

Expertenbroschüre

Vergleich der Systeme GKV und PKV

Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte



 PKV RATGEBER

Ausgabe
2019

Expertenbroschüre

Vergleich der Systeme GKV und PKV

Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte

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 Pflegepflichtversicherung	20
2.3 Arzneimittel-Rabatte	21
2.4 Digitalisierung im Gesundheitswesen	21
3 Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber	23
3.1 GKV und PKV als Träger der deutschen Krankenversicherung	23
3.2 Gesundheitsreformgesetze	24
3.3 Zukünftige Lösungsansätze der Politik	29
3.3.1 Ausweitung der Bemessungsgrundlage der GKV	29
3.3.2 Versicherungspflichtgrenze	30
3.3.3 Einschränkung der Leistungen (Grundleistungen/Zusatzleistungen)	30
4 Zuordnung der Personengruppen in die Systeme	32
4.1 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	32
4.1.1 Pflichtversicherte	32
4.1.2 Freiwillig Versicherte	33
4.1.3 Familienversicherte	34
4.1.4 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)	34
4.1.5 Nichtversicherte	35
4.2 Mitgliedschaft in der PKV	35
4.2.1 Höherverdienende Arbeitnehmer	36
4.2.2 Selbstständige und Freiberufler	36
4.2.3 Beamte und Heilfürsorgeberechtigte	36
4.2.4 Versicherungsfreie Gesellschafter/Geschäftsführer	37
4.2.5 Von der Versicherungspflicht in der GKV befreite Personen	37
5 Gestaltung der Beiträge	39
5.1 Beiträge in der GKV	39
5.1.1 Berechnung der Beiträge	40
5.1.2 Beitragssatz	40

5.1.3	Beitragspflichtige Einnahmen	42
5.1.4	Beitragszeit	42
5.1.5	Studenten	42
5.1.6	Rentner	43
5.1.7	Beitrag für nicht Erwerbstätige	43
5.2	Beiträge in der PKV	44
5.2.1	Faktoren der Beitragskalkulation	44
5.2.2	Demografieresistente Beitragskalkulation	46
5.2.3	Bedeutung des Rechnungszinses für die Beitragskalkulation	47
5.2.4	Beitragsanpassungen	47
5.2.5	Mitgabe der Alterungsrückstellung	47
5.2.6	Beitragszuschuss zur PKV durch den Arbeitgeber	48
5.2.7	Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung durch den Arbeitgeber	48
5.2.8	Beitragszuschuss bei Arbeitslosigkeit	48
5.2.9	Bürgerentlastungsgesetz	49
5.2.10	Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung (KVBEVO)	50
5.3	Sicherungsmaßnahmen in der PKV	50
5.3.1	Standardtarif	50
5.3.2	Basistarif	51
5.3.3	Notlagentarif	52
6	Finanzierung der Beiträge im Alter	54
6.1	Versicherungspflichtige Rentner in der GKV (KVdR)	54
6.2	Freiwillig versicherte Rentner in der GKV	54
6.3	Privat krankenversicherte Rentner	55
6.4	Pensionäre	55
6.5	Finanzierung der Krankenversicherung im Alter in der GKV	55
6.6	Finanzierung der Krankenversicherung im Alter in der PKV	56
7	Wettbewerb der Systeme	59
7.1	Wettbewerb innerhalb der GKV	59
7.1.1	Wahltarife in der GKV	59
7.1.2	Kooperationen bzw. Partnerschaften zwischen GKV und PKV	60
7.2	Wettbewerb GKV/PKV	61
7.3	Wettbewerb innerhalb der PKV	63
7.3.1	Übertragungswert in der Krankenvollversicherung	64
7.3.2	Übertragungswert in der privaten Pflegepflichtversicherung	65
7.3.3	Provisionsregelung	65
8	Ein sinnvoller Wechsel	67
8.1	Kriterien für einen Wechsel von der GKV zur PKV	67
8.2	Entscheidungskriterien für ein Unternehmen/Produkt	69

II Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte	71
1 Orientierung für GKV-Versicherte	71
1.1 Träger der GKV	71
1.2 Situation und Entwicklung der GKV	72
1.3 Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen	75
1.4 Krankenkassenwahlrecht	77
1.5 Leistungsdifferenzierungen in der GKV	77
1.6 Wahltarife in der GKV	79
1.6.1 Pflichtangebote der Krankenkassen	79
1.6.2 Die freiwilligen Angebote der Krankenkassen	80
1.6.3 Bindungsfristen	81
1.6.4 Kurzübersicht über Wahltarife und Bindungsfristen in der GKV	81
1.6.5 Wahltarife für GKV-Versicherte – eine sinnvolle Alternative?	82
2 Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten	83
2.1 Unverzichtbare Ergänzungsversicherungen	84
2.1.1 Auslandsreiseschutz	84
2.1.2 Zahnersatz	84
2.1.3 Stationäre Behandlung und freie Arztwahl im Krankenhaus	86
2.1.4 Freie Krankenhauswahl	86
2.1.5 Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit	87
2.1.6 Vermögenssicherung im Pflegefall	89
2.2 Sinnvolle Ergänzungsversicherungen	93
2.2.1 Vorsorgeuntersuchungen	93
2.2.2 Naturheilverfahren/Heilpraktiker	93
2.2.3 Zuzahlungen	94
2.2.4 Brillen/Kontaktlinsen	95
2.3 Rückerstattungsmodelle in der Ergänzungsversicherung	95
2.4 Optionstarife	95
3 Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen	97
3.1 Persönliche Bedeutung von Zusatzschutz	97
3.2 Zusatzschutz für einzelne Zielgruppen	99
3.3 Beitragskalkulation in der Ergänzungsversicherung	100
3.4 Marktentwicklung der Zusatzversicherung	101
3.5 Kooperationen bzw. Partnerschaften zwischen der GKV und der PKV	104

Anhang	106
1 Übersicht zur kostenlosen Mitversicherung von Kindern (Familierversicherung)	106
2 Neuregelung – Krankenversicherung der Rentner (KVdR)	107
3 Checkliste zur Ermittlung des Jahresarbeitsentgelts	107
4 Beamte und Heilfürsorgeberechtigte	108
4.1 Beihilfe und Versicherungspflicht	108
4.2 Umfang der Beihilfeberechtigung	108
5 Übertrittsmöglichkeiten aus der GKV in die PKV	109
6 Kündigungsfristen beim Kassenwechsel	110
7 Überblick der Gesundheitsreformen in der GKV	111
Stichwortverzeichnis	113

Vorwort

>> Ziele der Expertenbroschüre

Die Expertenbroschüre beschäftigt sich mit aktuellen Themen aus dem Gesundheitswesen. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die private Krankenversicherung (PKV) und für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind wesentlicher Bestandteil.

Diese Broschüre wendet sich an die Zielgruppe der Versicherungsvermittler. Sie stellt die derzeitige sowie künftige Situation unseres Gesundheitswesens dar. Darüber hinaus gibt sie Hilfestellung für die qualifizierte Beratung zur Absicherung des existenziellen Risikos extremer Krankheitskosten und zur Sicherstellung einer bestmöglichen Versorgung im Krankheitsfall. Dies geschieht unabhängig davon, ob es sich um einen Wechsel von der GKV zur PKV oder um einen Wechsel innerhalb der PKV handelt.

Hiermit wird die 10. Auflage der Expertenbroschüre vorgelegt. Die abgebildeten Informationen haben sich seit Jahren als wertvoll erwiesen. 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). Es werden die jeweiligen gesetzlichen Grundlagen angezeigt.

Unser Expertenbeirat unterstützte durch kritische und weiterführende Anmerkungen und Ergänzungen. Zum Expertenbeirat zählen die 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.

>> Vorbemerkung zur 10. Auflage der Expertenbrochüre

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV vom 01.04.2007 (GKV-WSG) hat zu erheblichen Änderungen innerhalb der GKV und PKV geführt. Die wichtigsten Punkte hierbei waren die Einführung der eingeschränkten Wechselmöglichkeit in die PKV (Dreijahresfrist für Arbeitnehmer in der GKV), die Portabilität eines Teils der Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel innerhalb der PKV, die Einführung von Wahlтарifen in der GKV und die Pflicht zur Versicherung für alle Nichtversicherten verbunden mit der Einführung des Basistarifs zum 01.01.2009 in der PKV. Die Dreijahresfrist für Arbeitnehmer ist zum 31.12.2010 durch das GKV-Finanzierungsgesetz wieder entfallen. Die weiteren Folgen des GKV WSG wirken 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 PKV 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 mit diesem Begriff verbunden sind, wird im Kern die Einbeziehung aller Einwohner Deutschlands in die GKV 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, die die PKV betreffen, 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 verschiedensten, 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 die steigende Nachfrage der Kunden bestmöglich gedeckt werden?

Die Zahl der verschiedenen 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.

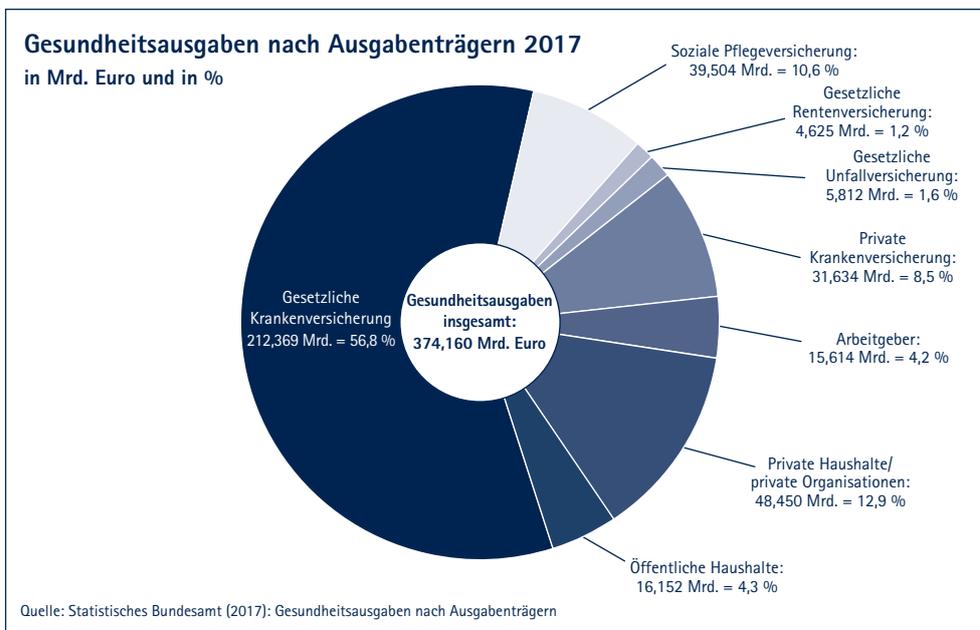
Wir danken insbesondere auch unserem Expertenbeirat, der uns bei der Ausarbeitung dieser Punkte mit seinen wissenschaftlich fundierten Anmerkungen tatkräftig unterstützt hat.

Continentale Krankenversicherung a.G., August 2019

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. Zahlreiche Dienstleister (z. B. Ärzte, Zahnärzte, Hersteller von Arzneimitteln und Apotheken, Krankenhäuser und Sanatorien, Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln) sorgen für die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung. Das deutsche Gesundheitssystem mit seinen zwei tragenden Säulen – der GKV und der PKV – gibt den Bürgern grundsätzlich die Sicherheit, im Krankheitsfall bestmöglich behandelt zu werden. Das duale System Deutschlands ist in Europa einzigartig. 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 GKV 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 als Pflichtversicherte, Familienversicherte oder freiwillig Versicherte in der GKV versichert sind
- Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder damit vergleichbaren Ansprüchen. Der über die bestehenden Ansprüche hinausgehende Teil ist über eine beihilfekonforme Restkostenversicherung abzusichern (zum Beihilfeanspruch von 70 % ist eine private Versicherung für die verbleibenden 30 % der Kosten zu versichern),
- Personen mit Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes,

12 >> Systemunterschiede GKV und PKV

- Empfänger von Sozialhilfeleistungen für die Dauer des Leistungsbezugs. Der Leistungsbezug muss vor dem 01.01.2009 begonnen haben.

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

Für Verträge, die vor dem 01.04.2007 abgeschlossen wurden, gibt es eine Sonderregelung. Versicherte, die z. B. nur stationäre Leistungen versichert haben, genügen trotzdem ihrer Pflicht zur Versicherung.

Im Rahmen der Pflicht zur Versicherung kann der Versicherte nur kündigen, wenn er einen anderweitiger Krankenversicherungsschutz nachweist. Der private Krankenversicherer kann generell nicht kündigen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte die Beiträge nicht zahlt. In diesem Fall wird der PKV-Versicherte nach dem Mahnverfahren im sog. Notlagentarif versichert. Der bestehende Vertrag ruht währenddessen. Es sind alle zu zahlenden Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Mahnkosten durch den Versicherten gezahlt. Jetzt wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats wieder im ursprünglichen Vertrag fortgesetzt. Der Notlagentarif gewährleistet lediglich die vom Gesetzgeber gewollte Versorgung im Notfall. Hierzu zählen Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind. Für Kinder und Jugendliche sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft gelten Ausnahmen des Versicherungsumfanges.

>> 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 ■ WVaG
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 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 (2019: 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

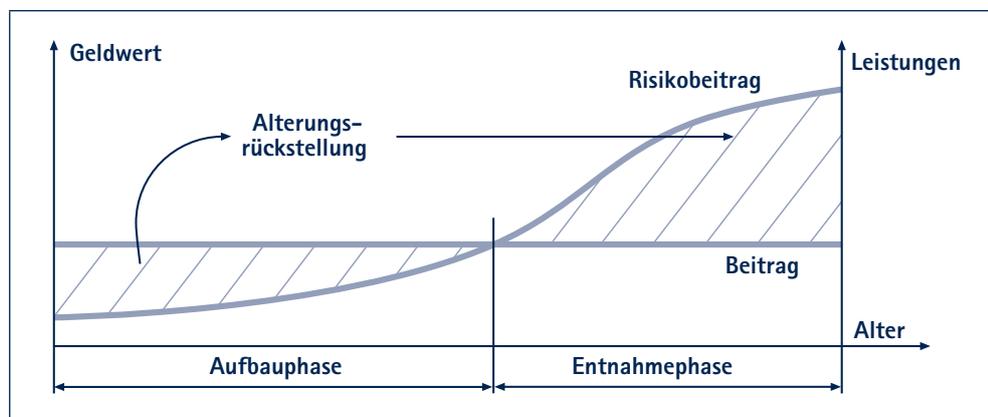
>> 1.2 Beitragssystem der GKV und der PKV

Ein wesentlicher Unterschied liegt in der Finanzierung der sogenannten Alterslast. Darunter versteht man die höheren Gesundheitsausgaben im Alter. Die PKV sorgt durch Rückstellungen für das Alter des Einzelnen vor (Kapitaldeckungsverfahren). In der GKV werden die Mehrkosten im Alter überwiegend durch die Beiträge der jüngeren Generation abgedeckt (Umlageverfahren). Unsere Gesellschaft wird im Durchschnitt älter. Der Anteil junger Menschen an der Gesamtbevölkerung sinkt. Die steigenden Gesundheitsausgaben, die sich gerade im Alter auswirken, kann die GKV im Umlageverfahren nicht auffangen. Dies führt dazu, dass die GKV den Beitragssatz anhebt. So lag der Beitragssatz der GKV 1990 noch bei 12,8 Prozent und liegt inzwischen (2019) bei 15,5 Prozent.

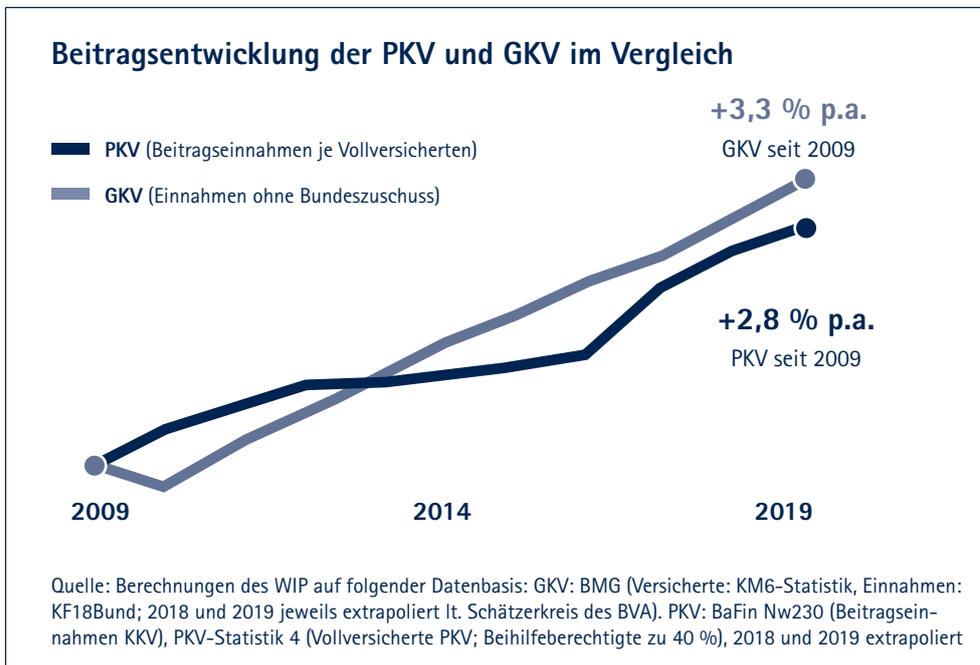
Entsprechend prognostizieren einige Modellrechnungen deutlich weitere Anstiege des Beitragssatzes der GKV auf über 25 Prozent.

Das Kapitaldeckungsverfahren der PKV ist gegenüber demografischen Veränderungen dagegen weitgehend robust. Für jeden Versichertenjahrgang werden in jüngeren Jahren Altersreserven angespart. Diese werden verzinslich angelegt. Im Alter stehen sie zur Finanzierung der höheren Leistungen zusätzlich zur Verfügung.

Systematik der Alterungsrückstellung



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. Auch die Anlagestrategie der einzelnen Versicherer spielt eine bedeutende Rolle. Die auf Grund der Geldpolitik, wie z. B. der 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 2012 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.

>> 1.3 Leistungssystem GKV bzw. PKV

Gesetzlich festgelegter Leistungsumfang in der GKV

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

Individuelle und garantierte Leistungen in der PKV

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

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

16 >> Systemunterschiede GKV und 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 motiviert werden, sich gesundheits- und damit kostenbewusst zu verhalten. Dafür hat der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG durch die Einführung von Wahlтарifen eine rechtliche Grundlage geschaffen. Diese Wahlтарifen beinhalten Selbstbeteiligungen, Bonussysteme und Rückerstattungsmodelle. Diese Elemente widersprechen dem bisherigen Grundverständnis der GKV und dem Umlageverfahren. Deshalb werden diese Tarife nur schwierig umgesetzt. Solange der Einzelne gesund ist, kann er die Bonifikationsmodelle in Anspruch nehmen und dafür einen geringeren Beitrag bezahlen. Wenn er krank wird, kann er in eine 100-%-Absicherung wechseln – auch durch Übertritt in eine andere Kasse.

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

Aufgrund der ungeeigneten Rahmenbedingungen bieten die meisten Krankenkassen ihren Versicherten Wahlтарifen eher zögerlich an.

>> 1.5 Förderung von Eigenverantwortung in der PKV

In der PKV kann der Versicherte durch sein individuelles Verhalten bei der Inanspruchnahme von Leistungen seine Beitragsbelastung zu reduzieren, etwa durch die Vereinbarung von Selbstbeteiligungen oder durch die im Folgenden aufgeführten Beitragsrückerstattungsmodelle bei Leistungsfreiheit.

Tarifliche Selbstbeteiligungen



Rechtsnorm:
§ 193 Abs. 3 VVG

Selbstbeteiligungen werden entweder je versicherter Leistungsart oder Leistungsposition oder über alle Leistungsbereiche eines Tarifs hinweg vereinbart. Es sind entweder absolute Euro-Beträge oder prozentuale Staffeln möglich. Eine besondere Variante sind tarifliche leistungsfallbezogene Eigenbeteiligungen (feste Selbstbeteiligung pro Inanspruchnahme einer Leistung). Nach dem VVG beträgt die maximale Selbstbeteiligung für ambulante und stationäre Heilbehandlungen 5.000 Euro je Kalenderjahr.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Wie jedes Wirtschaftsunternehmen erstellen auch die PKV-Unternehmen eine Gewinn- und Verlustrechnung. In der Regel wird sich hier ein Überschuss ergeben. Dieser fließt zum überwiegenden Teil in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Damit kommt er direkt den Versicherten zugute. 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. Sie 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

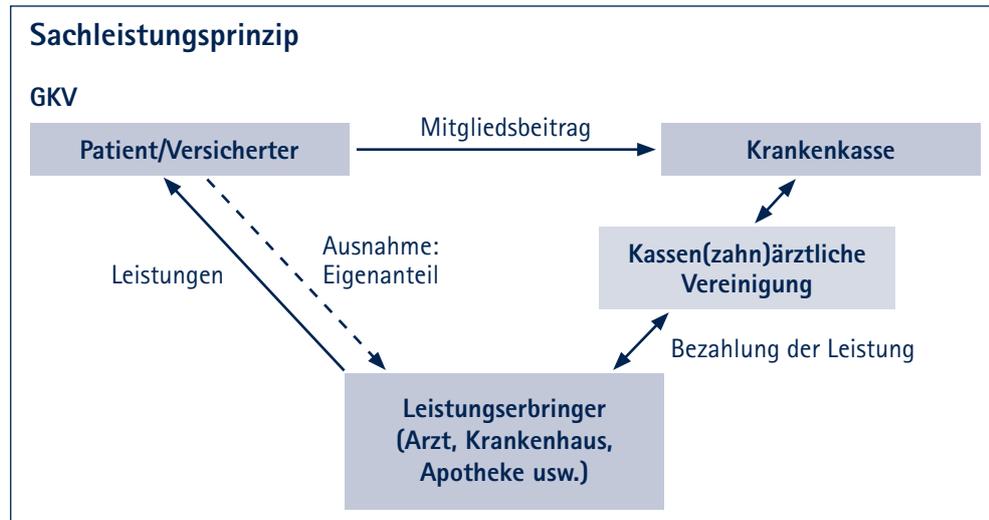
Auch im regionalen Geltungsbereich unterscheiden sich GKV und PKV: Die PKV bietet grundsätzlich europaweiten Versicherungsschutz und – mit Einschränkungen – auch eine weltweite Deckung. Zwar besteht für GKV-Versicherte im Ausland ein Anspruch auf Sachleistungen, dieser kann aber häufig nicht realisiert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

>> 1.7 Art der Leistungserbringung

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

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

18 >> Systemunterschiede GKV und PKV



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 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 wie das folgende Beispiel zeigt.

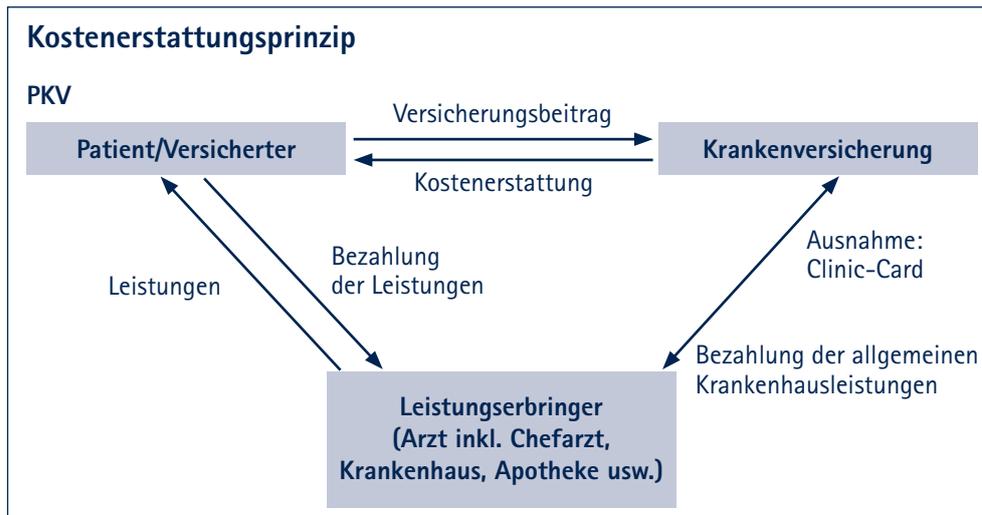
Ein fehlender Backenzahn soll durch ein Implantat ersetzt werden. Die beiden Nachbarzähne sollen in vollem Umfang erhalten bleiben.

Die gesetzliche Regelversorgung der GKV sieht bei diesem zahnmedizinischen Befund in der Regel eine 3-gliedrige Brücke – ein Brückenglied zwischen zwei Kronen – vor, mit einer gesetzlichen Regelversorgung von 726,92 Euro (100 %). Je nach Vorsorgestatus zahlt die GKV einen Festzuschuss von 50 %, 60 % oder 65 % von 726,92 Euro.

In der PKV käme möglicherweise eine besonders hochwertige Form der prothetischen Versorgung – der sog. implantatgetragene Zahnersatz – in Betracht. Die Kosten dieser privat Zahnärztlichen Versorgung können bei ca. 1.900 Euro liegen.

Der Privatpatient 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. Damit vermeidet der Privatpatient eine Vorleistungspflicht. Dies wird 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

GKV und PKV unterscheiden sich bei der sogenannten Familienversicherung. In der PKV wird für jede einzelne Person (Ausnahme: Neugeborene) das Risiko ermittelt und der Beitrag gezahlt. In der GKV sind Familienmitglieder unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert. Diese Voraussetzungen ergeben sich aus der Übersicht im Anhang (S. 103). Das ermäßigt den Gesamtbeitrag der Familie. Die Familienversicherung stellt eine versicherungsfremde Leistung dar. Sie wird u. a. mit Mitteln des Bundeszuschusses finanziert (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 (allgemeine Krankenhausleistungen und die Leistungen der Pflegepflichtversicherung). Sowohl GKV als auch PKV profitieren von Rabatten im Bereich der Arzneimittelversorgung. Um ihre Aufgaben zukünftig möglichst effizient zu erbringen, werden GKV wie auch PKV die Vorteile der Digitalisierung nutzen.

>> 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 (Chefarzt/ Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer). Diese gehören nicht zum Leistungskatalog der GKV. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden über sogenannte DRG-Fallpauschalen abgerechnet. Die Höhe dieser Fallpauschalen richtet sich nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Das Entgeltsystem wird gemeinsam von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung entwickelt. Die PKV ist gleichberechtigt mit der GKV in diese Entwicklung einbezogen. Dies hat zur Folge, dass die Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen für PKV- wie GKV-Versicherte einheitlich sind.

>> 2.2 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 3,05 % (Kinderlose 3,30 %). In der PPV wird ein mathematisch kalkulierter Beitrag erhoben.

Die Leistungen sind für SPV und PPV allerdings einheitlich. Die PPV ist gesetzlich verpflichtet, Leistungen per Vertrag 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. Diese unterstützen Pflegebedürftige sowie deren Angehörige. Weiterhin beteiligt sich die PPV an dem Auf- und Ausbau von niedrighschwelligem Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen, insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige.

>> 2.3 Arzneimittel-Rabatte

Bei dem Bezug eines Arzneimittels gibt es für GKV- und PKV-Versicherte gleiche Preisnachlässe. Im Jahr 2011 ist das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in Kraft getreten. Es hat für die PKV eine wichtige Gleichstellung mit der GKV gebracht. Die GKV handelt auf der Grundlage einer Nutzenbewertung Rabatte mit den Herstellern von Arzneimitteln aus. Nach dem neuen Gesetz profitieren auch Versicherte und Unternehmen der PKV von den Abschlägen der Hersteller. Denn es gibt keinen Grund, warum der Preis eines Medikaments vom Status des Versicherten abhängen sollte.

Diese Gleichstellung war dringend notwendig, denn die Ausgaben für Arzneimittel in der PKV waren zuvor weit über dem Durchschnitt gestiegen. Zusätzlich hätten die Hersteller der Arzneimittel wahrscheinlich versucht, ihre Einbußen durch noch höhere Preise für Versicherte der PKV 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 ZESAR zur Abrechnung von Rabatten für Arzneimittel gegründet. ZESAR zieht für alle Unternehmen der PKV, Beihilfestellen und sonstige Kostenträger die Rabatte von den Herstellern von Arzneimitteln ein. Versicherte der PKV profitieren von den Abschlägen. Denn die Unternehmen der PKV dürfen mit diesen ausschließlich Erhöhungen der Prämie vermeiden oder begrenzen. Darüber hinaus dürfen sie mit den Abschlägen auch Prämien ermäßigen.

>> 2.4 Digitalisierung im Gesundheitswesen

Seit vielen Jahren wird die Digitalisierung im Gesundheitswesen von der Politik und den verschiedenen Akteuren vorangetrieben. Im Jahr 2003 wurde die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte mit einer integrierten Patientenakte im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung verankert. In vielen Modellvorhaben wurde Techniken und Lösungen erprobt. Doch schlussendlich steht aktuell noch keine einheitliche elektronische Patientenakte zur Verfügung. Eine Gesetzesinitiative aus dem Jahr 2019 legt den spätesten Einführungsstermin auf das Jahr 2021.

Viele gesetzliche und private Krankenversicherungen sowie einige Internetunternehmen bieten daher aktuell eigene „Gesundheits-Apps“ an. Einen Schwerpunkt bilden hierbei elektronische Gesundheitsakten (eGA), in denen die Patienten ihre ärztlichen Unterlagen speichern und dem Arzt im Rahmen der Behandlung Zugriff auf diese Unterlagen geben können. Entsprechende Sicherheitstechnologien gewährleisten hierbei den Datenschutz.

Konkret geht es bei der elektronischen Gesundheitsakte um die Speicherung von Notfalldaten, Impfinformationen, Behandlungsberichten einschließlich weiterführender diagnostischer Informationen wie Röntgenbilder oder Laborbefunde sowie eine Liste der eingenommenen Arzneimittel. Nach individueller Berechtigung durch den Patienten kann der Arzt die Dokumente einsehen und bei der Behandlung berücksichtigen. So soll z. B. auch die Anzahl von Doppel- und Mehrfachuntersuchungen günstig beeinflusst werden.

22 >> Gemeinsamkeiten von GKV und PKV

Einem weiteren digitalen Angebot wurde auf dem Ärztetag 2018 in Erfurt der Weg geebnet. In die Musterberufsordnung der Ärzte wurde die telemedizinische Behandlung aufgenommen. Die meisten Landesärztekammern haben sich der Formulierung angeschlossen. Seitdem ist unter bestimmten Umständen eine Videosprechstunde ohne persönlichen Arztkontakt möglich. Verschiedene Anbieter am Markt bieten mittlerweile eine Videosprechstunde an. Diese kann sich z. B. in Fällen anbieten, in denen es für den Patienten schwierig oder unmöglich ist, einen Arzt persönlich aufzusuchen, sofern sich die individuelle Erkrankungssituation für eine rein telemedizinische Betreuung eignet.

Darüber hinaus werden vielfältige Apps im Gesundheitsbereich angeboten. Beispielhaft zu erwähnen sind hier Diabetes-Tagebücher, Tinnitus-Coaching, Kalorienrechner, Migräne-Tagebücher, Allergie-Apps oder Fitness-Apps.

Insgesamt ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahren die Digitalisierung im Gesundheitswesen rasant voranschreitet und sich einzelne Bereiche fest im Behandlungsablauf etablieren werden.

3 Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

>> 3.1 GKV und PKV als Träger der deutschen Krankenversicherung

In Deutschland gilt für alle 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. Zum anderen bietet sie als substitutive KV anstelle der GKV bestimmten Personengruppen Versicherungsschutz bei Krankheit. Zu diesen Personengruppen zählen Beamte und Selbstständige/Freiberufler sowie Arbeitnehmer mit einem Einkommen für das Jahr 2019 über 5.062,50 Euro monatlich. Diese Grenze der Versicherungspflicht wird auch als Friedensgrenze bezeichnet.

Das Bundesverfassungsgericht hat durch seinen Beschluss vom 10.06.2009 die grundsätzliche Daseinsberechtigung der PKV bestätigt. Damit stellen die GKV und die PKV, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten, gleichberechtigte Säulen innerhalb der deutschen KV dar. Beide Bereiche sind voneinander abhängig. Das System hat sich über Jahrzehnte hinweg bewährt.

Der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV stärkt diese hochwertige Versorgung. Er trägt wesentlich dazu bei, dass der Zugang zu Innovationen – auch im internationalen Vergleich – schnell und umfassend ist. Gleichzeitig werden Rationierungen von Leistungen erschwert. Alle Bürgerinnen und Bürger profitieren von kurzen Wartezeiten und vom medizinischen Fortschritt. Die PKV mit der PKV-typischen Wahl- und Therapiefreiheit ist damit integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung 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.

24 >> Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

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

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

26 >> Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

- 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 Prämien erhöhungen bzw. zur Prämien ermäßigung 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.

2012 Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

- Verbesserung der Leistungen für Demenzzranke
- 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 mengen-anfälligen, 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

28 >> Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

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 Beitragssatzes 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

2018 Beihilfeänderung in Hamburg

- Seit 01.08.2018 können Hamburger Beamte statt der individuellen Beihilfe eine pauschale Beihilfe wählen. Mit dieser wird ein Zuschuss zur GKV oder PKV gezahlt.

2019 GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

- Seit dem 01.01.2019 wird der Zusatzbeitrag der Krankenkassen wieder paritätisch, also zur Hälfte vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert.
- Halbierung des Mindestbeitrages für Selbstständige
- Wegfall der Beihilfe für ehemalige Zeitsoldaten. Statt dessen wird ein Zuschuss zur GKV oder PKV gezahlt.

2020 Beihilfeänderung in Brandenburg

- Ab dem 01.01.2020 können auch Beamte des Landes Brandenburg statt der individuellen Beihilfe eine pauschale Beihilfe wählen. Mit dieser wird ein Zuschuss zur GKV oder PKV gezahlt.

Eine alternative Darstellung der Gesundheitsreformen, sowohl in der GKV, als auch in der PKV folgt im Anhang 7.

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 Lösungsansätze der Politik

Welche Lösungsansätze werden diskutiert, um die Zukunft von GKV und PKV zu sichern? Worin liegen Vor- und Nachteile?

3.3.1 Ausweitung der Bemessungsgrundlage der GKV

Unter diesem Stichwort werden folgende Themen erörtert:

- die Einbeziehung zusätzlicher Einkommen in die Beitragspflicht,
- die Aufhebung beitragsfreier Versicherung,
- eine weitere Anhebung der Versicherungspflichtgrenze oder
- die Einbeziehung zusätzlicher Personenkreise wie Beamte und Selbstständige in die GKV.

Dabei wird häufig übersehen, dass dies die GKV nur kurzfristig entlastet wird. Die langfristigen Probleme in der Finanzierung werden dadurch jedoch nicht gelöst.

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

Der Anstieg der Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV hält nicht Schritt mit der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung. Dies ist verständlich. Denn die Entwicklung des Arbeitsmarktes und der zunehmende Anteil von Rentnern an den Versicherten sind Ursache dafür, dass heute andere Einkunftsarten (z. B. Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Mieterträge) mehr an Bedeutung gewinnen als Löhne und Gehälter. Auch die allgemeine gesellschaftliche Entwicklung trägt hierzu erheblich bei. 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.

Häufig wird die Auffassung vertreten, dass die Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die Bemessungsgrundlage (Beitragspflicht) die unteren Einkommen belasten würde. Dies trifft nicht zu. Personen mit unteren Einkommen verfügen üblicherweise nicht über hohe Zusatzeinkünfte (wie z. B. Kapital- oder Mieterträge). Die unteren Einkommen würden also eher entlastet, wenn durch die Einbeziehung anderer Einkunftsarten der Beitragssatz reduziert oder zumindest eine Erhöhung des Beitragssatzes vermieden werden könnte.

30 >> Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber

3.3.2 Versicherungspflichtgrenze

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

Arbeitnehmer sind grundsätzlich in der GKV versicherungspflichtig. Erst wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt bzw. das Einkommen aus der Arbeitnehmertätigkeit die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, werden sie versicherungsfrei. Jetzt können sie wählen, ob sie in der GKV freiwillig versichert bleiben oder in die PKV wechseln.

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 2019 liegt die Versicherungspflichtgrenze bei 5.062,50 Euro im Monat.

3.3.3 Einschränkung der Leistungen (Grundleistungen/Zusatzleistungen)

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch eine für die gesamte Bevölkerung zugängliche umfangreiche Grundversorgung aus. Es ist quantitativ gut ausgebaut. Der Leistungskatalog der GKV ist umfassender im Vergleich mit den meisten europäischen Ländern. Bei wichtigen Kennziffern der Versorgung 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. Eine Vergleichsstudie der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) zur Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern aus dem Jahr 2015 zeigt, 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.

Abhängigkeit der Systeme vom Gesetzgeber >> 31

Zu diskutieren ist, ob

- der gesamte Kurbereich,
- Rehabmaßnahmen,
- Prophylaxemaßnahmen u. Ä.

in vollem Umfang vom gesetzlichen System zur Verfügung gestellt werden müssen.

Wenn das Gesundheitssystem solidarisch aufrechterhalten werden soll, müssen Grundleistungen auf das ausgerichtet sein, was unabdingbar erforderlich ist, um Erkrankungen zu heilen. Mehr Eigenbeteiligung oder Selbstfinanzierung bestimmter Leistungen sollten im Vordergrund stehen. So könnte die große Angebotsvielfalt des Arzneimittelmarktes durch Positivlisten reduziert werden. Eine derartige Einstellung zu Grundleistungen und Zusatzleistungen würde auch dem europäischen Gedanken entsprechen. Das deutsche System würde sich dadurch den Gegebenheiten anderer europäischer Länder anpassen.

32 >> Zuordnung der Personengruppen in die Systeme

4 Zuordnung der Personengruppen in die Systeme

>> 4.1 Gesetzliche Krankenversicherung (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 Beihilfenspruch,
- 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. PKV) 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)

34 >> 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 445,00 Euro/Monat (2019)
- 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, die in der 2. Hälfte des Erwerbslebens zu 9/10 dieser Zeit in der GKV versichert waren. 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 Versicherung 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 (Selbstständige und Freiberufler),
- Beamte und Heilfürsorgeberechtigte,
- versicherungsfreie Gesellschafter/Geschäftsführer,
- von der Versicherungspflicht in der GKV befreite Personen,
- Nichtversicherte, die der PKV zuzurechnen sind (vgl. 4.1.5),
- Ehegatten/Kinder der vorgenannten Personen, soweit diese nicht in der GKV pflichtversichert sind.

36 >> Zuordnung der Personengruppen in die Systeme

4.2.1 Höherverdienende Arbeitnehmer

Arbeitnehmer können in die PKV wechseln, wenn sie die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2019: 60.750 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 sie unmittelbar vor ihrer Selbstständigkeit dort versichert gewesen sind.

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. Sie können nicht Pflichtmitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse werden. Daher sind sie grundsätzlich der PKV zuzuordnen. Im Gegensatz zu Arbeitnehmern oder Selbstständigen benötigen sie aber keinen hundertprozentigen Krankenversicherungsschutz. Denn sie verfügen über die so genannte Beihilfe.

Seit 01.08.2018 gibt es derzeit nur eine Ausnahme. Ab diesem Zeitpunkt können Hamburger Beamte statt der individuellen Beihilfe eine pauschale Beihilfe wählen. Mit dieser wird ein Zuschuss zur GKV oder PKV gezahlt. Für Beamte des Landes Brandenburg ist eine analoge Regelung zum 01.01.2020 bereits beschlossen.

Thüringen und Bremen planen ab 2020 eine gleichlautende Regelung einzuführen.

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

Bund und Länder (als Dienstherrn der Beamten) haben entsprechende Beihilfevorschriften erlassen. Sie legen die prozentuale Höhe der Beteiligung an den Kosten (= Beihilfebemessungssätze) fest. Diese Bemessungssätze sind abhängig vom

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.

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)

Familienstand und der jeweils geltenden Beihilfavorschrift (siehe Beispiel links „Beihilfebemessungssatz Bund“).

Für Beamte, die einer gefahrgeneigten Tätigkeit nachgehen (darunter fallen Soldaten, Polizei- und Feuerwehrbeamte), besteht in der Regel kein Beihilfeanspruch. Statt dessen haben sie 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 Beihilfavorschriften. Mit dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst entfällt der Anspruch auf Heilfürsorge; der Pensionär hat dann, wie alle anderen Beamten auch, den üblichen Beihilfeanspruch.

Aus diesem Grund ist es für Heilfürsorgeberechtigte sinnvoll, bereits zu Beginn ihrer aktiven Dienstzeit (im Hinblick auf die später benötigten Beihilfetarife), eine Anwartschaftsversicherung abzuschließen. Nur dadurch ist sichergestellt, dass nach Ende der freien Heilfürsorge eine vollwertige private Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse abgeschlossen werden kann. Bei einer sogenannten großen Anwartschaft wird der Pensionär im Hinblick auf die Höhe des Beitrags dann so behandelt, als wenn die aktive Versicherung bereits von Anfang an bestanden hätte (*Siehe auch Anhang 4, Seite 108*). 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 GKV 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 GKV 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),



Rechtsnorm:
§ 8 SGB V

38 >> Zuordnung der Personengruppen in die Systeme

- 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. Er wirkt von Beginn der Versicherungspflicht an. Eine Befreiung kann nicht widerrufen werden. Sie 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.

5 Gestaltung der Beiträge

>> 5.1 Beiträge in der GKV

In der GKV gilt das Solidaritätsprinzip. Die Beiträge richten sich dabei nicht nach dem individuellen Risiko des Versicherten. Sie werden nach seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und damit der Höhe seines sozialversicherungspflichtigen Einkommens 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. Bei den meisten Versicherten (z. B. Arbeitnehmern) zieht die Krankenkasse den Beitrag ein und leitet ihn an den Gesundheitsfonds weiter. Rentenversicherungsträger oder die Bundesagentur für Arbeit zahlen die Beiträge hingegen 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
2019	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.

40 >> Gestaltung der Beiträge



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.

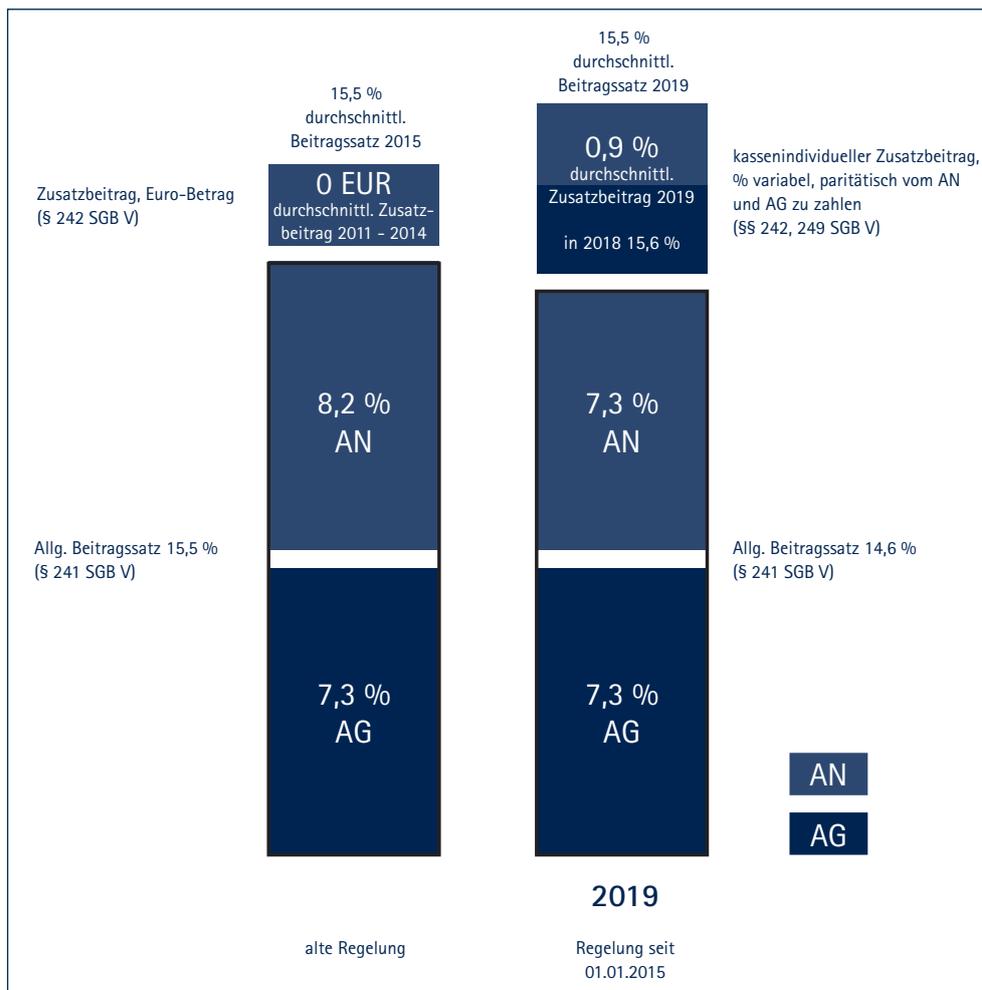
Mit Einführung des Gesundheitsfonds Anfang 2009 entrichten die Beitragszahler die einkommensabhängigen Beiträge an den Gesundheitsfonds. Der Beitragssatz ist seitdem für alle Beitragszahler gleich. Er wird politisch festgesetzt. So betrug der allgemeine Beitragssatz zunächst 15,5 % und wurde im Rahmen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

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 dem GKV-FQWG (Finanzstruktur- und Qualitäts- Weiterentwicklungsgesetz) wurde die Beitragserhebung neu strukturiert. 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 weiterer Finanzbedarf der Krankenkasse wird von einem einkommensabhängigen prozentualen Zusatzbeitrag gedeckt. In 2019 beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 0,9 % und wird ebenfalls von Arbeitgeber und Arbeitnehmer paritätisch finanziert. 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 um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 % (2,6 % für Kinderlose) erhöht. In 2017 wurde der Beitragssatz nochmals um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 %-Punkte (Kinderlose 2,8 %) erhöht. Diese Erhöhung galt auch für 2018.

In 2019 liegt der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung bei 3,05 % (3,3 % für Kinderlose).



42 >> Gestaltung der Beiträge

5.1.3 Beitragspflichtige Einnahmen

Die Beiträge zur GKV werden nach den individuellen beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten und höchstens bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze (BBG; 2019: 4.537,50 Euro/Monat) in der Krankenversicherung erhoben.

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

Für **versicherungspflichtige Arbeitnehmer** werden die Beiträge zur GKV vom beitragspflichtigen Arbeitsentgelt bis maximal zur BBG ermittelt. Der Arbeitgeber beteiligt sich in Höhe von 7,3 % 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 (2019: 4.537,50 Euro/Monat) zugrunde zu legen sind.

Für **freiwillig Versicherte**, die **keine oder nur geringe eigene Einnahmen** haben, ist eine Beitragsbemessung nach Mindesteinnahmen vorgeschrieben. Für das Kalenderjahr 2019 ergibt sich daraus eine bundeseinheitliche Bemessungsgrundlage in Höhe von 1.038,33 Euro (= 1/3 der Bezugsgröße von 3.115,00).

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 (2019: 1.038,33 Euro = 1/3 der monatlichen Bezugsgröße von 3.115,00).

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

5.1.4 Beitragszeit

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

5.1.5 Studenten

Studierende sind im Allgemeinen bis zum 25. Lebensjahr beitragsfrei über ihre Eltern versichert, wenn diese in der GKV versichert 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 bis 10/2019 monatlich 66,33 Euro (plus dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag).



Rechtsnorm:
§ 10 SGB V

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 2019 monatlich 145,37 Euro (plus dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag).

5.1.6 Rentner

Hat ein Rentenbezieher die Voraussetzungen für die KVdR 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 (z. B. Einkünfte aus Arbeitseinkommen, Vermietung und Verpachtung, Kapital- und Zinserträge) zur Beitragsberechnung herangezogen.

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
- ½ Familieneinkommen gilt als Einkommen der Ehefrau

b) Das Einkommen der Ehefrau wird mit der ½ Beitragsbemessungsgrenze (BBG) verglichen (½ BBG 2019 = 2.268,75 Euro):

Fall 1: das ½ Familieneinkommen ist gleich oder größer als 2.268,75 Euro

→ es gelten 2.268,75 Euro als Bemessungsgrundlage

Fall 2: das ½ Familieneinkommen ist kleiner als 2.268,75 Euro

→ es gilt das ½ Familieneinkommen als Bemessungsgrundlage

c) Die Bemessungsgrundlage wird mit dem ermäßigten KV-Einheitsbeitragssatz (14,0 % zzgl. des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes von 0,9 % in 2019) und Pflegepflichtbeitrag (3,05 %) multipliziert.

* Siehe Folgeseite

44 >> Gestaltung der Beiträge

Es folgen einige Berechnungsbeispiele, gültig ab 01.01.2019

	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
1.038,33 EUR Kinderfreibetrag* (1/3 der Bezugsgröße)	-1.015,00 EUR	-2.076,66 EUR	
623,00 EUR Kinderfreibetrag* (1/5 der Bezugsgröße)			-623,00 EUR
Familieneinkommen	4.961,67 EUR	3.923,34 EUR	5.877,00 EUR
1/2 Familieneinkommen = Einkommen der Ehefrau	2.480,84 EUR	1.961,67 EUR	2.938,00 EUR
Beitragsbemessung von:	2.268,75 EUR	1.961,67 EUR	2.468,75 EUR
Beitrag Krankenversicherung	338,04 EUR	292,29 EUR	367,84 EUR
Beitrag Pflegeversicherung	69,20 EUR	59,83 EUR	69,20 EUR
Gesamtbeitrag:	407,24 EUR	352,12 EUR	437,04 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 1.038,33 Euro. Profitiert das Kind bereits von der kostenlosen Familienversicherung, liegt der Freibetrag bei 623,00 Euro.

>> 5.2 Beiträge in der PKV

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

5.2.1 Faktoren der Beitragskalkulation

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

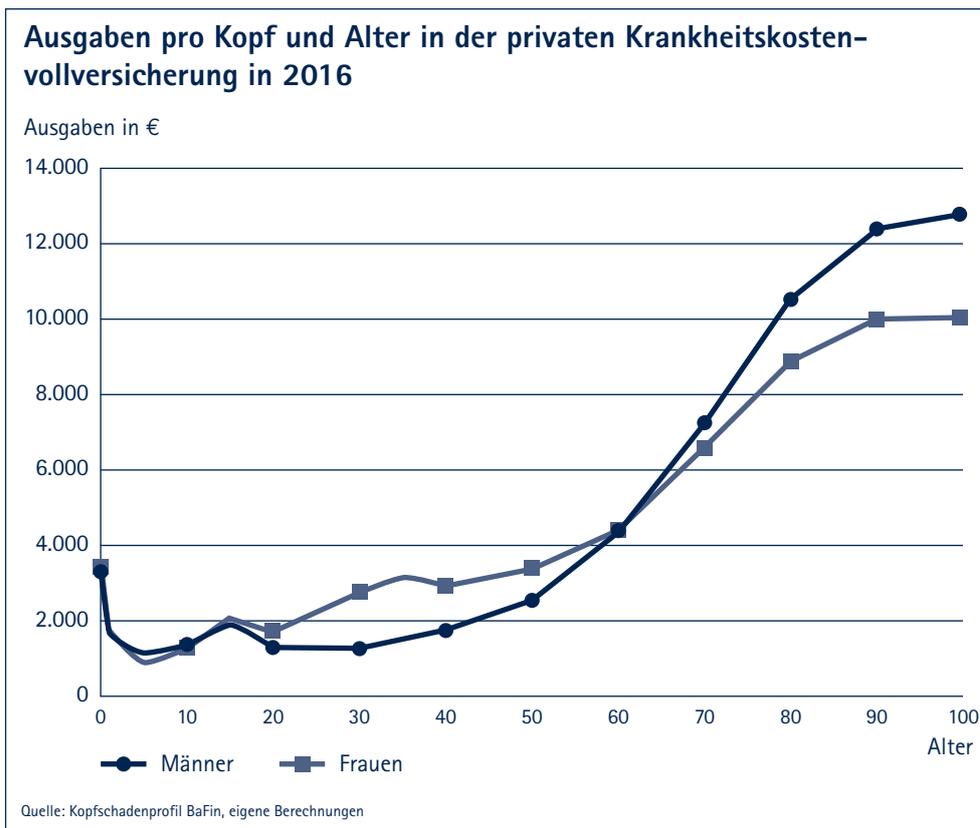
- Alter,
- Gesundheitszustand,
- Tarifleistungen.

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

- das Geschlecht

Alter

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



Gesundheitszustand

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

Wenn sich der Gesundheitszustand nach Abschluss des Vertrages verschlechtert, führt das nicht zu einer Erhöhung des Tarifbeitrags.

Bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen darf die PKV den Antrag ablehnen. Der Versicherungsvertrag kommt nicht zustande. Anders sieht es im Basistarif (siehe Absatz 5.3.1) aus. Hier besteht Kontrahierungszwang, und der Versicherer darf auch bei erhöhtem Risiko des Versicherten keinen Risikozuschlag erheben. Kontrahierungszwang besteht auch bei Neugeborenen, wenn mindestens ein Elternteil in der PKV versichert ist.

46 >> Gestaltung der Beiträge

Die meisten PKV-Unternehmen haben sich verpflichtet, Beihilfeberechtigte, die dem System der PKV zugeordnet werden, auch dann zu versichern, wenn ihr Gesundheitszustand 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 risikogerecht kalkuliert. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags richtet sich nach dem Eintrittsalter.

Nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 01.03.2011 gibt es die geschlechtsabhängige Kalkulation nicht mehr. Dies gilt für Neuzugänge seit dem 21.12.2012. Eine Differenzierung nach Geschlecht für Versicherungsprämien und Versicherungsleistungen ist auch dann unzulässig, wenn sie auf 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 gemäß den Vorgaben des EuGH-Urteils neu gestaltet.

5.2.2 Demografieresistente Beitragskalkulation

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

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

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

5.2.3 Bedeutung des Rechnungszinses für die Beitragskalkulation

Der Rechnungszins ist eine Grundlage für die Berechnung von Beiträgen und Rückstellungen. Mögliche Zinserträge der Alterungsrückstellung werden bei der Berechnung mit einkalkuliert. Die PKV kalkuliert mit einem bestimmten Rechnungszins, der sich lange an einem Höchstrechnungszins von 3,5 % ausgerichtet hat. Durch die momentan geringen Zinsen an den Kapitalmärkten erwirtschaften die Versicherer diesen Rechnungszins nicht mehr. Deshalb senken sie den Rechnungszins. Dies erfolgt im Rahmen einer Beitragsanpassung (BAP) und führt zu einem höheren Beitragsanstieg. Mit diesen zusätzlichen Beitragsanteilen werden die Rückstellungen für das Alter aufgestockt.

5.2.4 Beitragsanpassungen

Der Beitrag zur PKV ist so berechnet, dass künftige Kostensteigerungen nur wegen des Älterwerdens der Versicherten bereits berücksichtigt sind. Sie führen nicht zu Erhöhungen. Trotzdem kommt es wegen 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. Künftige 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. Dies führt 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 dem GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes) gilt seit 01.01.2009, 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. Diese mitgabefähigen Teile der Alterungsrückstellung werden als Übertragungswerte bezeichnet.

Anders 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 PKV der gesetzliche Beitragszuschlag mitgegeben. Hier wird nicht limitiert.

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. Er beträgt seit dem 01.01.2019 maximal 351,66 Euro/Monat.

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

Die Beitragsentlastungsprogramme der PKV sind als integrierter Bestandteil der Krankenversicherung ebenfalls durch den Arbeitgeber zuschussfähig. Dadurch ergibt sich: Arbeitgeberzuschussfähig sind der Tarifbeitrag plus Beitragsentlastungstarif, aktuell maximal bis 351,66 Euro/Monat.

5.2.7 Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung durch den Arbeitgeber

Der Arbeitgeber zahlt seinen Arbeitnehmern zur Privaten Pflegepflichtversicherung einen Zuschuss in Höhe des Beitrags, den er bei Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung als Arbeitgeberanteil zu zahlen hätte. Der Zuschuss beträgt höchstens die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags. Das PKV-Unternehmen bescheinigt dem Versicherten, dass ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, die Pflegeversicherung nach den vom Gesetzgeber bestimmten Voraussetzungen zu betreiben. Diese Bescheinigung muss der Versicherungsnehmer dem Arbeitgeber vorlegen, um den Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung zu erhalten. Bei Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde zum Ausgleich der zusätzlichen Belastungen für die Arbeitgeber ein Feiertag, der Buß- und Betttag, gestrichen. Lediglich in Sachsen blieb dieser Tag als Feiertag bestehen. Deshalb ist dort der Anteil der Arbeitnehmer am Beitrag höher. Für Schüler und Studenten, die verpflichtet sind, bei einem privaten Versicherungsunternehmen eine Pflegeversicherung zu haben, 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 01.01.2019 maximal 562,65 Euro/Monat zur Krankenversicherung und 110,72 Euro/Monat zur Pflegepflichtversicherung.

Bei Bezug von Arbeitslosengeld II beträgt der Zuschuss seitens der Agentur für Arbeit ab dem 01.01.2019 gemäß Urteil des Bundessozialgerichtes vom 18.01.2011 monatlich 351,66 Euro zur Krankenversicherung und 69,20 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).

50 >> Gestaltung der Beiträge

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

Verbraucherschützer protestieren gegen vermeintlich unbezahlbare PKV-Beiträge im Alter. Medien berichten kritisch, dass eine große Zahl von Menschen in Deutschland überhaupt keinen Krankenversicherungsschutz hat. Hierauf reagierte der Gesetzgeber. Er ergriff Maßnahmen, um eine Versicherungsdeckung zu bezahlbaren Prämien für alle Betroffenen sicherzustellen. Damit hat er 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 an Versicherte, die aus finanziellen Gründen ihren bisherigen Versicherungsschutz nicht mehr halten können. Deshalb ist der Standardtarif grundsätzlich nur für ältere (ab dem 65. Lebensjahr) und langjährig Versicherte (mindestens zehn Jahre) geschaffen worden.

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

Mit Blick auf die 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 2018 waren 51.300 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.

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

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.

52 >> Gestaltung der Beiträge

Beitragsbegrenzung

Der Beitrag zum Basistarif ist begrenzt. Der Höchstbeitrag entspricht dem jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV. Dieser wird in 2019 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 0,9 % 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 (351,65 Euro in 2019). Diese Regelung ergibt sich nicht unmittelbar aus dem Gesetz, sondern auf Basis eines Urteils des Bundessozialgerichts vom 18.01.2011.

Ende des Jahres 2018 waren 31.900 Personen im Basistarif versichert, davon waren mehr als die Hälfte (18.300 in 2017) 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 2018 waren 102.200 Personen im Notlagentarif versichert.

Leistungen

Der Tarif gewährleistet eine vom Gesetzgeber gewollte Versorgung im Notfall. Hierzu zählt 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 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.

Der Beitrag wird unabhängig vom Alter kalkuliert. Deshalb 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. Beitrags-schuldner werden somit vor weiterer Überschuldung geschützt. Sie sind eher in der Lage, ihre Beitragsschulden auszugleichen. Dies führt unter dem Strich zu einer deutlichen Entlastung der Versichertengemeinschaft. 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

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.

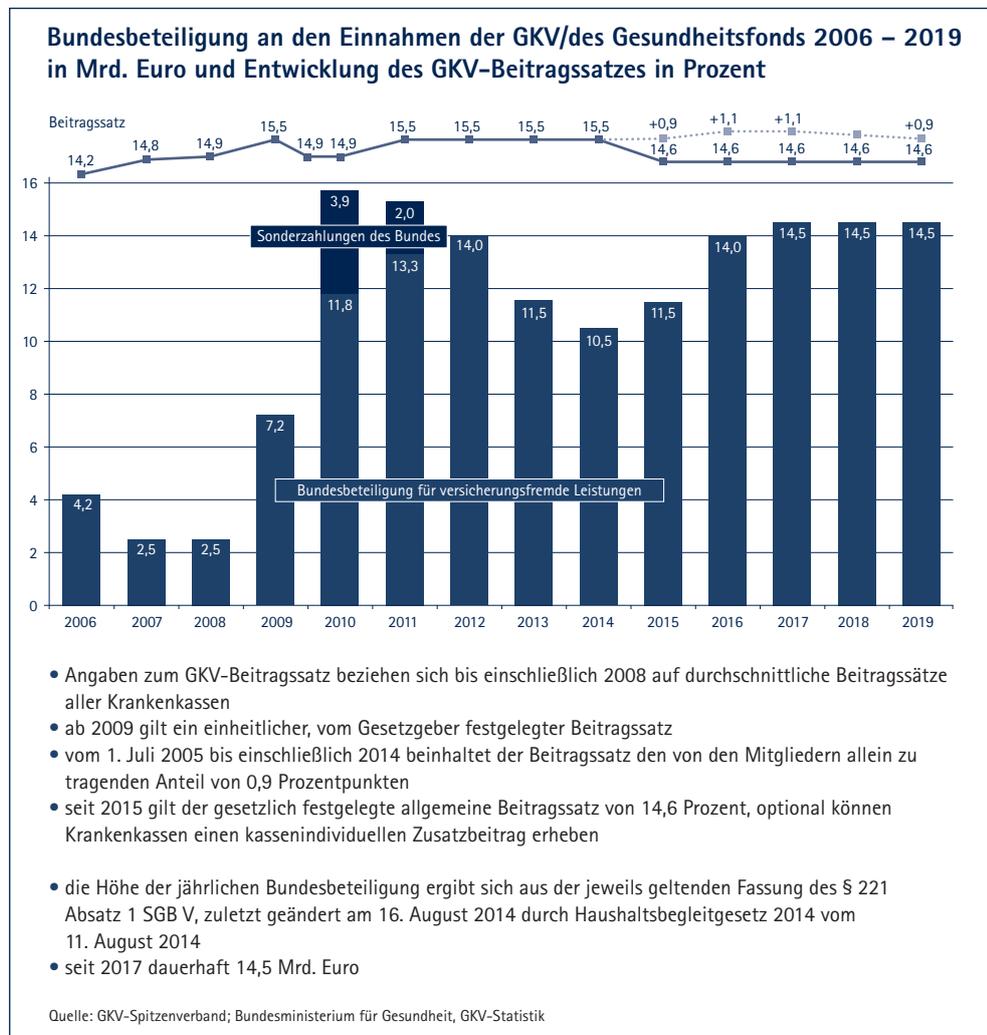
Für den Ehegatten ändert sich durch die Pensionierung in der Regel nichts, da dessen Beihilfebemessungssatz bereits 70 % beträgt.

>> 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.

56 >> Finanzierung der Beiträge im Alter

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



>> 6.6 Finanzierung der Krankenversicherung im Alter in der PKV

Die privaten Krankenversicherer haben zur Sicherstellung der dauerhaften Finanzierbarkeit der Beiträge und zur Begrenzung von Beitragsanpassungen bereits in der Vergangenheit wirkungsvolle Maßnahmen ergriffen. So wurden in 2017 branchenweit Alterungsrückstellungen von rund 247,21 Mrd. Euro (davon für die Krankenversicherung 212,72 Mrd. Euro und für die Pflegeversicherung 34,5 Mrd. Euro, Stand Dezember 2018) gebildet. Seit 1995 werden 80 % der über die garantierte Verzinsung hinausgehenden Überschüsse aus den Alterungsrückstellungen zur Beitragsentlastung im Alter eingesetzt (begrenzt auf max. 2,5 % der Alterungsrückstellung). Seit dem 01.01.2000 wurde diese Zuschreibung auf 90 % erhöht, und zwar ohne Begrenzung.

Alterungsrückstellung

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

Gesetzlicher Zuschlag

Seit dem 01.01.2000 müssen Neuversicherte in der PKV einen gesetzlichen Zuschlag (GZ) von 10 % auf ihren Beitrag – ab dem vollendeten 21. Lebensjahr und bis zum vollendeten 60. Lebensjahr – zahlen. Die daraus resultierenden Mittel werden verzinslich angelegt und – ohne Abzug etwaiger Kosten – dafür verwendet, Beitragserhöhungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres aufzufangen. Wie lange die Mittel dazu ausreichen, hängt natürlich neben der Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel auch von der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ab. Nach Berechnungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung kann der gesetzliche Zuschlag für jüngere Eintrittsalter zu dauerhaft konstanten Beiträgen ab dem 65. Lebensjahr führen, wenn die durchschnittlichen Kostensteigerungen der letzten Jahre zugrunde gelegt werden und frühzeitig mit der Zahlung des gesetzlichen Zuschlags begonnen wurde.

Die vorstehenden Prognosen beruhen auf den Rahmenbedingungen der Kapitalmärkte zu Anfang des Jahrtausends. Mittlerweile sind die Zinsen für Kapitalanlagen stark gesunken, so dass die eingezahlten GZ-Beiträge einen insgesamt geringeren Sparbetrag ergeben werden. Um die Beiträge im höheren Alter dauerhaft auf einem niedrigen Niveau zu halten, empfiehlt es sich daher, ergänzend einen Beitragsentlastungstarif 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.

58 >> Finanzierung der Beiträge im Alter

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 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.

Zum 01.01.2009 wurde der Gesundheitsfond eingeführt. Seitdem gibt es einen einheitlich festgelegten Beitragssatz für alle Krankenkassen. Im Jahr 2011 legte der Gesetzgeber diesen auf 15,5 % fest (§ 241 SGB V). Damit hatte der Beitragssatz als ein Parameter des Wettbewerbs an Bedeutung verloren. Unterschiede gibt 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 Angeboten von Krankenzusatzversicherungen über eine intensivierete 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 %. Von Ende 2012 bis Ende 2014 gab 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 wurde 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 Wahlтарifen zwischen 1 und 3 Jahre an ihre Kasse binden. Bei folgenden Wahlтарifen 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

60 >> Wettbewerb der Systeme

- 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

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

62 >> Wettbewerb der Systeme

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.

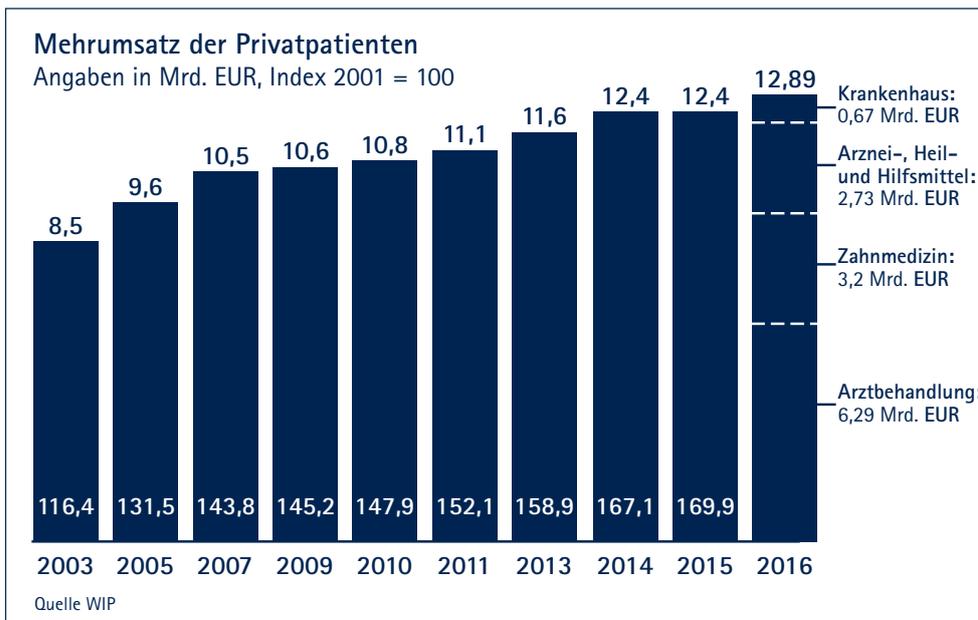
Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ist das Wesensmerkmal einer jeden Krankenversicherung und wird in diesem Sinne auch von der privaten Krankenversicherung geleistet. Darüber hinaus bietet die PKV ein Solidaritätsmerkmal, das die GKV systembedingt nicht aufweisen kann. Alleinstellungsmerkmal der 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

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.

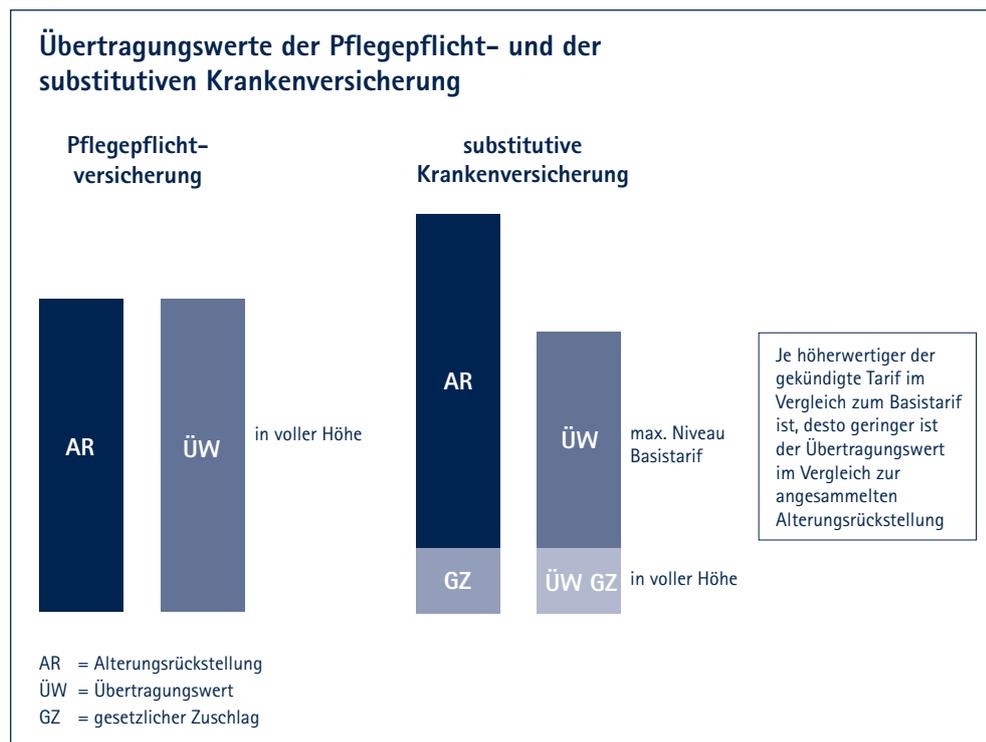
Dabei müssen die Alterungsrückstellungen unterschieden werden in:

- 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-

66 >> Wettbewerb der Systeme

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 WVG

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.

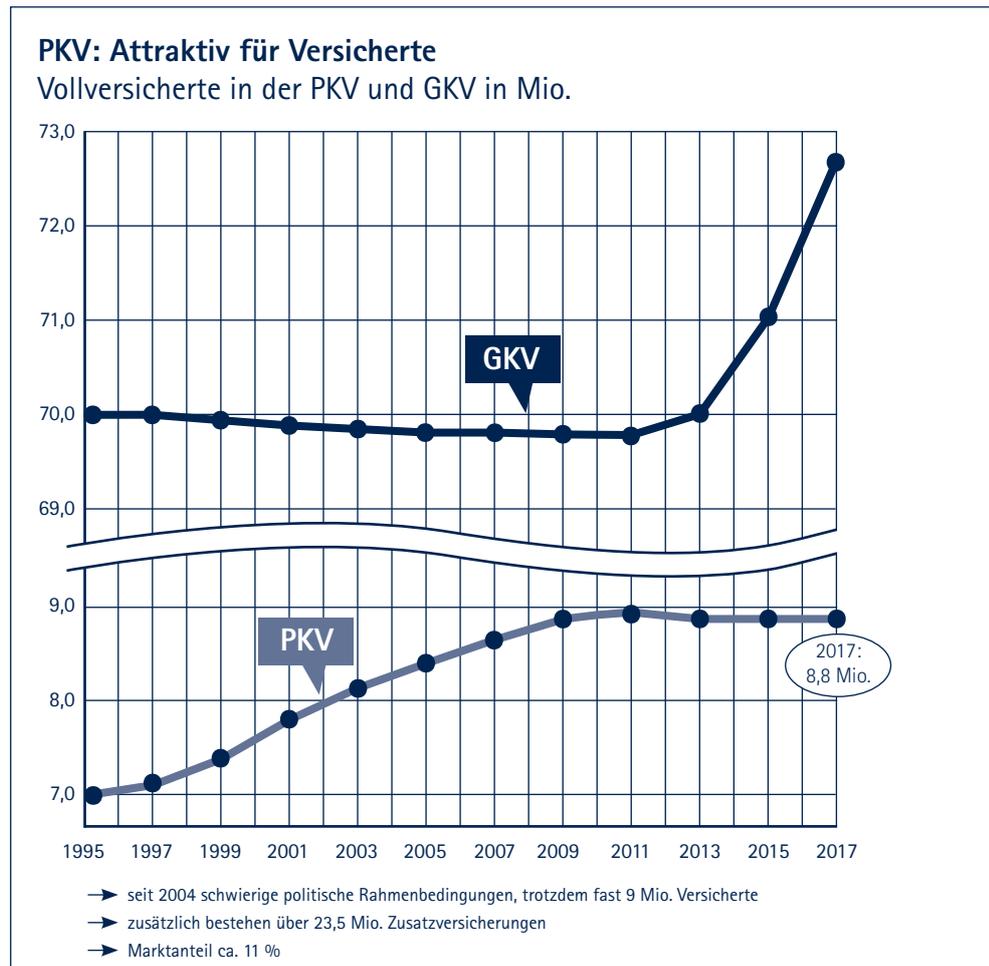
8 Ein sinnvoller Wechsel

>> 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)?

68 >> Ein sinnvoller Wechsel



Quelle: PKV-Verband

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

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

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

Auch die Frage, ob eine Rückkehr zur GKV möglich ist, spielt bei der Entscheidung über einen Wechsel eine Rolle. Die Rückkehrmöglichkeiten in die GKV sind mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz weiter reduziert worden. Ab einem Alter von 55 Jahren kann eine Rückkehr nur dann erfolgen, wenn in den zurückliegenden fünf

Jahren mindestens für zweieinhalb Jahre eine Mitgliedschaft in der GKV bestand. Selbst wenn der PKV-Versicherte wieder eine versicherungspflichtige Tätigkeit aufnehmen würde oder durch Absinken seines Einkommens unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze „rutscht“, ist eine Rückkehr in die GKV nicht mehr möglich.

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

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

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

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

>> 8.2 Entscheidungskriterien für ein Unternehmen/Produkt

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

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

- Unternehmensform (VwAG 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

70 >> Ein sinnvoller Wechsel

- 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 Krankenversicherungen. 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.

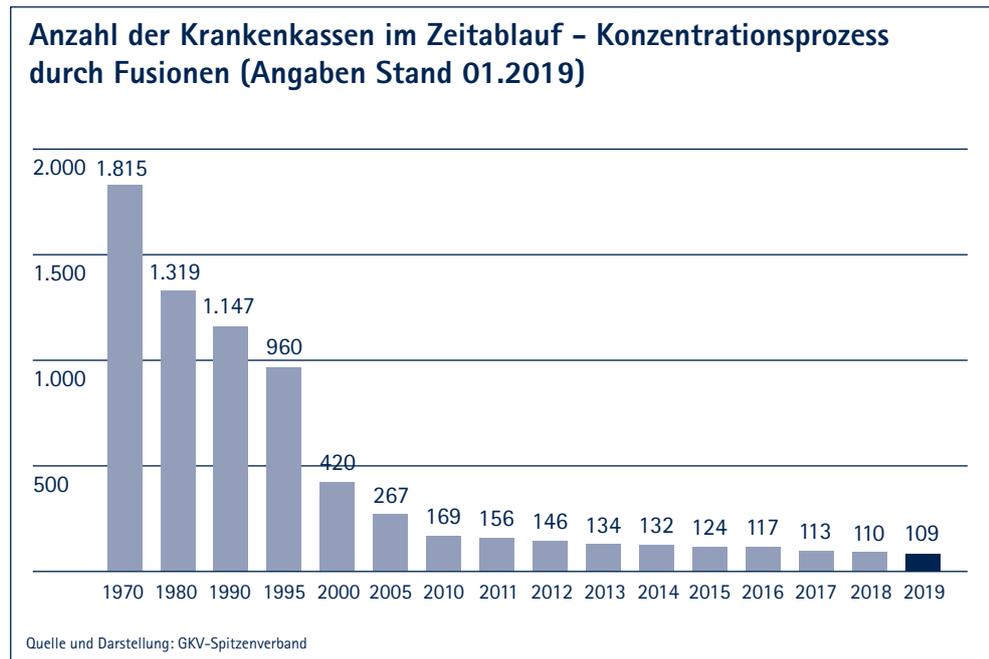
Man unterscheidet zwischen folgenden Kassenarten:

- 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 Selbsthilfvereinigungen.

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 109 gesetzliche Krankenkassen (Quelle: GKV-Spitzenverband, Stand 01/2019) von 1.815 Kassen im Jahr 1970.

72 >> Orientierung für GKV-Versicherte

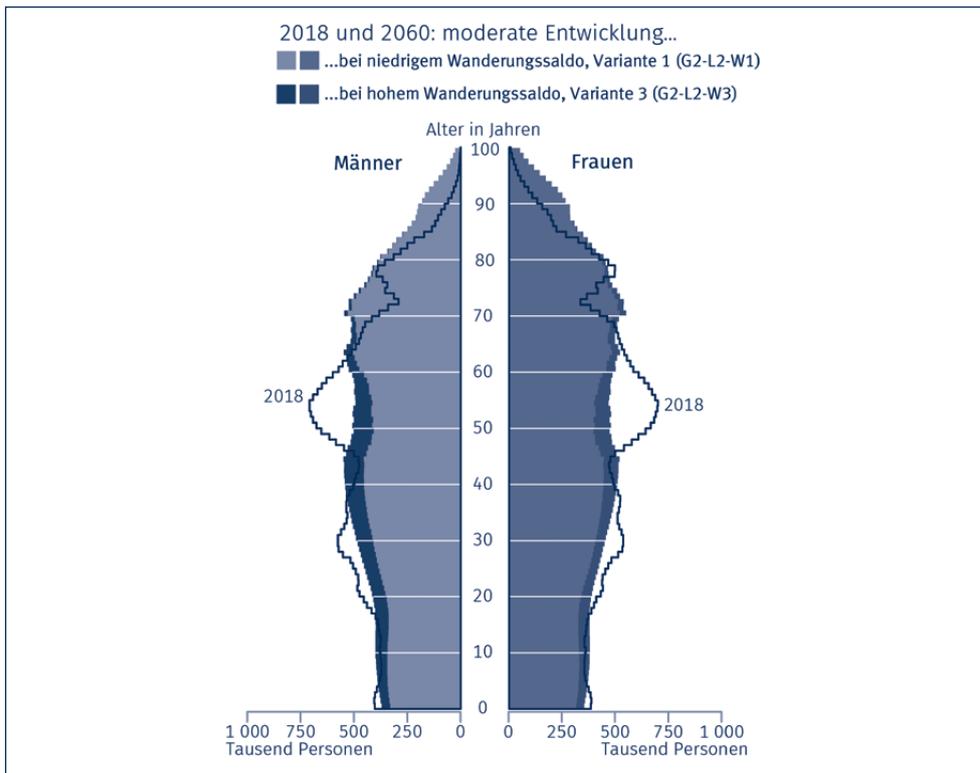


>> 1.2 Situation und Entwicklung der GKV

Entwicklung der Beiträge

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden in jedem Kalenderjahr die Mehrkosten im Alter durch die Beiträge der jüngeren Generation abgedeckt (Umlageverfahren). In der privaten Krankenversicherung wird durch Rückstellungen für das Alter des Einzelnen vorgesorgt (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.

Altersaufbau der Bevölkerung in den Jahren 2018 und 2060



Quelle: Bevölkerung im Wandel, Statistisches Bundesamt 2019

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 angegliche Vergütung kassenärztlicher Leistungen.

74 >> Orientierung für GKV-Versicherte

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 Wettbewerbselementen. 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

Die verschiedenen Gesundheitsreformen (siehe Seite 24) 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.



Rechtsnorm:
§ 61 SGB V

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



Rechtsnorm:
§ 62 SGB V

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 7.620 Euro pro Kind und 5.607 Euro für den nicht erwerbstätigen Ehepartner.

Beispiel

Das Jahreseinkommen einer Familie mit drei Kindern beträgt 50.000,00 Euro. Der Freibetrag beträgt insgesamt 28.467 Euro (5.607 Euro für den Ehepartner und jeweils 7.620 Euro für die drei Kinder). Die Jahresbelastungsgrenze der fünfköpfigen Familie liegt bei 430,66 Euro (2 % von 21.533 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



Rechtsnorm:
§ 55 SGB V

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 1.246 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 311,50 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.

Einkommensgrenzen für die Härtefallregelung bei Zahnersatz

Einkommensgrenze gültig für	Einkommensgrenze brutto
Versicherten (alleinstehend)	1.246 Euro
Versicherten und Ehe- / Lebenspartner	1.713,25 Euro
jeden weiteren Angehörigen	311,50 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 eine andere Kasse wählen. Die Kündigung erfolgt zum Ende des übernächsten Monats. An die neu gewählte Kasse ist der Versicherte 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 SGB V). Eine andere Kasse kann nur wählen, wer das 15. Lebensjahr bereits vollendet hat.

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 110).



Rechtsnorm:
§ 175 SGB V

>> 1.5 Leistungsdifferenzierungen in der GKV

Die gesetzlichen Krankenkasse haben ihren Mitgliedern identische Leistungen, sog. Regelleistungen, zu erbringen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich eingeschränkt mit besonderen Leistungen von anderen Kassen abzuheben. Vorschriften im SGB V regeln Näheres.

78 >> Orientierung für GKV-Versicherte

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 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 kostenbewustem 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,

- 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.

80 >> Orientierung für GKV-Versicherte

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 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 be-reithalten.

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-Wahltarifen 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 Wahltarife (Ausnahme Wahltarif „Krankengeld“).

1.6.4 Kurzübersicht über Wahltarife und Bindungsfristen in der GKV

Name des Wahltarifs	Art des Wahltarifs	gesetzliche Grundlage	gesetzliche Bindefrist
Kostenerstattung anstelle Sach- oder Dienstleistung	Kann	§ 13 Absatz 2 SGB V	3 Monate
Selbstbehalttarif	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 Teilkosten-erstattung	Kann	§ 53 Absatz 7 SGB V	keine

82 >> Orientierung für GKV-Versicherte

1.6.5 Wahltarife für GKV-Versicherte – eine sinnvolle Alternative?

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

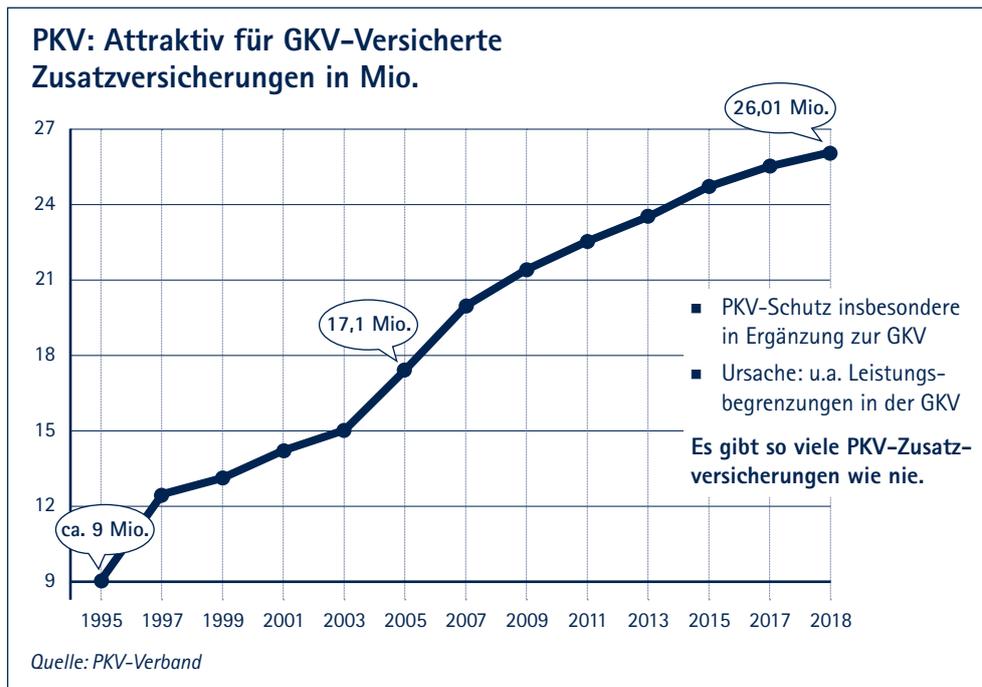
- Eine Abschaffung oder Änderung der Wahltarife durch den Gesetzgeber oder die einzelne Krankenkasse ist jederzeit möglich. Dann stellt sich die Frage: Was passiert mit den Versicherten? Im Gegensatz dazu bietet die PKV eine lebenslange Leistungsgarantie.
- Jeder Wahltarif muss sich selbst tragen und 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 104).

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 wurde bereits im Rahmen der Continentale Studie 2009 festgestellt:

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.

84 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

- 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 auch der folgenden Jahre finden Sie unter www.pkv-ratgeber.de

>> 2.1 Unverzichtbare Ergänzungsversicherungen

2.1.1 Auslandsreiseschutz



Rechtsnorm:
§ 18 SGB V

Eine unverzichtbare Ergänzung zum GKV-Schutz ist die Auslandsreisekrankenversicherung. Die Krankenkassen ersetzen in der Regel nur 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



Rechtsnorm:
§ 56 SGB V

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

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 privat Zahnärztlichen 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 zu tragen. Die Zuzahlung ist kalenderjährlich auf 280,00 Euro begrenzt. 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.

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 4.537,50 Euro im Jahr 2019), jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoeinkommens gezahlt wird. Im Jahr 2019 beträgt das kalendertägliche Höchstkrankengeld 105,88 Euro (monatlich 3.176,40 Euro). Davon werden zurzeit 12,075 % Arbeitnehmeranteil für Arbeitnehmer mit Kindern und 12,325 % 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 4.537,50 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

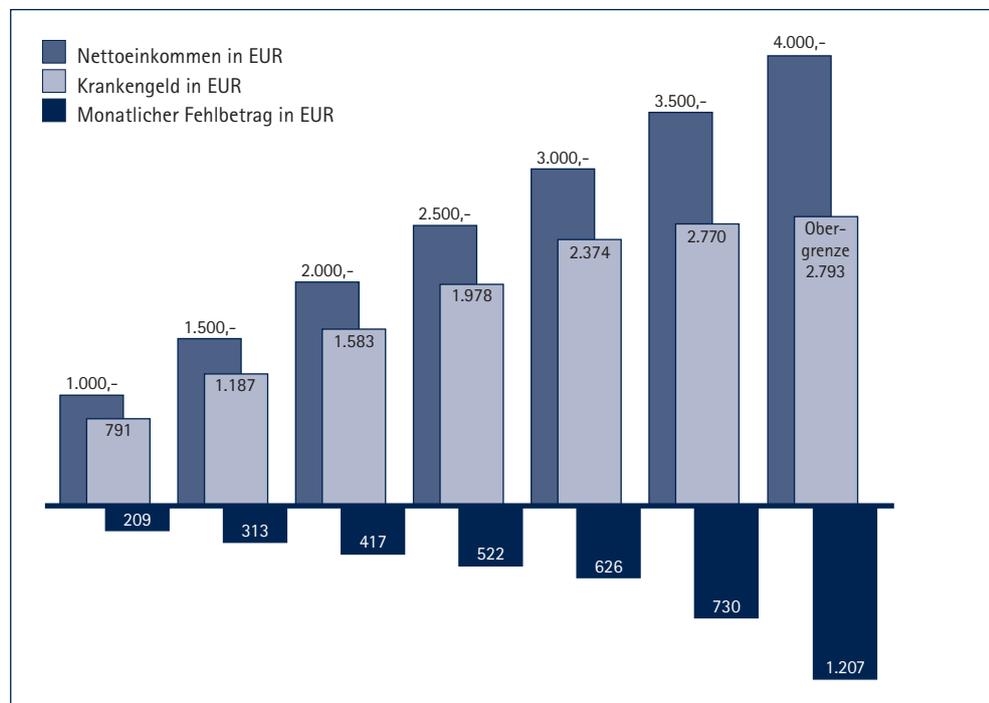
Für Versicherte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entsteht eine zusätzliche Lücke: Bei einem Bruttoeinkommen von 6.400,00 Euro ergibt sich eine monatliche Lücke von 1.007,28 Euro.

Bruttoeinkommen	6.400,00 Euro
Nettoeinkommen	3.800,00 Euro
Krankengeld = 70 % v. Brutto, jedoch nicht mehr als 90 % v. Netto, max. 70 % aus BBG 4.537,50 Euro	3.176,25 Euro
davon 12,075 % HBG	383,53 Euro
verbleibendes Krankengeld	2.792,72 Euro
<u>Lücke</u> zwischen Nettoeinkommen und verbleibendem Krankengeld	1.007,28 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.

88 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

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. Beispielsweise lässt sich ein erkrankter, niedergelassener Arzt 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.

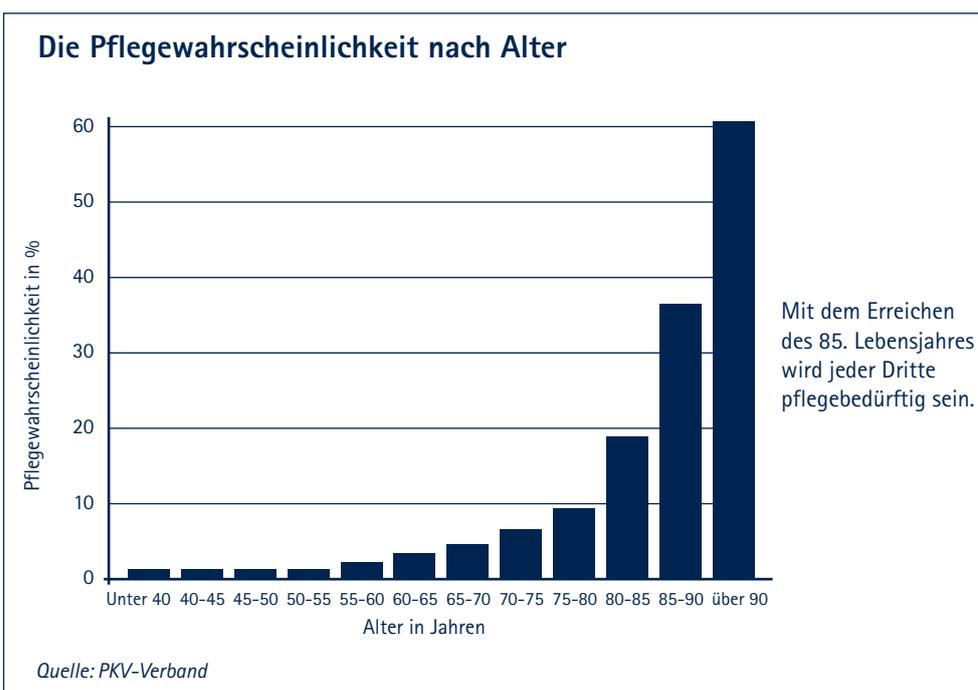
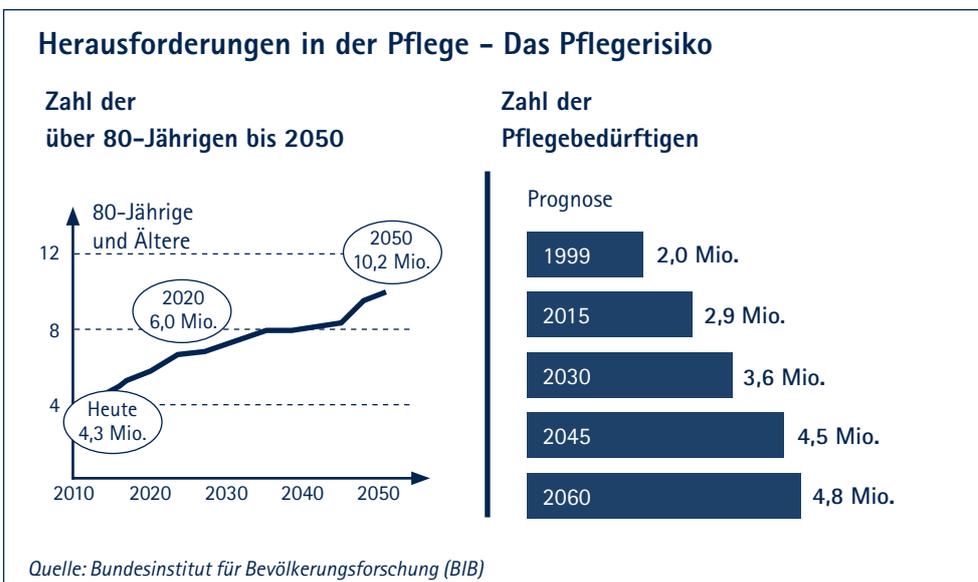
Die Höhe des Krankentagegeldes richtet sich bei Selbstständigen und Freiberuflern nach dem Einkommen, das durch die üblichen Regeln der Einnahmenüberschussrechnung (EÜR) oder der Bilanzierung festgestellt wird, abzüglich der zu zahlenden Steuern. Da das Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit und damit 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 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.



90 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

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

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
ambulante	- 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

Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten >> 91

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.

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 Bundesregierung 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.

92 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

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,

- 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 übernommen. So werden z. B. Mammografien, PSA-Screenings und Augeninnendruckuntersuchungen nur bezahlt, wenn ein konkreter Verdacht vorliegt.

Wer ohne diesen Verdacht für sich Gewissheit haben möchte, 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. So kann festgestellt werden, 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.

94 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

„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 75). 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.

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.

96 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

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.

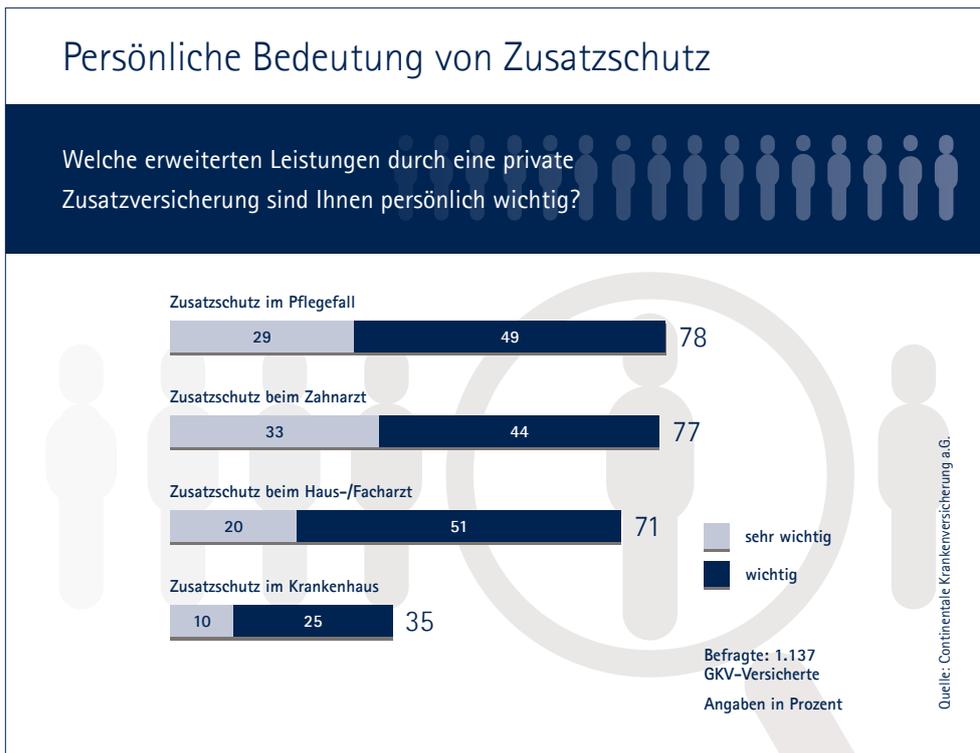
In jedem Fall ist der Abschluss eines Optionstarifs ratsam; er sollte jedoch einige grundlegende Anforderungen erfüllen:

- 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

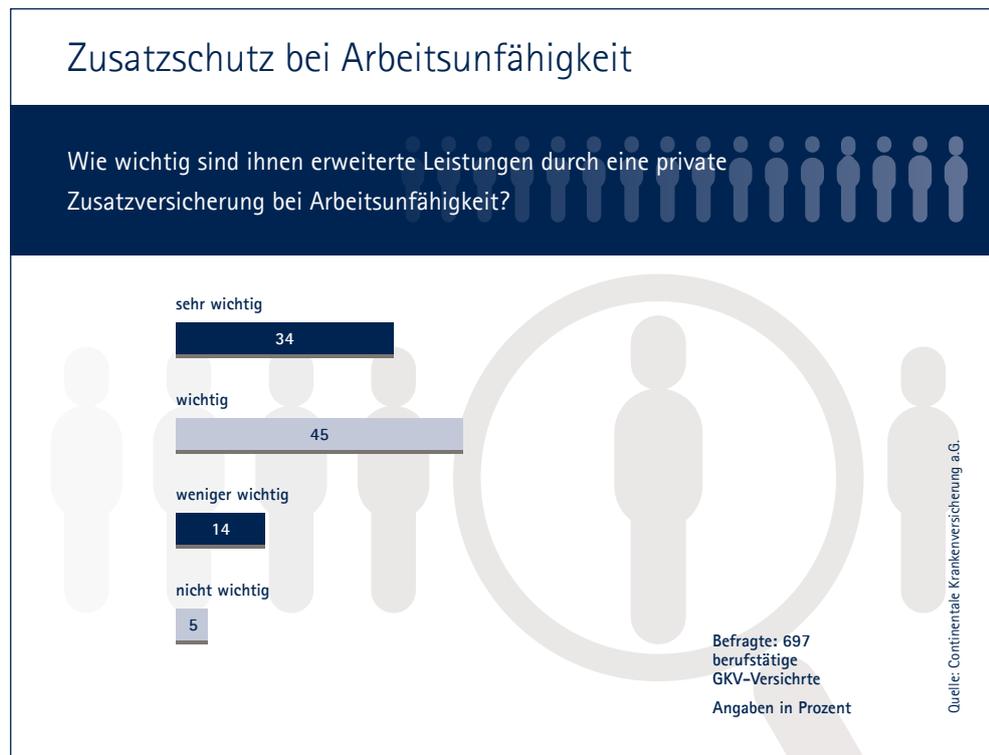
¹ Die vollständigen Continentale-Studien finden Sie unter www.pkv-ratgeber.de

98 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

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:



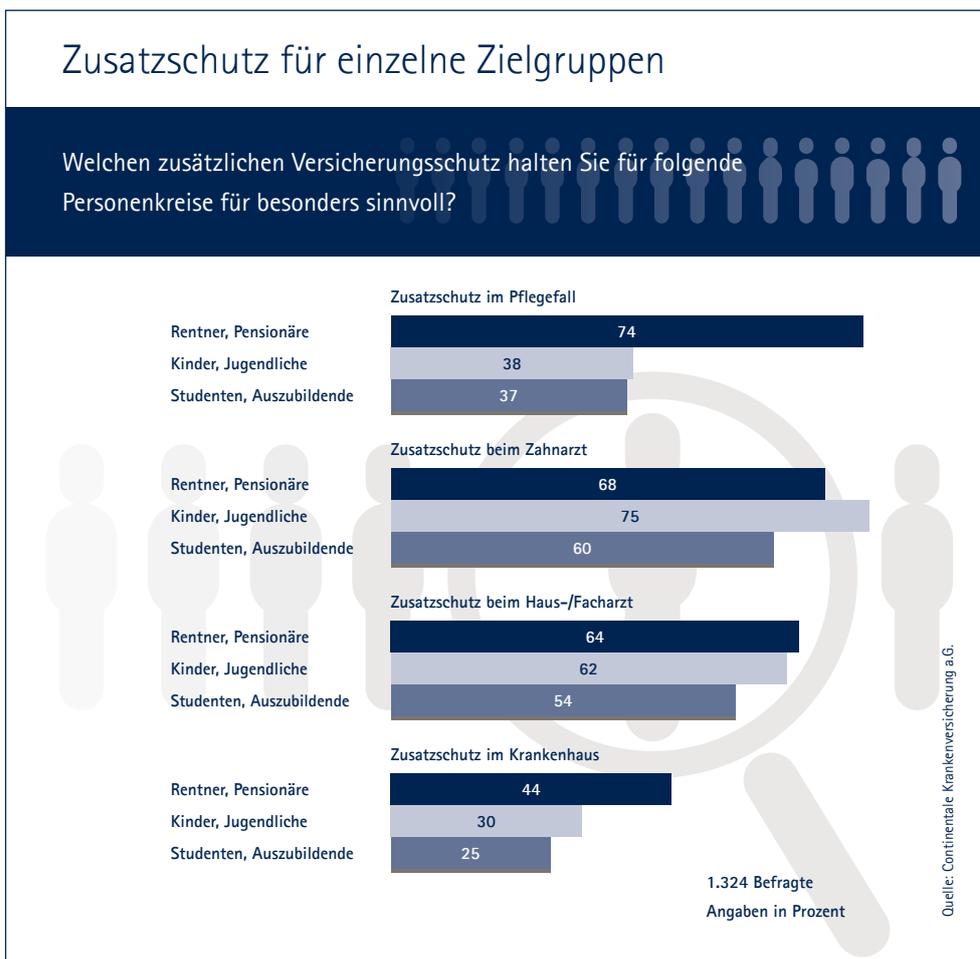
Mehr als drei Viertel der berufstätigen GKV-Versicherten finden privaten Zusatzschutz bei Arbeitsunfähigkeit für sich persönlich wichtig, ein Drittel sogar sehr wichtig. Als nicht wichtig erachten die private Vorsorge nur 5 Prozent.

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 Personenkreise 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.

100 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

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

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 2018 wieder in fast allen Zusatzversicherungsarten.

102 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	2018	2017	2016	2015	2014	2013
ambulante Tarife	7.800.200	8.023.300	7.919.800	7.869.800	7.731.700	7.748.200
Veränderung absolut	-223.000	103.400	50.000	138.100	-16.500	8.000
Veränderung in %	-2,8	1,3	0,6	1,8	-0,2	0,1
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	6.181.100	6.112.100	6.058.600	5.980.400	5.870.800	5.804.300
Veränderung absolut	69.000	53.500	78.200	109.600	66.500	27.700
Veränderung in %	1,1	0,9	1,3	1,9	1,1	0,5
Zahntarife	16.008.100	15.665.200	15.371.900	14.950.000	14.411.000	13.821.800
Veränderung absolut	342.900	293.300	421.900	539.000	589.200	247.400
Veränderung in %	2,2	1,9	2,8	3,7	4,3	1,8
insgesamt*	20.056.900	19.583.500	19.135.300	18.871.800	18.511.200	17.724.700
Veränderung absolut	473.400	448.200	263.500	360.600	786.500	176.300
Veränderung in %	2,4	2,3	1,4	1,9	4,4	1,0

* 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:

In 2017 brachten ambulante Zusatzversicherungen wenig Wachstum. Die Stückzahl ambulanter Zusatzversicherungen stieg um 1,3 %. Eine ähnliche Entwicklung war auch in den Vorjahren festzustellen. In 2018 sank der Bestand um rund 223.000 Tarife auf insgesamt rund 7,8 Millionen Tarife.

Über alle Zusatzversicherungsarten hinweg stieg dagegen der Bestand um 2,4 % auf erstmalig mehr als 20 Millionen Zusatzversicherungen (Tarife) für GKV-Versicherte.

Für dieses Wachstum ist insbesondere die Nachfrage nach Zahnzusatzversicherungen verantwortlich. Auch wenn das Wachstum in 2018 nicht mit dem der Jahre 2014 bis 2016 mithalten konnte, wurden in 2018 dennoch mehr als 340.000 Zahnzusatzversicherungen vermittelt. Rund jeder fünfte Deutsche verfügt im Durchschnitt über eine Zahnzusatzversicherung. So beläuft sich der Gesamtbestand an Zahnzusatztarifen auf mehr als 16 Millionen Stück.

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.

Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen >> 103

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

Zusatzversicherte Personen nach Versicherungsarten	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Krankentagegeldversicherung*	3.638.000	3.613.400	3.597.400	3.583.600	3.585.800	3.605.100
Veränderung absolut	24.600	16.000	13.800	-2.200	-19.300	-22.500
Veränderung in %	0,7	0,4	0,4	-0,1	-0,5	-0,6
Krankenhaustagegeldversicherung	7.677.200	7.740.400	7.803.300	7.864.100	7.936.500	8.027.600
Veränderung absolut	-63.200	-62.900	-60.800	-72.400	-91.100	-125.900
Veränderung in %	-0,8	-0,8	-0,8	-0,9	-1,1	-1,5
Pflegezusatzversicherung	2.782.800	2.732.900	2.676.700	2.583.600	2.481.800	2.355.300
Veränderung absolut	49.900	56.200	93.100	101.800	126.500	168.600
Veränderung in %	1,8	2,1	3,6	4,1	5,4	7,7
Staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung	878.100	834.000	777.200	683.600	558.600	353.600
Veränderung absolut	44.100	56.800	93.600	125.000	205.000	
Veränderung in %	5,3	7,3	13,7	22,4	58,0	

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

Quelle: Rechenschaftsberichte des PKV-Verbandes

Das Wachstum in der Krankentagegeldversicherung ist seit Jahren unbeständig. In 2018 konnte ein geringes Wachstum in Höhe von 0,7 % verzeichnet werden. 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. Dennoch beläuft sich der Bestand nach Abschluss des Geschäftsjahres 2018 auf knapp 7,7 Millionen Tarife. In 2013 waren es noch rund 300.000 Tarife mehr.

In der Pflegezusatzversicherung setzt sich der Trend eines abnehmenden Wachstums auch in 2018 fort. Betrug das Wachstum in 2013 noch 7,7 %, so konnte in 2018 nur ein Zuwachs in Höhe von 1,8 %, gemessen an der Anzahl der Tarife, erreicht werden. Mit mehr als 5 % Wachstum erwies sich die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung als Wachstumsmotor im Rahmen der Pflegezusatzversicherungen. Trotz des Wachstums in den vergangenen Jahren ist die Marktdurchdringung in diesem Bereich noch verhältnismäßig gering. 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, Ergänzungsschutz im Rahmen von Wahltarifen 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.

Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen >> 105

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 2019 = 60.750,00 EUR = 12 x 5.062,50 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 5.062,50 EUR	PKV-Mitglied
		2. berufstätig, Einkommen 2.180,00 EUR	GKV-Mitglied
	Kind	nicht berufstätig, kein Einkommen	kein Anspruch auf Familienversicherung, deshalb eigene GKV-Mitgliedschaft, alternativ Privatversicherung
4)	Elternteil	1. berufstätig, Einkommen unter 5.062,50 EUR	PKV-Mitglied
		2. berufstätig, Einkommen 2.600,00 EUR	GKV-Mitglied, pflichtversichert
	Kind	nicht berufstätig, kein Einkommen; ein Elternteil zwar PKV versichert und höheres Einkommen, aber unterhalb der JAEG; daher hat der Elternteil mit dem niedrigeren Einkommen für das Kind Anspruch auf Familienversicherung in der GKV	Familienversicherung in der GKV bei 2.
5)	Elternteil	1. berufstätig, Einkommen 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 > 445,00 EUR (z. B. aus Kapitalvermögen, aus Vermietung/ Verpachtung)	bei Einkommen über 445,00 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 Beihilfavorschriften 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 Beihilfavorschriften 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 Beihilfavorschriften 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.

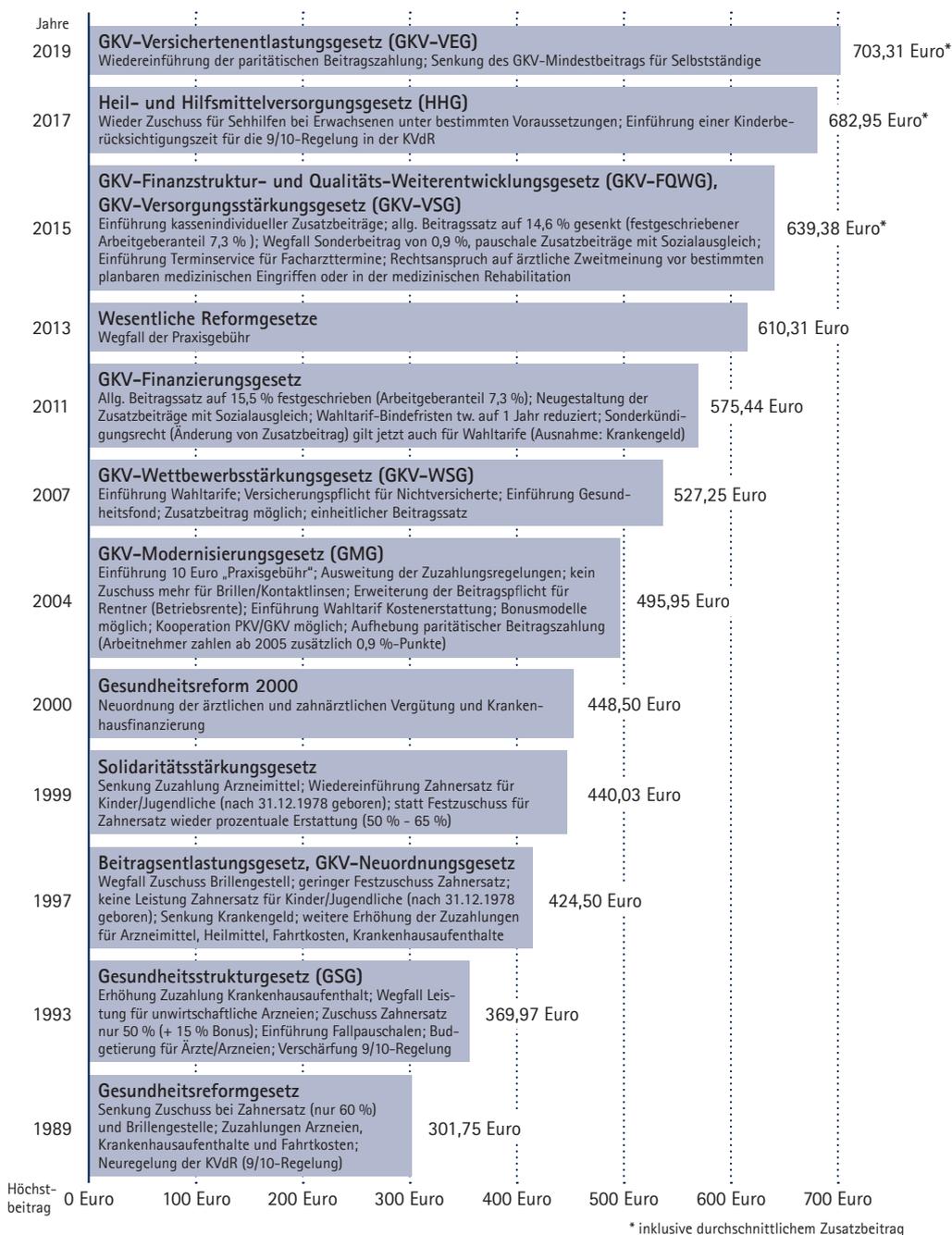
- Der GKV-Versicherte kündigt seine Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Monats (z. B. im Januar zum 31.03., im Februar zum 30.04., im März zum 31.05. usw.).
- Die „alte“ Kasse stellt unverzüglich – spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung – eine Kündigungsbestätigung 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.

>> 7 Überblick der Gesundheitsreformen in der GKV

Die Politik hat die Leistungen der GKV mit verschiedenen Gesundheitsreformen immer wieder eingeschränkt (versteckte Beitragserhöhungen). Denn die Leistungen der GKV sind anders als in der PKV nicht garantiert. Zusätzlich steuert der Gesetzgeber die Höhe des Beitrags über den Beitragssatz, die Beitragsbemessungsgrenze und über Zusatz- und Sonderbeiträge. Mit diesen Instrumenten fängt er die steigenden Kosten in der GKV auf. Gründe für die steigenden Kosten sind z. B. der medizinischen Fortschritt und die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung. Versicherte der GKV müssen auch künftig mit Steigerungen des Beitrags und Kürzungen von Leistungen rechnen.



112 >> Anhang

Die Leistungsansprüche der Privatversicherten können im Zuge von Gesundheitsreformen weder eingeschränkt noch nach politischem Belieben verteuert werden. Sie sind als privatrechtliche Verträge durch das Grundgesetz geschützt. Dennoch betreffen einige Gesundheitsreformen auch die PKV.

Jahre	
2019	GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) Wegfall des Beihilfeanspruchs für Soldaten auf Zeit (SaZ), die ab dem 01.01.2019 Übergangsgebühren beziehen
2017	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHG) Krankentagegeld für PKV-versicherte selbstständige Mütter während der Mutterschutzfristen
2013	Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung Einführung des Notlagentarifs; Reduzierung des Säumniszuschlags
2011	Gesetz über Rabatte für Arzneimittel (AMNOG) Recht auf Aushandlung von Herstellerrabatten bei Pharmaunternehmen, Einnahmen aus Herstellerrabatten dürfen ausschließlich zur Vermeidung und Begrenzung von Prämien erhöhungen bzw. zur Prämien ermäßigung in den Beständen verwendet werden
2010	Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung Beiträge zur PKV im erweiterten Umfang von der Steuer absetzbar
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Einführung der Drei-Jahres-Regelung für Arbeitnehmer bei Wechsel in die PKV; Einführung des Basistarifs ab 2009; Versicherungspflicht für Nichtversicherte ab 2009; Einführung eines Übertragungswertes für neu abgeschlossene Verträge; Anforderung an PKV-Volltarife (ambulanter und stationärer Schutz mit 5.000 Euro max. Selbstbeteiligung)
2000	Gesundheitsreform 2000 Einführung des gesetzlichen Zuschlags von 10 %; keine Rückkehrmöglichkeit mehr in die GKV für Personen ab 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

A

Allgemeiner Beitragssatz 40
alternative Heilverfahren 94
Alternativmedizin 94
Alterslast 14
Alterungsrückstellungen 14, 46, 47, 57, 62, 64, 100
ambulante Zusatzversicherungen 102
Andersartige Versorgung 85
Äquivalenzprinzip 44
Arbeitgeberbeitrag 40
Arbeitgeberzuschuss 48
Arbeitslosigkeit 48
Art der Lebensversicherung 100
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) 26
Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) 26
Auslandsreiseschutz 84

B

Basistarif 37, 51, 52, 57
Beamte 36, 108
Behandlungsprogramme 79
Beihilfe 36, 108
Beitrag 15, 39, 44, 72
Beitragsanpassungen (BAP) 47
Beitragsentlastungsangebote 48, 58
Beitragsentlastungsgesetz 24
Beitragskalkulation 44, 46
Beitragsrückerstattungen 15, 16
Beitragssatz 40
Beitragssystem 14
Beitragszuschuss 48
Belastungsgrenzen 76
Betriebskosten 88
Bindefristen 59, 81
Bonusprogramme 59
Bonussysteme 16
Brillen/Kontaktlinsen 95
Bürgerentlastungsgesetz 26, 49

C

chronisch Kranke 76

D

Diagnosis Related Groups-System 74
Dreijahresfrist 30

E

Eigenbeteiligungen 75
Einkommenssicherung
 bei Arbeitsunfähigkeit 87
erfolgsabhängige Rückerstattung 95
erfolgsunabhängige Rückerstattung 95
Ermäßigter Beitragssatz 40

F

Fallpauschale 74
Familienversicherte 34
Familienversicherung 19, 42, 106
Festzuschuss 84
Finanzierung der Beiträge 54
Finanzierung der Krankenversicherung 55
Freiberufler 36, 42
freie Arztwahl im Krankenhaus 86
freie Krankenhauswahl 86
freiwillig Versicherte 33, 42
Freiwillig versicherte Rentner 54

G

Gebührensysteem für Ärzte 73
Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) 94
Gesetzliche Krankenversicherung 32
Gesetzliche Rentenversicherung 54
Gesetzlicher Zuschlag 57
Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs 11
Gesundheitsausgaben 11
Gesundheitsfond 59
Gesundheitsfonds 39, 40
Gesundheitsmodernisierungsgesetz 104
Gesundheitsreform 2000 25
Gesundheitsreformgesetz 24
Gesundheits-Strukturgesetz 24
Gesundheitssystem 31
Gesundheitsversorgung 23
GKV-Finanzierungsgesetz 26, 30
GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 25
GKV-Neuordnungsgesetz 25
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 11, 16, 25, 30, 47
Gleichartige Versorgung 85
Grundleistungen 30
Günstigerprüfung 49

114 >> Stichwortverzeichnis

H

Härtefallregelung 77
Hausarztтарif 79
Haushaltsbegleitgesetz 24
Heilfürsorge 37
Heilfürsorgeberechtigte 36, 108
Höchstkrankengeld 87
Höherverdienende Arbeitnehmer 36
Hufelandverzeichnis 94

I

integrierte Versorgung 79

J

Jahresarbeitsentgeltgrenze 36

K

Kapitaldeckungsverfahren 14, 72
Kinder 36
Kinderfreibetrag 44
Kontrahierungszwang 35, 51
Kooperationen 60, 104
Kostenerstattung 17, 59
Kostenerstattungsprinzip 13
Kostenerstattungstarif 80
Krankengeldtarif 80
Krankenhaustagegeldversicherung 86
Krankentagegeldversicherung 87, 103
Krankenversicherung der Rentner (KVdR) 34, 107
Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung (KVBEVO) 50
Kündigungsfristen beim Kassenwechsel 77, 110, 111

L

Leistungsdifferenzierungen in der GKV 77
Leistungssystem 15

M

Marktentwicklung 101
Mitgliedschaft in der PKV 35

N

Naturheilverfahren 94
Nichtversicherte 35
Notlagentarif 52, 53

O

Optionstarife 15, 95, 96

P

Partnerschaften zwischen GKV und PKV 60, 104
Pauschalleistung 15, 17, 95
Personengruppen 32
Pflegekostenversicherung 92
Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) 27
Pflegepflichtversicherung 65
Pflegerentenversicherung 92
Pfleigestärkungsgesetz III (PSG III) 28, 91
Pflegetagegeldversicherung 92
Pflegeversicherung 89
Pflegezusatzversicherung 92, 103
Pflichtangebote 79
Pflichtversicherte 13, 32
Pflicht zur Versicherung 35
Prämienzahlung bei Leistungseinschränkung 81
Provisionsregelung 65

R

Rechnungszins 47
Regelversorgung 84
Rentner 43, 54
Rückerstattungsmodelle 16, 95

S

Sachleistungsprinzip 13, 17
Schadenversicherung 100
Selbstbehaltertarif 80
Selbstbeteiligungen 15, 16
Selbstständige 36, 42
Service- und Beratungsleistungen 78
Sicherungsmaßnahmen 50
Solidaritätsprinzip 39
Solidaritätsstärkungsgesetz 25
Sonderausgabenabzug 49
Sonderkündigungsrecht 81, 110
Standardtarif 50, 57
Stationäre Behandlung 86
Studenten 42
Systemunterschied 11, 13

T

Tarifleistungen 46
Tarifliche Selbstbeteiligungen 16
Träger der GKV 71

U

Übertragungswert 64, 65
Umlageverfahren 16, 72
Umtarifierungsangebote 57

V

Vermögenssicherung im Pflegefall 89
Versicherungsfreie
 Gesellschafter/Geschäftsführer 37
Versicherungspflichtgrenze 30
Versicherungspflichtige Arbeitnehmer 42
Versicherungspflichtige Rentner (KVdR) 54
Versorgungsbezüge 54
Vollstationäre Pflege 90
Vollversicherte 13
Vorgezogene Pauschalerstattung 17

W

Wahltarife 16, 59, 79
Wahltarife für besondere
 Therapierichtungen 80
Wahltarif für besondere
 ambulante Versorgungsformen 80
Wahltarif für strukturierte
 Behandlungsprogramme 79
Wettbewerb 61
Wettbewerbssituation 104
Wettbewerbsstärkungsgesetz 63

Z

Zahnergänzungsversicherungen 85
Zahnersatz 84
Zusatzbeitrag 40, 59
Zusatzleistungen 30
Zuzahlungen 75, 94

Continental Krankenversicherung a.G.
pkv-ratgeber

Ruhrallee 92
44139 Dortmund
www.pkv-ratgeber.de