kind (bis zum 18. Lebensjahr) - 10 % ab dem 2. Kind (bis zum 18. Lebensjahr) Bei erfolgreich abgeschlossener Behandlung, wird die Eigenbeteiligung von der Krankenkasse erstattet.
Krankenhausaufenthalt/ Anschlussheilbehandlung	pro Tag 10,00 EUR, max. bis zu 28 Tage
Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung mit öffentlichen Verkehrsmitteln, PKW oder Taxi	in voller Höhe
Transportkosten in Krankenwagen und Rettungsfahrzeugen	pro Fahrt 10 % der Kosten, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR (auch für Kinder)
stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme	10,00 EUR täglich bis zu 28 Tagen – Regeldauer 3 Wochen – Wiederholung frühestens nach 4 Jahren
Soziotherapie	10 % der Kosten, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR

Belastungsgrenzen

Die Summe aller Zuzahlungen darf 2 % der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Für Kinder und erwerbslose Ehepartner gelten zusätzliche Freibeträge. Sie werden von den jährlichen Bruttoeinnahmen abgezogen und betragen 7.428,00 Euro pro Kind und 5.481,00 Euro für den nicht erwerbstätigen Ehepartner.

Beispiel

Das Jahreseinkommen einer Familie mit drei Kindern beträgt 50.000,00 Euro. Der Freibetrag beträgt insgesamt 27.765,00 Euro (5.481,00 Euro für den Ehepartner und jeweils 7.428,00 Euro für die drei Kinder). Die Jahresbelastungsgrenze der fünfköpfigen Familie liegt bei 444,70 Euro (2 % von 22.235,00 Euro.)

Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von 1 % der Bruttoeinnahmen. Um in den Genuss dieser Vergünstigungen zu kommen, muss beispielsweise bei manchen Krebserkrankungen die Teilnahme an einem Beratungsgespräch über Krebsfrüherkennung nachgewiesen werden.

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind generell von nahezu allen Zuzahlungen befreit. Ausnahmen bilden hier Fahrtkosten, Kieferorthopädie und Zahnersatz.

Berechnungsbeispiel

Die maximale Summe aller Zuzahlungen innerhalb eines Jahres:

Jährliche Bruttoeinnahmen	Belastungsgrenze	
	2 %	1 %
30.000,00 EUR	600,00 EUR	300,00 EUR
40.000,00 EUR	800,00 EUR	400,00 EUR
50.000,00 EUR	1.000,00 EUR	500,00 EUR
60.000,00 EUR	1.200,00 EUR	600,00 EUR

Härtefallregelung bei Zahnersatz (§ 55 Abs. 2 SGB V): Versicherte, die über ein geringes Einkommen verfügen, erhalten die Leistungen der Regelversorgung, ohne eine Eigenbeteiligung zahlen zu müssen. Diese Regelung greift bei Beziehern von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Ausbildungsförderung nach dem SGB III oder BaföG. Die Einkommensgrenze für Alleinstehende liegt bei 1.218,00 Euro brutto. Haben sie einen Ehepartner oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, darf das gemeinsame Einkommen höchstens 1.979,25 Euro betragen. Für jeden weiteren Angehörigen erhöht sich die Grenze um 304,50 Euro. Für Versicherte, deren Einkommen nahe an den Befreiungsgrenzen liegt, gilt die sogenannte gleitende Härtefallregelung: Die maximale Zuzahlung ist auf das Dreifache des Betrages begrenzt, um den das Bruttoeinkommen die zur vollständigen Zuzahlungsbefreiung maßgebende Einkommensgrenze überschreitet.



Rechtsnorm:
§ 55 SGB V



Rechtsnorm:
§ 62 SGB V

74 >> Orientierung für GKV-Versicherte

Einkommensgrenzen für die Härtefallregelung bei Zahnersatz

Einkommensgrenze gültig für	Einkommensgrenze brutto
Versicherten (alleinstehend)	1.218,00 Euro
Versicherten und Ehe- / Lebenspartner	1.674,75 Euro
jeden weiteren Angehörigen	304,50 Euro

Fazit:

Diese Härtefallregelungen sollten, wie die Einkommensgrenzen zeigen, nur für einen Teil der gesetzlich Versicherten gelten. Nach Einführung der Chronikerregelung liegt jedoch der Anteil der anerkannten Härtefälle in der GKV heute schon bei rund 40 % aller Versicherten.

>> 1.4 Krankenkassenwahlrecht

Für mehr Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen wurde zum 01.01.1996 das Krankenkassenwahlrecht eingeführt.

Beim Krankenkassenwahlrecht handelt es sich um ein aktives Wahlrecht. Dies bedeutet, dass die Mitglieder ihre Wahl gegenüber der gewählten Krankenkasse erklären müssen.

Sofern die Kasse nach den §§ 173 ff. SGB V wählbar ist, darf sie die Wahl nicht ablehnen (sog. Kontrahierungszwang).

Kündigungsmöglichkeit

Freiwillige und pflichtversicherte Mitglieder können jederzeit – unter Einhaltung einer Kündigungsfrist zum Ende des übernächsten Monats – eine andere Kasse wählen, soweit sie das 15. Lebensjahr vollendet haben. An die neu gewählte Kasse ist der Versicherte 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 SGB V).

Die Einhaltung der Bindungswirkung wird durch ein Nachweisverfahren sichergestellt. Danach hat die bisherige Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen.

Die Kündigung wird erst wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse nachweist. Eine Mitgliedsbescheinigung darf die neu gewählte Krankenkasse nur ausstellen, wenn ihr die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse vorliegt. Bei erstmaliger Einführung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags hat die versicherte Person ein Kündigungsrecht auch innerhalb der 18 Monate (Siehe auch im Anhang 6, Seite 107).

>> 1.5 Leistungsdifferenzierungen in der GKV

Die gesetzlichen Kassen haben ihren Mitgliedern aufgrund der Vorschriften im fünften Buch zum Sozialgesetzbuch (SGB V) Regelleistungen zu erbringen, die identisch sind. Die Möglichkeiten, sich darüber hinaus mit besonderen Leistungen von anderen Kassen abzuheben, sind jedoch eingeschränkt.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 und des Einheitsbeitrags war das Argument eines niedrigeren Beitragssatzes für einen Kassenwechsel entfallen. Die Einführung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge mit dem GVK-FQWG zum 01.01.2015 kann zum erneuten Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen führen und den ein oder anderen Versicherten zu einem Wechsel bewegen.

Auch die bisherigen Wettbewerbselemente wie Extraleistungen, z. B. für Präventionsmaßnahmen und Bonusprogramme, werden weiterhin im Vordergrund stehen.

Satzungsleistungen

Satzungsleistungen sind Leistungen, die eine Krankenkasse ihren Versicherten zusätzlich zum gesetzlich festgelegten Leistungskatalog gewährt. Den gesetzlichen Krankenkassen wird es mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ermöglicht, durch die Ausgestaltung der Satzungsleistungen stärker zueinander in Wettbewerb zu treten. In Zukunft sollen Patientinnen und Patienten auf noch breiterer Basis Angebote nutzen können, die ihrem individuellen Bedarf entsprechen. Dazu können künftig Leistungen im Bereich der Vorsorge- und Reha-Maßnahmen gehören, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern wie z. B. Heilpraktikern. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind und dass sie in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Krankenkassen haben in ihren Satzungen hinreichende Anforderungen festzulegen, um die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Satzungsleistungen sind allen Versicherten einer Krankenkasse zu gewähren, bei denen die entsprechenden medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Sie sind aus den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds oder ggf. durch Einnahmen aus einem Zusatzbeitrag zu finanzieren.

Bonusprogramme

Die Krankenkassen können Bonusprogramme für gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten anbieten. Dazu gehören beispielsweise die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder an qualitätsgesicherten Präventionsprogrammen. Die Bonusysteme kann jede Krankenkasse individuell gestalten. Sie muss dabei selbst bewerten, mit welchen finanziellen Anreizen sie ihre Versicherten zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten motiviert. Möglich sind beispielsweise Ermäßigungen bei Zuzahlungen. Arbeitgeber können ebenfalls einen finanziellen Bonus erhalten, wenn sie in ihren Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung anbieten.

Service- und Beratungsleistungen

Durch Vergleiche werden die angebotenen Service- und Beratungsleistungen in den Mittelpunkt einer Bewertung gestellt. So werden Krankenkassen danach beurteilt,

- ob sie über eine Beratungs-/Service-Hotline verfügen und wie lange diese am Tag bzw. in der Woche besetzt ist,
- mit welchem Personal die Hotline besetzt ist (Sozialversicherungsfachangestellte?),
- ob Geschäftsstellen für persönliche Beratung vorhanden sind,

76 >> Orientierung für GKV-Versicherte

- wie gesundheitsbewusstes Verhalten durch Bonusprogramme belohnt wird,
- welche Präventionsmaßnahmen (z. B. Kurse, Aktivwochen) angeboten werden,
- welche Behandlungsprogramme (z. B. für Schwangere, chronisch Kranke, Raucher) angeboten werden oder
- in welchen Bereichen sie Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen haben.

Neben den oben genannten Möglichkeiten der Leistungsdifferenzierung können sich die Krankenkassen auch durch das eigene Angebot an Wahlтарifen (vgl. 1.8) unterscheiden und das Angebot an exklusiven Ergänzungsversicherungen im Rahmen von Kooperationen bzw. Partnerschaften (vgl. 3.5) mit privaten Krankenversicherern.

Für den Kunden ist das bei seiner Entscheidungsfindung ein kaum überschaubares Feld, besonders wenn man dann auch noch die zahlreichen Fusionen (s. Absatz 1.1) im GKV-Bereich bedenkt. Hier ist der qualifizierte Berater gefordert, der es versteht, dem Kunden Orientierung zu geben.

>> 1.6 Wahlтарife in der GKV

Durch die Gesundheitsreform gibt es bereits seit dem 01.04.2007 zwei verschiedene Formen von Wahlтарifen: Wahlтарife, die alle Krankenkassen anbieten *müssen*, und Wahlтарife, die Krankenkassen anbieten *können*. Man ist als Versicherter aber nicht gezwungen, sich für Wahlтарife zu entscheiden.

1.6.1 Pflichtangebote der Krankenkassen

Hausarztтарif

Viele Erkrankungen kann der Hausarzt abschließend behandeln. Wer sich verpflichtet, bei gesundheitlichen Beschwerden immer zunächst seinen Hausarzt aufzusuchen, sichert sich damit auch einen finanziellen Vorteil: Die Entscheidung für den Hausarztтарif ist mit Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen verbunden.

Wahlтарif für strukturierte Behandlungsprogramme

Für Patienten, die an diesen Programmen teilnehmen, müssen die Kassen einen speziellen Wahlтарif bereithalten.

Wahlтарif für integrierte Versorgung

Für einige Krankheiten gibt es mittlerweile integrierte Versorgungsangebote (z. B. nach Hüftoperationen). Hier werden Patienten vernetzt behandelt, Mehrfachuntersuchungen werden so vermieden, die Behandlung wird verbessert. In integrierte Versorgungsnetze können neben Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auch nichtärztliche Leistungserbringer (zum Beispiel Physiotherapeuten) eingebunden werden.

Im Rahmen sogenannter strukturierter Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP) soll für chronisch Kranke (z. B. bei Diabetes mellitus Typ 1 oder 2, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD oder Brustkrebs) die medizinische Versorgung verbessert werden.

Krankengeldtarif

Bestimmte Versicherte wie Selbstständige oder unständig Beschäftigte können sich mit diesem Tarif einen Krankengeldanspruch sichern.

1.6.2 Die freiwilligen Angebote der Krankenkassen

Die Kassen können ihren Versicherten eine ganze Reihe freiwilliger Wahltarife anbieten, um sich vom Wettbewerber abzuheben. Hier eine Auflistung der häufigsten Angebote:

Selbstbehalttarif

Auch gesetzlich Versicherte können sich für eine „Selbstbeteiligung“ entscheiden, wenn die Krankenkasse einen derartigen Tarif anbietet. Damit verpflichtet sich der Versicherte, im Krankheitsfall einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen. Dafür erhält er von seiner Kasse eine Prämie (Rückerstattung). Sie beträgt max. 20 % des Jahresbeitrags, begrenzt auf 600,00 Euro.

Kostenerstattungstarif

Entscheiden sich Versicherte für eine Kostenerstattung, erhalten sie medizinische Leistungen wie eine Privatpatientin oder ein Privatpatient gegen Rechnung und reichen diese bei der Krankenkasse ein. Dabei kann die Kostenerstattung auf ausgewählte Versorgungsbereiche begrenzt werden, zum Beispiel auf ambulante, stationäre oder zahnärztliche Leistungen. In besonderen Kostenerstattungstarifen können höhere Vergütungen vereinbart werden als sie normalerweise von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Hierfür zahlen die Versicherten an die Krankenkasse eine zusätzliche Prämie.

Wahltarife für besondere Therapierichtungen

Bislang haben die Krankenkassen gar nicht oder sehr begrenzt die Kosten für alternative Therapien, zum Beispiel für homöopathische Arzneien, übernommen. Wer solche Leistungen in Anspruch nehmen möchte, kann dafür einen besonderen Tarif wählen, falls ihn seine Krankenkasse anbietet.

Wahltarif für besondere ambulante Versorgungsformen

Einige Kassen bieten ihren Versicherten eigene Programme an, zum Beispiel Verhaltenstraining für Jugendliche mit Asthma oder Programme zur Herzinfarktprävention. Versicherte, die sich daran beteiligen, haben Anspruch auf einen speziellen Wahltarif. Das gilt auch für besondere ambulante ärztliche Versorgungsformen, bei denen Krankenkassen und Ärzte spezielle Angebote für ein bestimmtes Krankheitsbild oder für die medizinische Versorgung einer Region beithalten.

78 >> Orientierung für GKV-Versicherte

Prämienzahlung bei Leistungseinschränkung

Die Krankenkassen können in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der gesetzlichen Leistungen beschränken, entsprechende Prämienzahlungen vornehmen.

1.6.3 Bindungsfristen

Entscheidet sich das Mitglied für einen Wahltarif seiner GKV, kann es von dem Krankenkassenwahlrecht erst nach einer Bindefrist Gebrauch machen.

Bei folgenden GKV-Wahlтарifen nach § 53 SGB V wurden zum 01.01.2011 die Bindungsfristen von 3 Jahren auf 1 Jahr reduziert:

- Prämienzahlung (Prämienrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen)
- Kostenerstattung
- Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Das Sonderkündigungsrecht bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen gilt auch für Wahlтарife (Ausnahme Wahlтарif „Krankengeld“).

1.6.4 Kurzübersicht über Wahlтарife und Bindungsfristen in der GKV

Name des Wahlтарifs	Art des Wahlтарifs	gesetzliche Grundlage	gesetzliche Bindefrist
Kostenerstattung anstelle Sach- oder Dienstleistung	Kann	§ 13 Absatz 2 SGB V	3 Monate
Selbstbehaltтарif	Kann	§ 53 Absatz 1 SGB V	3 Jahre
Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen	Kann	§ 53 Absatz 2 SGB V	1 Jahr
Tarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen - Modellvorhaben - Hausarztzentrierte Versorgung - Besondere ambulante ärztliche Versorgung - Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten - Integrierte Versorgung	Pflicht	§ 53 Absatz 3 SGB V - § 63 SGB V - § 73b SGB V - § 73c SGB V - § 137f SGB V - § 140a SGB V	keine
Kostenerstattungstarif	Kann	§ 53 Absatz 4 SGB V	1 Jahr
Tarif für die Übernahme der Kosten von Arzneimitteln besonderer Therapierichtungen	Kann	§ 53 Absatz 5 SGB V	1 Jahr
Krankengeld für freiwillig versicherte Selbstständige, Künstler, Publizisten	Pflicht	§ 53 Absatz 6 SGB V	3 Jahre
Prämienzahlung für Personen mit Teilkostenerstattung	Kann	§ 53 Absatz 7 SGB V	keine

1.6.5 Wahltarife für GKV-Versicherte – eine sinnvolle Alternative?

Für die Versicherten in der GKV sind Wahltarife aus verschiedenen Gründen grundsätzlich nicht empfehlenswert:

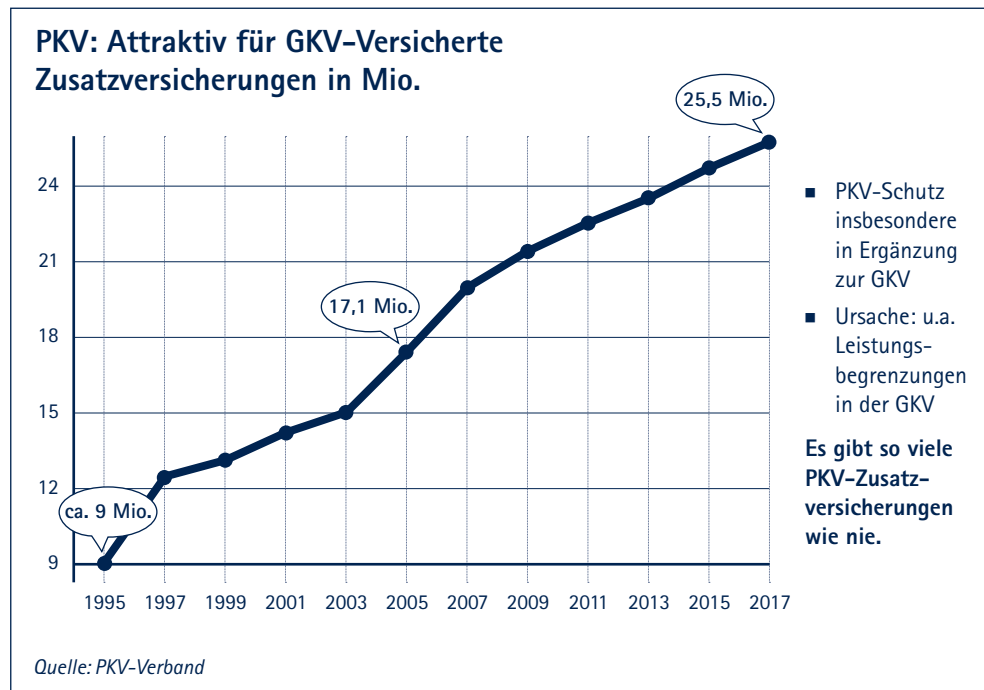
- Eine Abschaffung oder Änderung der Wahltarife durch den Gesetzgeber oder die einzelne Krankenkasse ist jederzeit möglich. Dann stellt sich die Frage: Was passiert mit den Versicherten? Im Gegensatz dazu bietet die PKV eine lebenslange Leistungsgarantie.
- Jeder Wahltarif muss sich selbst tragen und finanzieren. Quersubventionierungen aus dem Haushalt der Krankenkasse oder aus anderen Wahltarifen sind nicht zulässig. Dies wird von der Aufsichtsbehörde geprüft. Damit ist fraglich, ob eine Beitragsstabilität gegeben ist, zumal eine Risikoprüfung durch die GKV nicht erfolgt.
- Durch eine mögliche Mindestbindefrist bei bestimmten Wahltarifen entsteht eine erhebliche Abhängigkeit des Versicherten, die seine Wahlfreiheit, z. B. für einen Wechsel in eine andere Kasse oder in die PKV, massiv einschränkt.

Für Versicherte der GKV, die ihre Leistungen verbessern wollen, ist es sinnvoller, eine private Zusatzversicherung abzuschließen. Denn bei den Angeboten anderer Kassen ist unklar, ob es die angebotenen Leistungen auch langfristig geben wird. Endet das Angebot, stehen die Kunden ohne Absicherung da und laufen Gefahr, bei einem privaten Krankenversicherer den benötigten Zusatzschutz nicht mehr zu bekommen, weil sie dann an der Risikoprüfung scheitern.

Viele Krankenkassen bieten ihren Kunden im Rahmen von Kooperationen mit PKV-Unternehmen spezielle Zusatz- und Ergänzungstarife an (siehe auch Seite 101).

2 Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

Die Ansprüche der Bevölkerung haben zugenommen, auch ihre Mündigkeit und Eigenverantwortung sind gewachsen. Die Gesundheitswirtschaft wird zur Wachstumsbranche. Die Bereitschaft zum Abschluss einer privaten Zusatzversicherung ist gestiegen.



Private Zusatzversicherungen haben seit jeher einen hohen Stellenwert für GKV-Versicherte. Dies bestätigt auch der folgende Auszug aus der Continentale Studie 2009:

Ob GKV-Versicherte eine private Zusatzversicherung abschließen wollen, ist stark altersabhängig. In der relevanten Zielgruppe der 25- bis 39-Jährigen sagt mehr als die Hälfte der Befragten, dass sie ihren Schutz durch den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung ergänzen oder einen schon bestehenden Zusatzschutz ausbauen wollen. Darüber hinaus sind GKV-Versicherte mit einem höheren Bildungsniveau weitaus interessierter an Zusatzversicherungen als Versicherte mit niedrigerem Bildungsniveau.

53 % der 25- bis 39-jährigen GKV-Versicherten haben die Absicht, eine private Zusatzversicherung abzuschließen, um ihren bereits bestehenden Schutz zu ergänzen oder einen schon bestehenden Zusatzschutz auszubauen. Somit ist in der relevanten Zielgruppe jeder Zweite interessiert. 10 % der Befragten in dieser Altersgruppe geben sogar an, dass sie bestimmt eine Zusatzversicherung abschließen werden. Naturgemäß nimmt das Interesse im Alter ab. So sind es bei den über 60-Jährigen nur noch 13 %. Darüber hinaus fällt bei näherer Betrachtung der Soziodemografie Folgendes auf:

- Eine große Rolle spielt die Berufstätigkeit der Befragten. 40 % der Berufstätigen beabsichtigen, eine Zusatzversicherung abzuschließen, aber nur 19 % der Nicht-Berufstätigen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich bei vielen Nicht-Berufstätigen um Rentner handelt, die bereits 60 Jahre oder älter sind und damit auch nicht mehr zur relevanten Zielgruppe gehören.

- *Die Größe des Haushaltes, in dem die Befragten leben, ist ebenfalls relevant: 1- oder 2-Personen-Haushalte 24 %, 3-oder-mehr-Personen-Haushalte 43 %. Auch dies lässt sich dadurch erklären, dass es sich bei den Befragten aus 1- und 2-Personen-Haushalten zum großen Teil um ältere Menschen ab 60 Jahren handelt. Die Mehr-Personen-Haushalte setzen sich dagegen überwiegend aus den mittleren Altersgruppen zusammen.*
- *45 % der Befragten, die schon eine Zusatzversicherung haben, wollen ihren Schutz sogar noch weiter ausbauen.*

Die Lücken im gesetzlichen Krankenversicherungsschutz sind im Laufe der letzten Jahre immer umfangreicher geworden. Differenziert werden muss jedoch nach Risiken, die aufgrund ihrer finanziellen Tragweite eine Absicherung für den Kunden unverzichtbar machen und nach Risiken, bei denen eine Absicherung sinnvoll, aber nicht zwingend ist.

Quelle: Auszug Continentale Studie 2009. Die vollständigen Continentale Studien finden Sie unter www.pkv-ratgeber.de

>> 2.1 Unverzichtbare Ergänzungsversicherungen

2.1.1 Auslandsreiseschutz

Eine unverzichtbare Ergänzung zum GKV-Schutz ist die Auslandsreisekrankenversicherung. Die Krankenkassen ersetzen nur noch bei Reisen in Länder, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht, die entstandenen Krankheitskosten.

Trotz Sozialversicherungsabkommen kann es zu hohen Zuzahlungen kommen, da der Versicherungsschutz nur im Rahmen der im Gastland geltenden Bestimmungen gewährt wird. Das Abkommen wird auch in manchen Ländern von Ärzten und Krankenhäusern ignoriert – mit der Konsequenz, dass im Auslandsurlaub hohe finanzielle Belastungen entstehen können. Rücktransport- und Rückführungskosten in die Bundesrepublik Deutschland sind bei der GKV generell ausgeschlossen.

Aus diesen Einschränkungen erwachsen finanzielle Risiken, wenn z. B. ein USA-Tourist mit einer Krankenhausrechnung im 6-stelligen Bereich konfrontiert wird oder ein Mallorca-Urlauber für den Krankenrückflug mehrere tausend Euro zahlen muss.

Diese Lücke kann durch den Abschluss einer privaten Auslandsreisekrankenversicherung geschlossen werden.

2.1.2 Zahnersatz

Zum 01.01.2005 wurde die vertragszahnärztliche Versorgung auf ein Festzuschuss-System umgestellt. Das bedeutet, dass für jeden zahnprothetischen Befund eine Regelversorgung (z. B. Brücke) vorgesehen ist. Die Regelversorgung ist eine einfache Zahnersatzausführung mit preiswerten Material- und Laborkosten. Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt für die Regelversorgung einen festgesetzten Betrag (Festzuschuss). Der Festzuschuss beträgt 50 % der Kosten der Regelversorgung. Er erhöht sich durch regelmäßige Zahnvorsorgeuntersuchungen um 20 %, wenn in den letzten 5 Kalenderjahren vor der Behandlung jährlich Zahnvorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden bzw. um weitere 10 %, wenn in den letzten 10 Kalenderjahren vor



Rechtsnorm:
§ 18 SGB V



Rechtsnorm:
§ 56 SGB V

82 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

der Behandlung jährlich Zahnvorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt damit bis zu 65 % der Regelversorgung. So verbleibt für die Versicherten schon bei einer einfachen Versorgung eine Eigenbeteiligung von mindestens 35 %.

In den meisten Fällen wird der Zahnarzt aber eine höherwertige Versorgungsform anbieten, an deren Kosten sich die gesetzliche Krankenkasse nicht mehr beteiligt. Dies hat dann eine entsprechend höhere Eigenbeteiligung für die Versicherten zur Folge.

Bei einer höherwertigen Versorgungsform spricht man von einer gleichartigen oder von einer andersartigen Versorgung.

Gleichartige Versorgung

Eine gleichartige Versorgung liegt vor, wenn zum einen die Regelversorgung und zum anderen zusätzliche bessere Leistungen (z. B. Verblendungen im nicht sichtbaren Bereich) in Anspruch genommen werden. In diesem Fall wird nur der Festzuschuss gewährt, der bei einer Regelversorgung angefallen wäre. Die Zahnärzte berechnen die Regelversorgung nach den üblichen Kassensätzen (zahnärztlicher Bewertungsmaßstab – BEMA) und die zusätzlichen privaten Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Zum 01.01.2012 wurde die GOZ novelliert. In Folge dessen wird davon ausgegangen, dass die Kosten für die privatärztlichen Leistungen steigen. Die Notwendigkeit einer privaten Zahnzusatzversicherung ist damit noch größer geworden.

Andersartige Versorgung

Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn die Entscheidung nicht auf die Regelversorgung (z. B. normale Brücke), sondern auf eine komplett andere Versorgungsform (z. B. Implantat) fällt. Auch in diesem Fall wird nur der Festzuschuss gewährt, der bei einer Regelversorgung angefallen wäre. Die Zahnärzte berechnen ihre Leistungen aber nicht mehr nach der GKV-Gebührenordnung BEMA, sondern vollständig nach der privaten GOZ. Hierbei können die Zahnärzte den kompletten Rahmen der GOZ ausschöpfen, mit entsprechender Begründung also den bis zu 3,5-fachen Satz berechnen.

Neben den Eigenbeteiligungen im Bereich des Zahnersatzes entstehen aber auch Lücken in der Zahnbehandlung – speziell bei Parodontosebehandlungen, Wurzelbehandlungen und Kunststoff-Füllungen – sowie bei der Zahnpflege (professionelle Zahnreinigung) und Kieferorthopädie.

In der Presse wird oft argumentiert, dass diese Kosten vom Verbraucher durch ein rechtzeitiges Ansparen auch ohne Versicherung zu verkraften seien. Das „Zwecksparen“ mit einer Zahnergänzungsversicherung ist jedoch der bessere und sicherere Weg, sich zielgerichtet vor hohen Kostenbelastungen zu schützen.

Bei den Zahnergänzungsversicherungen kann zwischen preisgünstigen Ergänzungen der Regelversorgung bis hin zu höherwertigen Rundum-Absicherungen gewählt werden.

2.1.3 Stationäre Behandlung und freie Arztwahl im Krankenhaus

Im Krankenhaus selbst besteht nur ein Anspruch auf Regelleistungen im Mehr-Bett-Zimmer. Der Komfort eines Ein- oder Zwei-Bett-Zimmers spricht für eine Zusatzversicherung.

Bedeutender für den Patienten erscheint jedoch – gerade bei schwerwiegenden Erkrankungen – den Arzt des Vertrauens wählen zu können und im Krankenhaus bestmöglich versorgt zu werden. Durch die freie Arztwahl (z. B. Chefarzt) wird die beste ärztliche Betreuung durch Spezialisten, Privatärzte, Chefärzte oder Professoren gesichert. Mit einem stationären Ergänzungstarif kann der Komfort eines Ein- oder Zwei-Bett-Zimmers mit der freien Arztwahl kombiniert werden.

Auch das Thema der ambulanten Operationen hat sich in den letzten Jahren weiter entwickelt. Operationen, die noch vor wenigen Jahren mit einem längeren Krankenhausaufenthalt verbunden waren, können mittlerweile ambulant in der Praxis oder in einer Klinik durchgeführt werden. Und das auf höchstem medizinischem Niveau, ohne Verzicht auf Sicherheit.

Immer mehr Patienten in Deutschland entscheiden sich deshalb für eine ambulante Operation und erholen sich lieber in den eigenen vier Wänden.

Zusätzlich haben Patienten ab dem 18. Lebensjahr in den ersten 28 Tagen im Krankenhaus eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 Euro pro Tag bis max. 280,00 Euro selbst zu tragen. Alleinerziehende mit Kindern unter 12 Jahren erhalten von der GKV in der Regel für die Zeit des Aufenthalts im Krankenhaus eine Haushaltshilfe.

Im Einzelfall ist abzuwägen, ob Mehrkosten, die durch den Krankenhausaufenthalt entstehen, wie z. B. Fahrtkosten der Angehörigen oder der Ausfall von Einkommensbestandteilen, z. B. Schichtzulage, durch den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung abgedeckt werden sollen.

Eine Krankenhaustagegeldversicherung kann – unabhängig vom Ausgleich für Zuzahlungen – auch als eine Möglichkeit betrachtet werden, sich gewisse Annehmlichkeiten (z. B. Zeitschriften, Fernseher, Telefon am Bett, ...) im stationären Krankheitsfall zusätzlich zu gönnen.

2.1.4 Freie Krankenhauswahl

Bei einem Krankenhausaufenthalt ergibt sich für den Kassenpatienten folgende Einschränkung: Es erfolgt die Einweisung in das nächste erreichbare sowie geeignete Krankenhaus und nicht in das vom Patienten gewünschte.

Bei der Wahl einer Zusatzversicherung sollte darauf geachtet werden, dass auch die Mehrkosten übernommen werden, wenn der Versicherte sich für ein anderes als das vom einweisenden Arzt genannte Krankenhaus entscheidet. Diese Fälle sind in der Praxis jedoch eher die Ausnahme, da der Patient das Krankenhaus auch aus persönlichen oder religiösen Gründen ablehnen kann.

84 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

2.1.5 Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit

Nach dem Haushaltsbegleitgesetz (HBG) von 1984 und dem Beitragsentlastungsgesetz von 1997 müssen gesetzlich versicherte Arbeitnehmer nach Ablauf der Lohnfortzahlung, die in der Regel sechs Wochen beträgt, mit einem Einkommensverlust von mehr als 20 % rechnen.

Der Einkommensverlust ergibt sich daraus, dass ein Krankengeld in Höhe von 70 % vom Bruttoeinkommen (max. aus 4.425,00 Euro im Jahr 2018), jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoeinkommens gezahlt wird. Im Jahr 2018 beträgt das kalendertägliche Höchstkrankengeld 103,25 Euro (monatlich 3.097,50 Euro). Davon werden zurzeit 12,125 % Arbeitnehmeranteil für Arbeitnehmer mit Kindern und 12,375 % für Kinderlose zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung abgezogen. Für ein und dieselbe Krankheit leistet die gesetzliche Krankenversicherung längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren eine Unterstützung.

Da die eigenen Kosten wie Miete und Lebenshaltungskosten ungeachtet der Krankheit in voller Höhe weiterlaufen, empfiehlt sich der Abschluss einer Krankentagegeldversicherung, die im Anschluss an die Lohnfortzahlung die Einkommenslücke ausgleicht.

Das folgende Beispiel zeigt, dass dem Einzelnen bei einem Bruttoeinkommen von 3.600,00 Euro eine monatliche Lücke von 475,78 Euro beim Bezug von Krankengeld verbleibt.

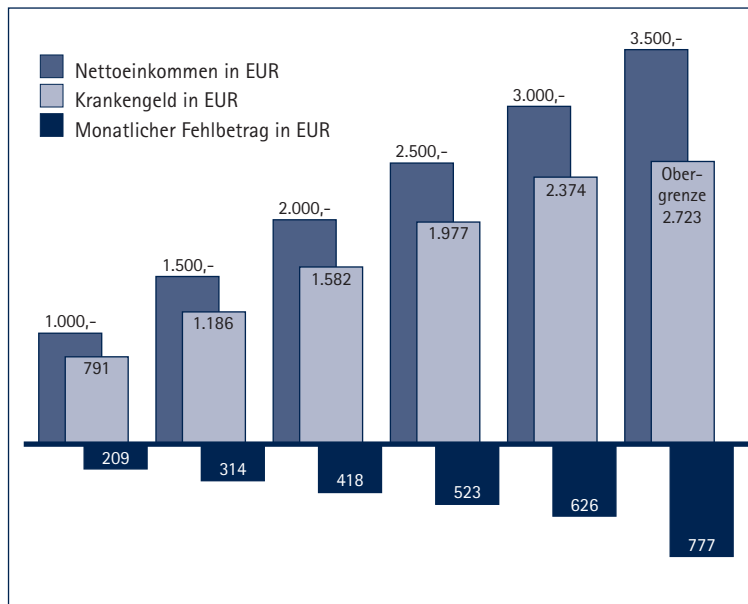
Bruttoeinkommen	3.600,00 Euro
Nettoeinkommen	2.280,00 Euro
Krankengeld = 70 % v. Brutto, jedoch nicht mehr als 90 % v. Netto, max. 70 % aus BBG 4.425,00 Euro	2.052,00 Euro
davon 12,075 % HBG	247,78 Euro
verbleibendes Krankengeld	1.804,22 Euro
<u>Lücke</u> zwischen Nettoeinkommen und verbleibendem Krankengeld	475,78 Euro

Für Versicherte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entsteht eine zusätzliche Lücke: Bei einem Bruttoeinkommen von 6.100,00 Euro ergibt sich eine monatliche Lücke von 776,52 Euro.

Bruttoeinkommen	6.100,00 Euro
Nettoeinkommen	3.500,00 Euro
Krankengeld = 70 % v. Brutto, jedoch nicht mehr als 90 % v. Netto, max. 70 % aus BBG 4.425,00 Euro	3.097,50 Euro
davon 12,075 % HBG	374,02 Euro
verbleibendes Krankengeld	2.723,48 Euro
<u>Lücke</u> zwischen Nettoeinkommen und verbleibendem Krankengeld	776,52 Euro

Das Beispiel macht deutlich, dass ein Krankentagegeld unabdingbar erforderlich ist. Es sei denn, der Einzelne kann im Ernstfall auf mehr als 20 % (bei einem Pflichtversicherten) seines Nettoeinkommens verzichten, auch wenn für ihn die Miete oder die Belastung für das Haus oder das Auto weiterlaufen. Fehlt das Krankentagegeld oder ist es zu niedrig, kann eine längere Krankheit oder eine länger andauernde Unfallfolge die finanzielle Existenz gefährden.

Höheres Einkommen = höhere Einkommenslücke



Für Selbstständige stellt die Einkommenssicherung eine noch größere Problematik dar. Da es hier keine Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch einen Arbeitgeber gibt, spielen für diese Personengruppe der Leistungsbeginn und die Leistungsdauer eine besondere Rolle.

Selbstständige und Freiberufler haben ab dem ersten Tag einen Verdienstaussfall entweder in Form entgehender Gewinne, ausfallenden kalkulatorischen Unternehmerlohns oder zusätzlicher Kosten für die Beschäftigung einer Vertretung (Beispiel: Ein erkrankter, niedergelassener Arzt lässt sich durch einen anderen Arzt vertreten). Hier muss der Betreffende selbst entscheiden, wie viele Tage Erkrankung er finanziell verkraften kann, ohne einen Ersatz des Verdienstaussfalls versichern zu müssen.

Die Höhe des Krankentagegeldes richtet sich bei Selbstständigen und Freiberuflern nach dem Einkommen, das durch die üblichen Regeln der Einnahme- / Überschussrechnung oder der Bilanzierung festgestellt wird, abzüglich der zu zahlenden Steuern. Da das Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit und damit auch das höchstens zulässige Tagegeld oft schwanken, ist die Höhe des Tagegeldes jährlich zu überprüfen und ggf. eine Anpassung beim PKV-Unternehmen zu beantragen. In der Existenzgründungsphase unterliegt die Berechnung des Krankentagegeldes besonderen Regelungen, da üblicherweise keine oder nur geringe Gewinne aus einem Gewerbebetrieb anfallen. Hier gilt es, die Angebote des Marktes sorgfältig zu prüfen, um den Existenzgründer angemessen absichern zu können.

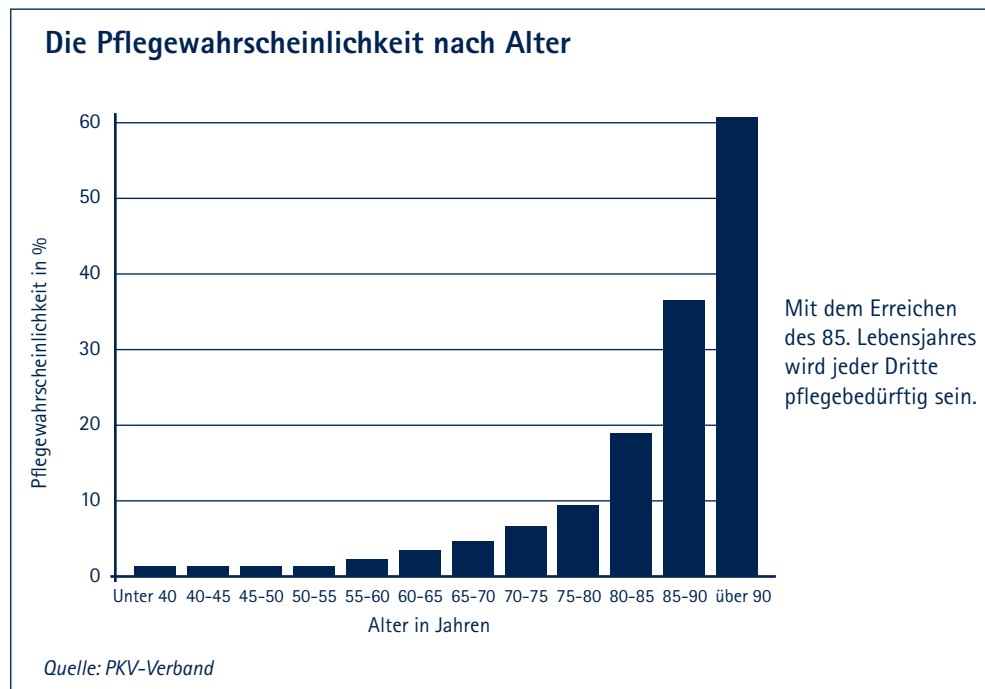
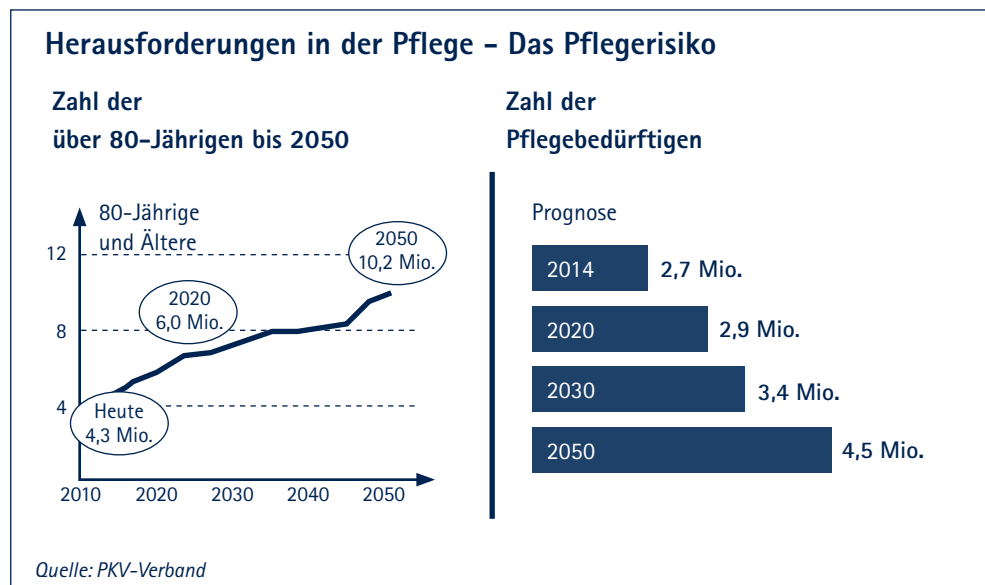
Ein wichtiger Aspekt für Selbstständige und Freiberufler ist die Absicherung der Betriebskosten. Betriebskosten sind Aufwendungen, die unmittelbar durch den Betrieb oder die Ausübung des handwerklichen Berufs bedingt sind. Es muss sich um fortlaufende Verpflichtungen handeln, die auch dann anfallen, wenn aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person die Erwerbstätigkeit nicht ausgeübt werden kann. Dazu zählen Miete, Heizung, Strom, Wasser, Reinigung, laufende Kosten für Kraftfahrzeuge, Telefonanlagen, Maschinen, Kosten für Personal, betriebliche Versicherungen, Beiträge für Innungen sowie Abschreibungen auf langlebige

86 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

Wirtschaftsgüter. Die Absicherung der Betriebskosten über eine Krankentagegeldversicherung wird von einigen Krankenversicherungsgesellschaften angeboten.

2.1.6 Vermögenssicherung im Pflegefall

Ein an die Krankenversicherung angrenzendes Thema stellt die Pflegeversicherung dar. Das Durchschnittsalter und die Lebenserwartung steigen, es gibt immer mehr ältere und immer weniger junge Menschen. Damit nimmt auch die Zahl der Pflegebedürftigen zu.



Seit dem 01.04.1995 erbringen die Pflegekassen Leistungen für ambulante Pflege, seit dem 01.07.1996 auch für stationäre Pflege.

Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten >> 87

Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied oder familienversichert in der gesetzlichen Pflegeversicherung war.

Vollstationäre Pflege erbringt die Pflegeversicherung, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommen. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, also für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung; die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Pflegebedürftige selbst. Die soziale Pflegepflichtversicherung gewährleistet also nur eine Grundabsicherung.

Bei der ambulanten Pflege können Pflegebedürftige zwischen Sachleistungen und Pflegegeld wählen.

Mit Wirksamwerden des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) zum 1. Januar 2015 wurde insbesondere die ambulante Pflege gestärkt sowie die Leistungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und neue ambulante Wohnformen ausgeweitet und flexibilisiert. Viele Leistungen für Versicherte stiegen pauschal um 4 % und betragen bis zum 31.12.2016:

Gesetzliche Pflegeleistungen		Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
ambulant	- Pflegegeld: Pflege durch Angehörige erhöht z. B. bei Demenz	0,00 EUR 123,00 EUR	244,00 EUR 316,00 EUR	458,00 EUR 545,00 EUR	728,00 EUR
	- Pflegesachleistung: Pflege durch Pflegedienst erhöht z. B. bei Demenz	0,00 EUR 231,00 EUR	468,00 EUR) 689,00 EUR	1.144,00 EUR 1.298,00 EUR	1.612,00 EUR
	Leistung bei Härtefällen				1.995,00 EUR
stationär	Leistungen				
	vollstationäre Pflege im Pflegeheim Leistung bei Härtefällen		1.064,00 EUR	1.330,00 EUR	1.612,00 EUR 1.995,00 EUR
	Unterkunft/Verpflegung		kein Ersatz	kein Ersatz	kein Ersatz

Zusätzliche Betreuungsleistung bei Einschränkung der Alltagskompetenz z. B. bei Demenz: je nach Umfang der Einschränkung 104,00/208,00 Euro

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Damit erhalten erstmals alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung – unabhängig davon, ob sie an körperlichen Einschränkungen leiden oder an einer Demenz erkrankt sind. Damit einher geht ein neues Begutachtungsverfahren, das den Grad der Selbstständigkeit ermittelt und auf dieser Grundlage fünf Pflegegrade bestimmt. Die bisherigen Pflegestufen wurden entsprechend der nachfolgenden Tabelle in Pflegegrade überführt. Wer bereits pflegebedürftig war, erhielt Vertrauensschutz.

88 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

Pflegestufen	Pflegegrade
./.	1
0 + Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	2
I	2
I + Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II + Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4
III Härtefall	5
III Härtefall + Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung betragen seit dem 01.01.2017:

	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Geldleistung ambulant (z. B. Pflegegeld bei Pflege durch Angehörige)		316 EUR	545 EUR	728 EUR	901 EUR
Sachleistung ambulant (Pflege durch Pflegedienst)		689 EUR	1.298 EUR	1.612 EUR	1.995 EUR
Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden) - unabhängig des Pflegegrades 125 Euro					
Leistungsbetrag stationär	125 EUR	770 EUR	1.262 EUR	1.775 EUR	2.005 EUR

Das ebenfalls zum 01.01.2017 in Kraft getretene PSG III bildet den Abschluss der durch die Bunderegierung initiierten Pflegereform. Das PSG III soll die Pflegeberatung in den Kommunen stärken. Pflegebedürftige und ihre Angehörige erhalten dadurch künftig eine Beratung aus einer Hand. Außerdem werden die Kontrollen verschärft, um Pflegebedürftige, ihre Familien und die Pflegekräfte besser vor betrügerischen Pflegediensten zu schützen.

Da die Pflegepflichtversicherung nur eine pflegerische Grundversorgung darstellt, ist es notwendig, zusätzlich für den Pflegefall privat vorzusorgen.

Um die Versorgungslücken zu schließen, bestehen folgende Möglichkeiten:

Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Seit dem 01.01.2013 kann die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung – kurz „Pflege-Bahr“ – von den privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden. Zugang zum Vertrag können grundsätzlich Personen ab dem 18. Lebensjahr (bei den Unternehmen, die den „Pflege-Bahr“ anbieten), unabhängig vom individuellen Gesundheitszustand, verlangen, die in der privaten (PPV) oder sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und keine Leistungen aus der SPV oder PPV beziehen. Durch den Abschluss des Vertrages erhält die versicherte Person einen Pflegevorsorgezulage vom Staat.

Pflegerentenversicherung

Pflegerentenversicherungen werden von Lebensversicherern angeboten. Neben der monatlichen Beitragszahlung wird auch die Einmalzahlung angeboten. Die Pflegerente wird unabhängig von den tatsächlich entstehenden Kosten gezahlt.

Pflegekostenversicherung

Eine Variante der privaten Pflegezusatzversicherung ist die Pflegekostenversicherung. Sie wird von einigen privaten Krankenversicherungsgesellschaften angeboten. In Abhängigkeit von den tatsächlich entstandenen Pflegekosten, die per Rechnungen nachgewiesen werden müssen, wird ein vertraglich definierter Anteil erstattet. Idealerweise übernimmt die Pflegekostenversicherung alle verbleibenden Kosten. Bei einigen Versicherern ist die Summe bis zu einer jährlichen Höchstgrenze beschränkt. Darüber hinaus sollten folgende Leistungen und Bedingungen gegeben sein:

- Einschluss aller Pflegegrade,
- kein Unterschied der Leistungen bei Pflege durch Angehörige/Freunde oder durch professionelle Pflegedienste,
- Anpassung der Leistungen bei Pflegekostensteigerungen analog der Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung,
- Übernahme der festgestellten Pflegegrade der gesetzlichen Pflichtversicherung,
- lebenslanger Versicherungsschutz,
- Erstattung von Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei (teil-)stationärer Pflege,
- Verzicht auf tarifliche Wartezeiten,
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers.

Pflegetagegeldversicherung

Eine weitere Variante der privaten Pflegezusatzversicherung ist die Pflegetagegeldversicherung. Sie wird von vielen privaten Krankenversicherungsgesellschaften angeboten. Zusätzlich zur Pflegepflichtversicherung wird im Pflegefall ein vorher vertraglich vereinbartes, tägliches Pflegegeld gezahlt. Die Höhe des Pflegetagegeldes richtet sich ggf. nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Der volle Tagessatz bei ambulanter Pflege wird häufig erst in den Pflegegraden 4 oder 5 ausgezahlt. Ebenso kann eine Abstufung im Vergleich zur stationären Pflege erfolgen, wenn die Pflege im häuslichen Umfeld erfolgt. Das Pflegetagegeld ist nicht zweckgebunden und kann frei verwendet werden. Folgende Leistungen und Bedingungen sollten bei Pflegetagegeldversicherungen gegeben sein:

- bedarfsgerechte und flexible Absicherung aller Pflegegrade sowohl bei ambulanter als auch stationärer Pflege,
- kein Unterschied der Leistungen bei Pflege durch Angehörige/Freunde oder durch professionelle Pflegedienste,

90 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

- tarifliche Dynamik der Leistungen zur Anpassung des Pfl egetagegeldes an die Pflegekostensteigerungen ohne erneute Gesundheitsprüfung, auch im Leistungsfall,
- Übernahme der festgestellten Pflegegrade der Pflegepflichtversicherung,
- integriertes Optionsrecht im Rahmen von Einstiegsangeboten zum späteren Wechsel in ein höherwertiges Pfl egetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung,
- lebenslanger Versicherungsschutz,
- Verzicht auf tarifliche Wartezeiten,
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers.

>> 2.2 Sinnvolle Ergänzungsversicherungen

Die folgenden Leistungsbereiche können ebenfalls zu erheblichen finanziellen Belastungen oder Problemen bei der Versorgung im Krankheitsfall führen. Im Gegensatz zu den vorher genannten Leistungseinschränkungen handelt es sich jedoch nicht um existenzbedrohende Risiken.

Eine Absicherung ist sinnvoll, da sie zum einen die Gewähr gibt, dass man nicht gerade zur falschen Zeit mit zusätzlichen Ausgaben belastet wird. Zum anderen bietet sie auch die Sicherheit, sich das leisten zu können, was man für seine eigene Gesundheit als sinnvoll ansieht, etwa die Möglichkeit, Vorsorgeleistungen unabhängig von gesetzlich eingeführten Programmen oder Heilpraktiker in Anspruch nehmen zu können.

2.2.1 Vorsorgeuntersuchungen

Auch wenn es im Widerspruch zum immer wieder propagierten Vorsorgegedanken steht: Zahlreiche Vorsorgeuntersuchungen werden von den Krankenkassen nicht mehr übernommen. So werden z. B. Mammografien, PSA-Screenings und Augeninnendruckuntersuchungen nur noch bezahlt, wenn ein konkreter Verdacht vorliegt.

Wer ohne diesen Verdacht für sich Gewissheit haben will, muss selbst zahlen. Da in weiten Teilen der Bevölkerung eine rechtzeitige Vorsorge als sinnvoll angesehen wird, haben die privaten Krankenversicherer mit einem breiten Angebot entsprechender Ergänzungsversicherungen reagiert. Da die Angebote sehr unterschiedlich sind, sollte eine detaillierte Beratung erfolgen, um festzustellen, welche Leistungen auf diesem Gebiet, insbesondere aus medizinischer Sicht, tatsächlich sinnvoll sind.

2.2.2 Naturheilverfahren/Heilpraktiker

Obwohl mittlerweile sieben von zehn Bundesbürgern andere als schulmedizinische Heilverfahren nutzen, übernehmen die Krankenkassen diese Kosten in der Regel nicht. Daher ist für GKV-Versicherte, die sich für alternative Heilmethoden interessieren, ein privater Ergänzungsbaustein die einzige Möglichkeit, sich diese begehrten Leistungen zu sichern.

„Alternativmedizin“ ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Zur Alternativmedizin gerechnet werden z. B. Naturheilverfahren, Neuraltherapie, ausleitende Verfahren, Homöopathie und Akupunktur. Obwohl die alternativen Heilverfahren als „Erfahrungsheilkunde“ oft im Gegensatz zur naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin gesehen werden, sind die Grenzen zwischen beiden Ausrichtungen fließend. So sind beispielsweise die klassischen Naturheilverfahren wie etwa Wärme-, Wasser- und Bewegungstherapie längst in die Schulmedizin integriert.

Allen alternativen Heilverfahren ist gemeinsam, dass sie nicht den einzelnen kranken Körperbereich, sondern den ganzen Menschen betrachten und in die Therapie mit einbeziehen. Nicht die Behandlung von Symptomen wird angestrebt, sondern der Körper soll mit in der Natur vorkommenden Mitteln in seiner eigenen Heil- und Regulationsfähigkeit unterstützt werden.

Ursprünglich sind alternative Heilverfahren die Domäne der Heilpraktiker gewesen. Aber heute erweitern auch immer mehr Ärzte ihr schulmedizinisches Behandlungsspektrum um alternative Behandlungsmethoden. Diese Alternativverfahren sind nicht in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgebildet. So berechnen viele Ärzte ihre Leistungen nach dem Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen der Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e.V. (Hufelandverzeichnis), das ihnen eine Orientierungshilfe für die Berechnung alternativer Verfahren bietet. Für die Heilpraktiker ist das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) als Abrechnungsgrundlage vorhanden.

Beide „Gebührenverzeichnisse“ sind keine amtlichen Gebührenordnungen. Lediglich die Beihilfevorschriften für Beamte verweisen auf das GebüH als Maßstab für die Beihilfefähigkeit bei Behandlungen durch Heilpraktiker. Eine Vielzahl alternativer Heilverfahren wird vom GebüH nicht erfasst. Dagegen sind im GebüH aber auch Leistungen aufgeführt, die im Hufelandverzeichnis nicht enthalten sind.

Das Angebot für diesen Ergänzungsbaustein ist groß. Es ist sinnvoll, dass auch neuartige alternative Verfahren, die sich als erfolgversprechend bewähren, mitversichert sind, unabhängig davon, ob sie durch Ärzte oder Heilpraktiker durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang sollten auch die verordneten Medikamente erstattet und auf Summenbegrenzungen verzichtet werden.

2.2.3 Zuzahlungen

Das Thema Zuzahlungen ist vielfältig. Bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln, Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalten, Krankentransporten oder medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter sind Zuzahlungen zu leisten (siehe Übersicht Seite 72). Wichtig bei der Wahl einer Ergänzungsversicherung für diesen Bereich ist die tarifliche Aussage, dass bei den Zuzahlungen Bezug auf das Gesetz genommen wird und keine konkreten Beträge genannt werden. Somit sind Erhöhungen der gesetzlichen Zuzahlungen durch die Dynamik mitversichert.

92 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

2.2.4 Brillen/Kontaktlinsen

Wer auf Sehhilfen angewiesen ist, interessiert sich aus eigener Erfahrung in hohem Maße für eine gute Absicherung.

Die Krankenkassen übernehmen keine Kosten mehr für Brillen und Kontaktlinsen. Ausnahme sind Kinder unter 18 Jahren und Menschen mit einer extrem starken Sehbeeinträchtigung. Kosten von mehreren hundert Euro sind oft die Folge. Diese können mithilfe einer entsprechenden Ergänzungsversicherung zumindest teilweise aufgefangen werden.

>> 2.3 Rückerstattungsmodelle in der Ergänzungsversicherung

Auch bei Ergänzungsversicherungen gibt es Tarife mit Rückerstattungsmodellen.

Der Kunde kann dann für sich entscheiden, ob er die Rechnungen selbst bezahlt und damit die Inanspruchnahme der Rückerstattung sichert oder ob er den Versicherer in Anspruch nimmt, wenn eine bestimmte Belastungsgrenze überschritten wird.

Dabei kann man grundsätzlich zwischen zwei Arten von Rückerstattungen unterscheiden:

- **erfolgsabhängige Rückerstattung**
Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung stellt eine vom Geschäftsergebnis des Versicherers abhängige Art der Überschussverwendung dar.
- **erfolgsunabhängige Rückerstattung / Pauschalleistung**
Bei Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen hat der Versicherte einen direkten, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgeschriebenen Anspruch auf Beitragsrückerstattung, unabhängig vom jeweiligen Geschäftsergebnis des Unternehmens.

>> 2.4 Optionstarife

Bei der Beratung über private Ergänzungs- und Vollkostenversicherungen ist der Hinweis auf Optionstarife in den meisten Fällen für den Vermittler verpflichtend. Durch einen Optionstarif ist sichergestellt, dass Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung ausbauen können. Unter dem Gesichtspunkt der Beratungshaftung liegen Vermittler damit immer auf der sicheren Seite. Selbst wenn ein Optionstarif nicht abgeschlossen wird, sollte er auf jeden Fall Gegenstand der Beratung sein.

Das Prinzip bei einem Optionstarif ist einfach: Er wird zusammen mit einer Ergänzungs- oder Vollkostenversicherung abgeschlossen. Der Optionstarif garantiert den Versicherten die Möglichkeit, später ohne erneute Risikoprüfung in einen höherwertigen Versicherungsschutz wechseln zu können – im Extremfall von einer Ergänzungsversicherung mit geringem Leistungsumfang in einen Top-Tarif der Vollkostenversicherung.

Damit umgehen Versicherte eine grundsätzliche Schwierigkeit: Wenn sie jung sind, haben sie keine Probleme mit der Risikoprüfung, können sich den gewünschten Versicherungsschutz aber meist nicht leisten. Wenn sie älter sind, können sie sich den Versicherungsschutz zwar leisten, bekommen aber wegen eines schlechteren Gesundheitszustands eventuell Probleme mit der Risikoprüfung. Da der Optionstarif für junge Menschen nur wenige Euro pro Monat kostet und eine kleine Ergänzungsversicherung ebenfalls für einen sehr geringen Beitrag zu haben ist, ist der Abschluss eines Optionstarifs auch bei einem geringen Einkommen möglich.

Konkreten Bedarf gibt es in vielen Lebenssituationen. Einige Beispiele:

- Junge Menschen können ihren konkreten späteren Bedarf nicht vorhersehen, wollen sich aber maximale Flexibilität sichern.
- Berufseinsteiger können sich keinen umfassenden Schutz über Ergänzungsversicherungen leisten, wollen den Versicherungsschutz aber später ausbauen.
- Junge Arbeitnehmer unterliegen erst der Pflichtversicherung in der GKV, wollen aber später in die PKV wechseln.

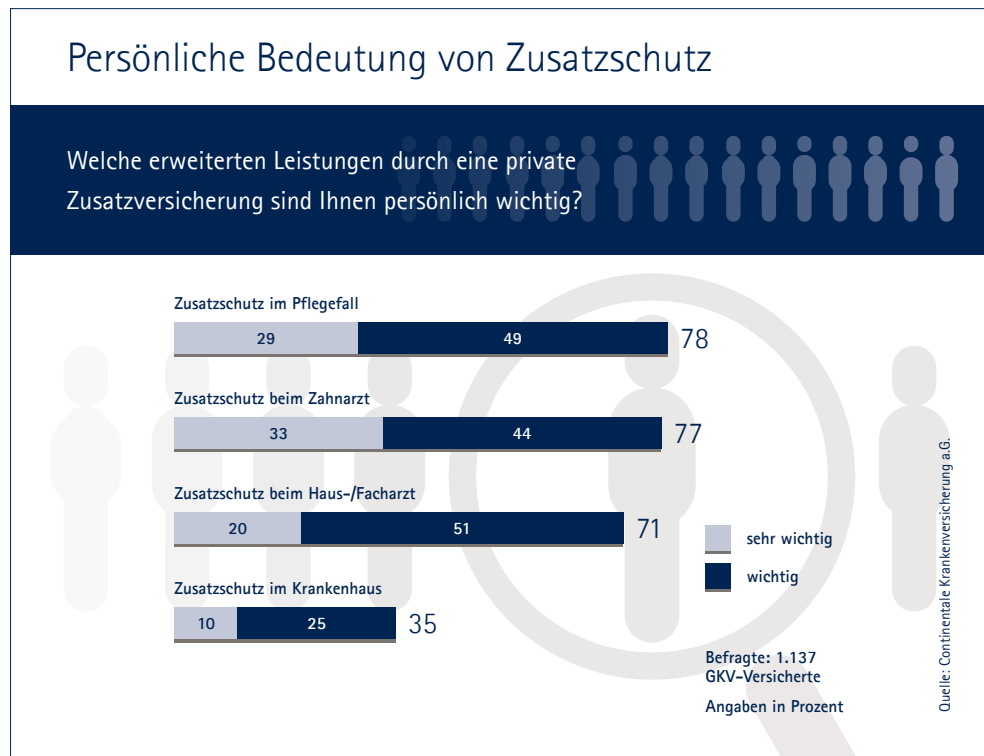
In jedem Fall ist der Abschluss eines Optionstarifs ratsam; er sollte jedoch einige grundlegende Anforderungen erfüllen:

- Er sollte eine lange Laufzeit und ein hohes Endalter haben, um langfristig Flexibilität zu ermöglichen.
- Er sollte eine Kombination aus festen und variablen Optionszeitpunkten bieten, damit Versicherte ihren Schutz anpassen können, wenn sie es brauchen.
- Bei den Zieltarifen sollte es keine Begrenzungen geben, damit der Kunde wirklich eine komplette Auswahl hat.

3 Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

>> 3.1 Persönliche Bedeutung von Zusatzschutz

Nach der Continentale Studie aus dem Jahr 2016¹ beurteilen GKV-Versicherte erweiterte Leistungen durch eine private Zusatzversicherung wie folgt:



81 Prozent der gesetzlich Versicherten erwarten jetzt oder spätestens in Zukunft, dass eine gute medizinische Versorgung nur durch private Vorsorge zu erreichen ist beziehungsweise zu erreichen sein wird. Am wichtigsten sind ihnen Zusatzschutz im Pflegefall (78 Prozent) sowie Zusatzschutz beim Zahnarzt (77 Prozent). Auch der Zusatzschutz beim Hausarzt oder Facharzt spielt für 71 Prozent der Befragten eine große Rolle. Weniger Bedeutung hat der Zusatzschutz im Krankenhaus, den lediglich rund ein Drittel der Befragten wichtig finden (35 Prozent).

Erweiterten Schutz im Pflegefall sehen mehr als drei Viertel als wichtig an. Das deckt sich mit früheren Befragungen. So zeigte die Continentale-Studie 2014: Die größte Angst hat die Bevölkerung vor der Pflegebedürftigkeit, die größte Notwendigkeit privater Vorsorge sieht sie bei der Pflegebedürftigkeit, allerdings sorgt sie in keinem Bereich so wenig vor. Nur 4 Prozent der Bevölkerung hat eine private Pflegezusatzversicherung.

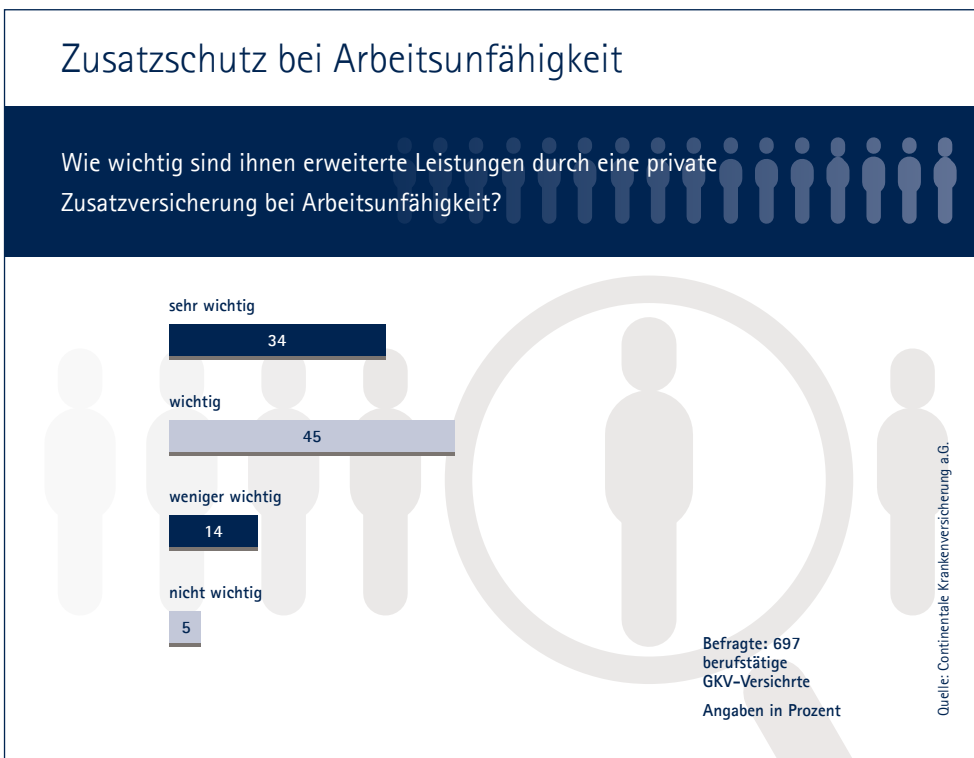
Besonders wichtig ist den Befragten zudem der Zahnzusatzschutz, einem Drittel sogar sehr wichtig. Die persönliche Bedeutung nimmt mit dem Alter ab: 89 Prozent der 25- bis 39-Jährigen finden Zusatzschutz beim Zahnarzt wichtig, 82 Prozent der 40- bis 49-Jährigen und 71 Prozent der ab 50-Jährigen. Die konkrete Vorsorge fällt wieder geringer aus: Nur 21 Prozent der

¹ Die vollständigen Continentale-Studien finden Sie unter www.pkv-ratgeber.de

Bevölkerung hat zusätzliche Zahntarife abgeschlossen. Damit ist die Durchdringung höher als im existenziell wichtigeren Pflegebereich.

Auch bei dieser Frage spielt die generelle Meinung zum Gesundheitswesen eine Rolle. Wer mit diesem insgesamt hinsichtlich Preis und/oder Leistung unzufrieden ist, findet den Schutz bei den klassischen Krankenzusatzversicherungen „Zahn“, „ambulant“ und „stationär“ wichtiger (im Schnitt 8 Prozentpunkte). Auch bei der Pflege zeigt sich diese Tendenz.

Für Berufstätige stellt sich darüber hinaus die Frage nach zusätzlichem Schutz bei Arbeitsunfähigkeit:



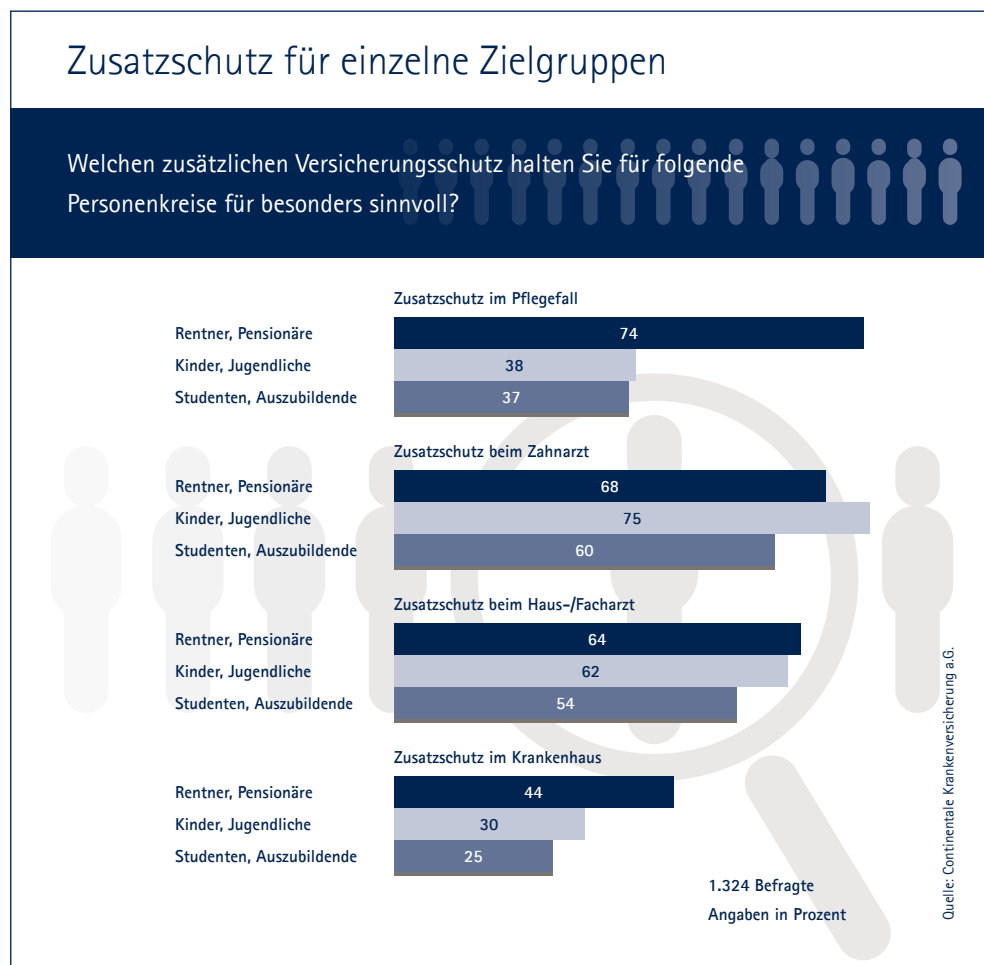
Mehr als drei Viertel der berufstätigen GKV-Versicherten finden privaten Zusatzschutz bei Arbeitsunfähigkeit für sich persönlich wichtig, ein Drittel sogar sehr wichtig. Als nicht wichtig erachten die private Vorsorge nur 5 Prozent.

Vor allem die 25- bis 39-Jährigen sehen bei sich Bedarf an zusätzlicher Absicherung. Für den Fall der Arbeitsunfähigkeit ist 91 Prozent eine private Zusatzversicherung wichtig, 42 Prozent sogar sehr wichtig. Von den 40- bis 49-Jährigen finden den zusätzlichen Schutz 82 Prozent wichtig, von den ab 50-Jährigen noch 67 Prozent.

Mit 83 Prozent finden Frauen private Vorsorge bei Arbeitsunfähigkeit häufiger wichtig als Männer (75 Prozent). Im 1- bis 2-Personenhaushalt hat der Zusatzschutz weniger Bedeutung (75 Prozent) als im 3- oder Mehr-Personenhaushalt (85 Prozent). Und mit steigendem Einkommen nimmt die für sich persönlich wahrgenommene Wichtigkeit einer Zusatzversicherung bei Arbeitsunfähigkeit tendenziell ab: von 83 Prozent derer mit einem Haushaltsnettoeinkommen von unter 1.500 Euro auf 72 Prozent derer mit einem Haushaltsnettoeinkommen ab 4.000 Euro.

>> 3.2 Zusatzschutz für einzelne Zielgruppen

Für die Continentale Studie 2016 wurde die Gesamtbevölkerung gefragt, welche private Zusatzversicherung sie für bestimmte Personengruppen für besonders sinnvoll hält. Die meisten Nennungen: zusätzlicher Schutz im Pflegefall für Rentner und Pensionäre (74 Prozent). Generell scheinen die Befragten den größten privaten Vorsorgebedarf bei dieser älteren Zielgruppe zu sehen. Denn auch beim Zusatzschutz beim Haus- oder Facharzt (64 Prozent) sowie im Krankenhaus (44 Prozent) liegt sie vorne. Studenten und Auszubildende werden hingegen in jeder Kategorie am seltensten genannt.



Wie die Auswertung (siehe vorige Grafik) zeigt, bewertet die Mehrheit der Befragten die Kategorie „Zahn“ als sinnvollste. Auffällig ist, dass der Zusatzschutz beim Zahnarzt eine Ausnahme bei der Rangreihenfolge der Zielgruppe darstellt. Den Zahnzusatzschutz findet die Mehrheit (68 Prozent) für Rentner und Pensionäre zwar ebenfalls sinnvoll, häufiger sehen die Befragten die Notwendigkeit dieses Schutzes jedoch bei Kindern und Jugendlichen (75 Prozent). Ebenfalls sinnvoll für alle drei Zielgruppen finden die Befragten mehrheitlich den Zusatzschutz beim Haus- oder Facharzt.

Es fällt auf, dass die Befragten den größten privaten Vorsorgebedarf vornehmlich bei der älteren Zielgruppe sehen. Eine zusätzliche Absicherung sei vor allem für den Pflegefall, beim Zahnarzt und beim Haus- oder Facharzt wichtig, so das Ergebnis der Studie.

Durchweg als letzte Zielgruppe nennen die Befragten die Studenten und Auszubildenden – obwohl gerade diese Zielgruppe im richtigen Alter ist, um heute den notwendigen Zusatzschutz für später abzuschließen. Ist das Rentenalter erst erreicht, ist es dafür häufig schon zu spät.

Die Antworten der Befragten sind dabei stark von ihrem Alter abhängig. So bewerten die Befragten ab 50 Jahren zusätzlichen Schutz seltener als sinnvoll – und zwar unabhängig der Zielgruppe. Die Gruppe mit den meisten Nennungen ist die der 30- bis 39-Jährigen. Sie erachten den Zusatzschutz in allen vier Bereichen über alle abgefragten Zielgruppen hinweg am häufigsten als besonders sinnvoll.

>> 3.3 Beitragskalkulation in der Ergänzungsversicherung

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

Die frühere geschlechtsabhängige Kalkulation (Bisex) ist durch ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 01.03.2011 für Neuverträge seit 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.

Tarife nach Art der Lebens- und Schadenversicherung

In Deutschland werden Krankenversicherungen in der Regel nach Art der Lebensversicherung kalkuliert. Krankenversicherungen, die nach Art der Schadenversicherung kalkuliert sind, nehmen an Marktbedeutung im Bereich der Ergänzungsversicherung zu.

In den traditionellen, nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Krankenversicherungen werden für die Versicherten Alterungsrückstellungen gebildet. Bei dieser Art der Kalkulation wirkt sich das Älterwerden der Versicherten nicht auf den Beitrag aus; der Beitrag ist unter dem Gesichtspunkt „Alter“ über die gesamte Vertragslaufzeit stabil und muss nicht im fortgeschrittenen Alter wegen der dann notwendigen höheren medizinischen Leistungen angehoben werden. Medizinischer Fortschritt, Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und eine steigende Lebenserwartung können allerdings zu altersunabhängigen Beitragserhöhungen führen.

Bei Krankenversicherungen, die nach Art der Schadenversicherung kalkuliert sind, gibt es dagegen keine Alterungsrückstellungen. Da sich das Alter direkt auf das Risiko und somit auf die Höhe der zu erwartenden Leistungen auswirkt, müssten bei Versicherungen mit diesem Kalkulationsmodell eigentlich jährlich allein wegen des Alterns der Versicherten die Beiträge steigen. In der Praxis ist dies allerdings selten der Fall, denn in der Regel haben nach Art der Schadenversicherung kalkuliert Angebote Beitragsstufen. Dies bedeutet, dass ein durchschnittlicher Risikobeitrag für jüngere und ein durchschnittlicher Risikobeitrag für ältere Versicherte erhoben wird. Für ältere Versicherte erhöht sich der Beitrag dabei in der Regel deutlich. In der Beratungssituation muss der Vermittler seinen Kunden somit deutlich machen, dass nach Art der

98 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

Schadenversicherung kalkulierte Ergänzungsversicherungen einen bedeutenden Vorteil, aber auch einen bedeutenden Nachteil haben.

Der Vorteil: Bei gleichen Leistungen sind sie in jungen Jahren erheblich günstiger als nach Art der Lebensversicherung kalkulierte Tarife, da keine Alterungsrückstellung aufgebaut wird. Daher können junge Kunden über nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Angebote in der Regel einen Leistungsumfang absichern, der ihnen bei den teureren, nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Angeboten finanziell nicht möglich wäre.

Der Nachteil: Ab einer bestimmten Altersgrenze steigt der Beitrag deutlich. Dies kann Kunden finanziell überfordern und zur Kündigung des Versicherungsschutzes zwingen. Und dies geschieht in einem Alter, in dem der Schutz durch Ergänzungsversicherungen besonders wichtig wird. Auf diese Beitragserhöhung im Alter ist bei einem Beratungsgespräch zwingend hinzuweisen.

Wenig sinnvoll ist es, eine Krankenversicherung nach Art der Schadenversicherung mit einem Produkt zu koppeln, das den Beitragsanstieg im Alter auffängt, zum Beispiel eine Rentenversicherung. Die Gesamtkosten liegen dann in der Regel so hoch, dass stattdessen ein Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung abgeschlossen werden kann.

>> 3.4 Marktentwicklung der Zusatzversicherung

In der Vergangenheit hat die GKV immer wieder ihr Leistungsspektrum verändert und häufig eingeschränkt. Dabei sind nahezu in allen Bereichen Lücken in der Absicherung der Gesundheit entstanden, die unter Umständen sogar existenzbedrohende Folgen haben können.

Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, hält daher seit Jahren an. Auch für privat Versicherte lohnt sich ein Blick auf das Angebot an Zusatzversicherungen, um den Leistungsumfang ihrer Vollversicherung sinnvoll zu erweitern. So erhöhte sich der Bestand auch 2016 wieder in fast allen Zusatzversicherungsarten.

Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen >> 99

Die folgenden Zusatzversicherungen werden in der Regel nur von gesetzlich Versicherten abgeschlossen:

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	2017	2016	2015	2014	2013	2012
ambulante Tarife	8.023.300	7.919.800	7.869.800	7.731.700	7.748.200	7.740.200
Veränderung absolut	103.500	50.000	138.100	-16.500	8.000	61.900
Veränderung in %	1,3	0,6	1,8	-0,2	0,1	0,8
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	6.112.000	6.058.600	5.980.400	5.870.800	5.804.300	5.776.600
Veränderung absolut	53.400	78.200	109.600	66.500	27.700	63.800
Veränderung in %	0,9	1,3	1,9	1,1	0,5	1,1
Zahntarife	15.665.000	15.371.900	14.950.000	14.411.000	13.821.800	13.574.400
Veränderung absolut	293.100	421.900	539.000	589.200	247.400	355.600
Veränderung in %	1,9	2,8	3,7	4,3	1,8	2,7
insgesamt*	19.583.300	19.135.300	18.871.800	18.511.200	17.724.700	17.548.400
Veränderung absolut	448.000	263.500	360.600	786.500	176.300	409.000
Veränderung in %	2,3	1,4	1,9	4,4	1,0	2,4

* Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife abschließen. Er wird in diesem Fall mehrfach gezählt. Für die Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert.

Quelle: Rechenschaftsberichte des PKV-Verbandes

Folgende Entwicklungen lassen sich beobachten:

Der Zuwachs an ambulanten Zusatzversicherungen ist in den Jahren 2011 bis 2014 stetig zurückgegangen. So musste die Branche 2014 gar einen Verlust von 0,2 % gegenüber dem Vorjahr verbuchen. Diesem abfallenden Trend konnte die PKV in den vergangenen Jahren erfolgreich entgegenwirken. In 2017 stieg der Bestand ambulanter Zusatztarife auf über 8 Millionen Stück an. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies ein Plus von rund 103.500 Tarifen.

Stationäre Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus verzeichnen seit Jahren einen fortwährenden Zuwachs. Bereits seit 2014 kann der Markt für stationäre Ergänzungsversicherungen ein, dem Vorjahr gegenüber, zunehmendes Wachstum verzeichnen. Das 2017 festgestellte Wachstum in Höhe von 0,9 % entspricht einem Zuwachs von 53.400 Verträgen.

Den höchsten Verbreitungsgrad bei den Zusatzversicherungen zur GKV haben die Zahntarife. In diesem Segment konnten in den vergangenen Jahren durchschnittlich die größten Zuwächse erzielt werden. Allein im Geschäftsjahr 2017 nahm die Anzahl an Zahntarifen um knapp 300.000 Tarife zu und führte damit zu einem Bestand von mehr als 15,6 Millionen Zahnzusatztarifen in der PKV.

Das Angebot an Zahnzusatzversicherungen seitens der privaten Krankenversicherer ist sehr breit gefächert. Vom Einstiegsangebot zur Absicherung von Eigenanteilen beim einfachen Zahnersatz ohne Gesundheitsprüfung bis hin zu Zahnzusatztarifen mit Leistungen für hochwertigen Zahnersatz zu 90 % und Zahnvorsorge- sowie Zahnbehandlungsleistungen wird alles angeboten. Eine flexible Produktpalette im Zahnergängungsbereich ermöglicht, den Kundenbedarf passgenau abzudecken und die vorhandenen Marktpotenziale zu erschließen.

100 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

Nachfolgende Versicherungsarten sind nicht nur für gesetzlich, sondern auch für privat Versicherte als Ergänzung ihrer Vollversicherung interessant:

Zusatzversicherte Personen nach Versicherungsarten	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Krankentagegeldversicherung*	3.612.200	3.597.400	3.583.600	3.585.800	3.605.100	3.627.600
Veränderung absolut	14.800	13.800	-2.200	-19.300	-22.500	28.300
Veränderung in %	0,4	0,4	-0,1	-0,5	-0,6	0,8
Krankenhaustagegeldversicherung	7.740.400	7.803.300	7.864.100	7.936.500	8.027.600	8.153.500
Veränderung absolut	-62.900	-60.800	-72.400	-91.100	-125.900	-92.800
Veränderung in %	-0,8	-0,8	-0,9	-1,1	-1,5	-1,1
Pflegezusatzversicherung	2.732.800	2.676.700	2.583.600	2.481.800	2.355.300	2.186.700
Veränderung absolut	56.100	93.100	101.800	126.500	168.600	306.300
Veränderung in %	2,1	3,6	4,1	5,4	7,7	16,3
Staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung	834.000	777.200	683.600	558.600	353.600	
Veränderung absolut	56.800	93.600	125.000	205.000		
Veränderung in %	7,3	13,7	22,4	58,0		

* In diesen Angaben sind auch vollversicherte Personen mit Krankentagegeldversicherung enthalten.

Quelle: Rechenschaftsberichte des PKV-Verbandes

Auch bei diesen Versicherungsarten lassen sich bestimmte Entwicklungen erkennen: Das Wachstum in der Krankentagegeldversicherung ist unbeständig. Da in den oben genannten Zahlen vollversicherte Personen mit Krankentagegeldversicherung enthalten sind, spielt hier auch das Wachstum der Krankenvollversicherung eine Rolle. Fraglich ist, ob den Versicherten die Versorgungslücke hier wirklich bewusst ist, denn trotz des Absicherungsbedarfes in Folge längerer Arbeitsunfähigkeit spiegelt sich dies in der Entwicklung der Krankentagegeldversicherung nicht wider.

Der Bestand an Krankenhaustagegeldversicherungen sinkt seit Jahren stetig, zuletzt (im Jahre 2017) um rund 63.000 Personen. Eine Änderung dieser Entwicklung zeichnet sich aktuell nicht ab.

Bei der Pflegezusatzversicherung ist ein starkes – wenn auch seit 2013 abnehmendes – Wachstum zu beobachten. So stieg die Zahl an Pflegezusatzversicherungen im Betrachtungszeitraum von ca. 1,9 Millionen in 2011 um ca. 1,7 Millionen Pflegezusatzversicherungen – inkl. der staatlich geförderten Zusatzversicherungen – auf über 3,5 Millionen Verträge im Jahr 2017 an. Dies ist besonders interessant, da die Marktdurchdringung in diesem Bereich noch verhältnismäßig gering ist. Die Versorgungslücke ist groß und das Bewusstsein der Menschen für das Risiko dürfte nicht zuletzt durch die Medienpräsenz der Pflegereformen weiter geschärft werden. Dies sind beste Voraussetzungen für ein weiteres, nennenswertes Wachstum in diesem Segment.

>> 3.5 Kooperationen bzw. Partnerschaften zwischen der GKV und der 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.

Besondere Bedeutung hat das Kooperationsgeschäft jedoch mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 01.04.2007 gewonnen. Die Möglichkeit der Krankenkassen, Ergänzungs- und Zusatzversicherungen im Rahmen von Wahlтарifen anbieten zu können, hat zu einer Verschärfung der Wettbewerbssituation zwischen GKV und PKV und schließlich zu intensivierten 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 Kooperation im Sinne einer besonders intensiven Zusammenarbeit 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 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 Vermittlermarkt 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 zählt außerdem, dass die GKV in der Lage ist, ihre Vermittlungstätigkeit über ihren öffentlich-rechtlichen Status zu subventionieren und dadurch Preisvorteile zu erzielen.

102 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

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

Bei dieser Art der Zusammenarbeit kann der Vermittler zum Einstieg einen GKV-Schutz mit attraktiven Extraleistungen mit 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.

Anhang

>> 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 2018 = 59.400,00 EUR = 12 x 4.950,00 EUR 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 4.950,00 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 4.950,00 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 5.500,00 EUR	PKV-Mitglied
		2. berufstätig, Einkommen 6.000,00 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 > 425,00 EUR (z. B. aus Kapitalvermögen, aus Vermietung/ Verpachtung)	bei Einkommen über 425,00 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)	

>> 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.



Regelung seit 01.08.2017

Durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) werden für jedes Kind drei Jahre auf die Mitgliedszeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung angerechnet. Durch diese Anrechnung wird Betroffenen der Weg in die kostengünstigere Krankenversicherung der Rentner (KVdR) erleichtert. Die Neuberechnung gilt sowohl für Bestands-, als auch für Neurentner/-innen.

>> 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	
Jubiläumszuwendung		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.

>> 4 Beamte und Heilfürsorgeberechtigte

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.

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.

>> 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"> 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.
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"> 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) PKV-Mitgliedschaft möglich
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"> 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) PKV-Mitgliedschaft möglich
E)	zunächst freiwillig GKV-versichert / im Laufe des Jahres selbstständig	Selbstständig	<ul style="list-style-type: none"> Übertritt zur PKV jederzeit möglich, Kündigungsfristen beachten Kann als freiwilliges Mitglied in der GKV bleiben
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)

>> 6 Kündigungsfristen beim Kassenwechsel

Seit Januar 2002 sind Versicherungspflichtige und freiwillig Versicherte beim Wechsel der Krankenkasse gleichgestellt. Sie können zum Ende des übernächsten Monats ab Austrittserklärung die Kasse wechseln.

Kündigungsfrist:

Zum Ende des übernächsten Monats ab Austrittserklärung, Mindestversicherungsdauer bei der „alten“ Kasse 18 Monate.

- Der GKV-Versicherte kündigt seine Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Monats (z. B. im Januar zum 31.03., im Februar zum 30.04., im März zum 31.05. usw.).
- Die „alte“ Kasse stellt unverzüglich – spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung – eine Kündigungsbestätigung aus.
- Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.
- Nach der Kündigung ist das Mitglied dann 18 Monate an die neue Kasse gebunden. Dies gilt auch bei einem Arbeitgeberwechsel. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Vorversicherungszeit von 18 Monaten nicht erfüllt werden muss, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart (z. B. bei einem Wechsel von einer Ersatzkasse zu einer anderen Ersatzkasse oder von einer BKK zu einer anderen BKK) begründet werden soll.
- Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie diesen, kann das GKV Mitglied – anders als bei der normalen Kündigung! – bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitrags-erhebung kündigen.

Wichtig: Wechsel in die PKV nur mit Nachweis möglich!

Will ein freiwillig versichertes GKV-Mitglied (z. B. Selbstständiger) in die PKV wechseln, wird die Kündigung der Mitgliedschaft nur dann wirksam, wenn das Bestehen einer privaten Krankenvollversicherung nachgewiesen wird. Wird der Nachweis nicht innerhalb der Kündigungsfrist erbracht, wird die Kündigung unwirksam. Der GKV-Austritt wäre dann nur nach einer erneuten Kündigung möglich.

A

Allgemeiner Beitragssatz 38
alternative Heilverfahren 91
Alternativmedizin 91
Alterslast 14
Alterungsrückstellungen 15, 44, 45, 54, 59, 61, 97
ambulante Zusatzversicherungen 99
Andersartige Versorgung 82
Äquivalenzprinzip 41
Arbeitgeberbeitrag 38
Arbeitgeberzuschuss 45
Arbeitslosigkeit 46
Art der Lebensversicherung 97
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) 25
Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) 25
Auslandsreisenschutz 81

B

Basistarif 35, 48, 49, 54
Beamte 34, 105
Behandlungsprogramme 76
Beihilfe 34, 105
Beitrag 16, 36, 41, 69
Beitragsanpassungen (BAP) 44
Beitragsentlastungsangebote 45, 55
Beitragsentlastungsgesetz 23
Beitragskalkulation 42, 44
Beitragsrückerstattungen 16, 17
Beitragssatz 37
Beitragssystem 14
Beitragszuschuss 45, 46
Belastungsgrenzen 73
Betriebskosten 85
Bindefristen 56, 78
Bonusprogramme 56
Bonussysteme 16
Brillen/Kontaktlinsen 92
Bürgerentlastungsgesetz 25, 46
Bürgerversicherung 9

C

chronisch Kranke 73

D

Diagnosis Related Groups-System 71
Dreijahresfrist 28

E

Eigenbeteiligungen 72
Einkommenssicherung bei
Arbeitsunfähigkeit 84
erfolgsabhängige Rückerstattung 92
erfolgsunabhängige Rückerstattung 92
Ermäßigter Beitragssatz 38

F

Fallpauschale 71
Familienversicherte 32
Familienversicherung 19, 40, 103
Festzuschuss 81
Finanzierung der Beiträge 51
Finanzierung der Krankenversicherung 52
Finanzierungsverfahren 14
Freiberufler 33, 39
freie Arztwahl im Krankenhaus 83
freie Krankenhauswahl 83
freiwillig Versicherte 31, 39
Freiwillig versicherte Rentner 51

G

Gebührensysteem für Ärzte 70
Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) 91
Gesetzliche Rentenversicherung 51
Gesetzlicher Zuschlag 54
Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs 11
Gesundheitsausgaben 11
Gesundheitsfonds 36, 37, 56
Gesundheitsmodernisierungsgesetz 101
Gesundheitsreform 2000 24
Gesundheitsreformgesetz 23
Gesundheits-Strukturgesetz 23
Gesundheitssystem 29
Gesundheitsversorgung 22
GKV-Finanzierungsgesetz 25, 28
GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 24
GKV-Neuordnungsgesetz 24
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 11, 16, 24, 28, 45
Gleichartige Versorgung 82
Grundleistungen 29
Günstigerprüfung 47

H

Härtefallregelung 39, 74
Hausarzttarif 76

Haushaltsbegleitgesetz 23
Heilfürsorge 34
Heilfürsorgeberechtigte 34, 105
Höchstkrankengeld 84
Höherverdienende Arbeitnehmer 33
Hufelandverzeichnis 91

I
integrierte Versorgung 76

J
Jahresarbeitsentgeltgrenze 33

K
Kapitaldeckungsverfahren 14, 69
Kinder 34
Kinderfreibetrag 41
Kontrahierungszwang 33, 48
Kooperationen 57, 101
Kostenerstattung 17, 56
Kostenerstattungsprinzip 13
Kostenerstattungstarif 77
Krankengeldtarif 77
Krankenhaustagegeldversicherung 83
Krankentagegeldversicherung 84, 100
Krankenversicherung der
 Rentner (KVdR) 32, 104
Krankenversicherungsbeitragsanteil-
 Ermittlungsverordnung (KVBEVO) 47
Kündigungsfristen beim
 Kassenwechsel 74, 107

L
Leistungsdifferenzierungen in der GKV 74
Leistungssystem 15

M
Marktentwicklung 98
Mitgliedschaft in der GKV 30
Mitgliedschaft in der PKV 33

N
Naturheilverfahren 91
Nichtversicherte 33
Notlagentarif 49, 50

O
Optionstarife 16, 92, 93

P
Partnerschaften zwischen
 GKV und PKV 57, 101
Pauschalleistung 16, 17, 92
Personengruppen 30
Pflegekostenversicherung 89
Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) 26
Pflegepflichtversicherung 62
Pflegerentenversicherung 89
Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) 27, 88
Pflegetagegeldversicherung 89
Pflegeversicherung 86
Pflegezusatzversicherung 89, 100
Pflichtangebote 76
Pflichtversicherte 13, 30
Pflicht zur Versicherung 33
Prämienzahlung bei
 Leistungseinschränkung 78
Provisionsregelung 62

R
Rechnungszins 44
Regelversorgung 81
Rentner 40, 51
Rückerstattungsmodelle 16, 92

S
Sachleistungsprinzip 13, 17
Schadenversicherung 97
Selbstbehalttarif 77
Selbstbeteiligungen 16
Selbstständige 33, 39
Service- und Beratungsleistungen 75
Sicherungsmaßnahmen 47
Solidaritätsprinzip 36
Solidaritätsstärkungsgesetz 24
Sonderausgabenabzug 46
Sonderkündigungsrecht 78, 107
Standardtarif 47, 54
Stationäre Behandlung 83
Studenten 40
Systemunterschied 11, 13

T
Tarifleistungen 43
Tarifliche Selbstbeteiligungen 16
Träger der GKV 68

110 >> Stichwortverzeichnis

U

Übertragungswert 61,62
Umlageverfahren 16,69
Umtarifierungsangebote 54

V

Vermögenssicherung im Pflegefall 86
Versicherungsfreie
 Gesellschafter/Geschäftsführer 35
Versicherungspflichtgrenze 28
Versicherungspflichtige Arbeitnehmer 39
Versicherungspflichtige Rentner (KVdR) 51
Versorgungsbezüge 51
Vollstationäre Pflege 87
Vollversicherte 13
Vorgezogene Pauschalerstattung 17

W

Wahlleistungen im Krankenhaus 99
Wahltarife 16,56,76
Wahltarife für besondere
 Therapierichtungen 77
Wahltarif für besondere ambulante
 Versorgungsformen 77
Wahltarif für strukturierte
 Behandlungsprogramme 76
Wettbewerb 58
Wettbewerbssituation 101
Wettbewerbsstärkungsgesetz 60

Z

Zahnergänzungsversicherungen 82
Zahnersatz 81
Zahntarife 99
Zusatzbeitrag 37,56
Zusatzleistungen 29
Zuzahlungen 72,91

Continental Krankenversicherung a.G.
pkv-ratgeber

Ruhrallee 92
44139 Dortmund
www.pkv-ratgeber.de