

**pkv-ratgeber**

**Die Expertenbroschüre  
zur privaten Krankenversicherung**

---

## **Impressum**

pkv-ratgeber

4. überarbeitete Auflage, August 2005

Herausgeber: © 2000 Continentale Krankenversicherung a. G.  
Ruhrallee 92–94, 44139 Dortmund

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur  
mit Genehmigung des Herausgebers.

# **pkv-ratgeber**

---

**Die Expertenbroschüre  
zur privaten Krankenversicherung**

# Inhalt >>

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Vorbemerkungen</b>  | <b>06</b> |
| <b>Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/<br/>Private Krankenversicherung (PKV) –<br/>die Systemunterschiede</b> | <b>09</b> |
| Wettbewerb in und zwischen den Systemen  | 11        |
| Das Beitragssystem der GKV   | 12        |
| Das Beitragssystem der PKV   | 13        |
| Wer kann in die PKV?   | 15        |
| Ist ein Wechsel zur PKV sinnvoll?  | 16        |
| Wenn Wechsel – wohin?  | 18        |
| Das Zukunftskonzept der PKV  | 20        |
| <b>Entscheidungshilfen für die Versicherungskunden</b>   | <b>25</b> |
| Bekannte, Freunde und Verwandte  | 26        |
| Versicherungsvertreter   | 26        |
| Mehrfachagent  | 26        |
| Makler   | 27        |
| Vertriebs-/ Beratungsgesellschaften  | 27        |
| Informationsmaterial von Versicherungs-<br>gesellschaften  | 27        |
| Verbraucherschutz  | 27        |
| Medien   | 28        |
| Internet   | 28        |
| Anbieter von Versicherungsvergleichen  | 28        |
| Ratings  | 29        |
| <b>Die Sicherheit der Versicherungsunternehmen</b>   | <b>39</b> |
| Vertragssicherheit   | 41        |
| Gesellschaftsform  | 41        |
| <b>Die Versicherungsleistung</b>   | <b>45</b> |
| Selbstbeteiligung  | 47        |
| Höchstbeträge  | 48        |
| Leistungsstandards allgemein   | 49        |
| Leistungsstandards ambulant  | 50        |
| Leistungsstandards stationär   | 52        |
| Zahnärztliche Leistungsstandards   | 52        |
| Leistungsstandards Pflegezusatzversicherung  | 53        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>Der Beitrag als Spiegelbild der Leistung</b>     | <b>55</b>  |
| Leistungselemente                                   | 57         |
| Risikoselektion                                     | 57         |
| Wirtschaftlichkeit                                  | 58         |
| Anpassungstermine                                   | 58         |
| Tarifpolitik  | 58         |
| <br>  |            |
| <b>Die künftige Beitragsentwicklung</b>             | <b>61</b>  |
| Steigende Leistungsanspruchnahme                    | 62         |
| Steigende Gesundheitskosten                         | 63         |
| Überproportionale Steigerungseffekte                | 65         |
| Dämpfung der Beitragsentwicklung                    | 66         |
| Unternehmenseigene Steuerungselemente               | 68         |
| <br>  |            |
| <b>Flexibilität des Versicherungsschutzes</b>       | <b>71</b>  |
| Persönliche Veränderungen                           | 72         |
| Berufliche Veränderungen                            | 72         |
| Innovative Angebote der Unternehmen                 | 74         |
| <br>  |            |
| <b>Kundenorientierung als Versicherungsleistung</b> | <b>77</b>  |
| Beratungsservice                                    | 78         |
| Leistungsservice                                    | 78         |
| Beschwerdemanagement                                | 79         |
| Managed Care  | 80         |
| Assistance-Leistungen                               | 81         |
| Gesundheitsmanagement                               | 82         |
| <br>  |            |
| <b>Anhang</b>                                       | <b>85</b>  |
| <br>  |            |
| <b>Stichwortverzeichnis</b>                         | <b>141</b> |

### >> Ziele der Expertenbroschüre

Informationen zur PKV gibt es in großer Zahl. Sie erscheinen als **Ratings/Rankings** in Fachzeitschriften, Broschüren der Verbraucherverbände, Büchern für und von Ratgebern, in den unterschiedlichsten **Vergleichsprogrammen** bis hin zu dem weiten Informationsfeld des **Internets**.

Trotz dieser Informationsfülle besteht ein deutliches Informationsdefizit in der Bevölkerung zum Thema „Krankenversicherung“. Das bestätigte eine von der Continentale in Auftrag gegebene **TNS Emnid-Befragung** Anfang des Jahres 2000. Selbst diejenigen, die sich schon für die PKV interessierten – zum Teil auch schon in der PKV versichert waren – und sich aller möglichen Informationen bedienten, hatten gravierende Wissenslücken.

Vielen Bürgern ist ihr Informationsdefizit bewusst, denn nicht umsonst haben **Ratings, Rankings** und Vergleiche zu den einschlägigen Themen GKV/PKV, Zukunft des Gesundheitswesens, Bezahlbarkeit der **Beiträge** im Alter Hochkonjunktur. Das vorhandene Informationsdefizit erzeugt Orientierungslosigkeit – eine Orientierungslosigkeit, die Auflösung sucht in einfachen, nachvollziehbaren Entscheidungsrastern.

Daraus resultiert die Zielsetzung dieser Expertenbroschüre:

Sie soll Ihnen Hilfestellung geben, einen Informationssuchenden zu unterstützen, festzustellen, welche Kriterien für ihn persönlich relevant sind, wenn er sich als freiwillig GKV-Versicherter für die PKV und dort für ein bestimmtes Unternehmen entscheiden will. Oder auch wenn der PKV-Versicherte zu einem anderen PKV-Unternehmen wechseln will.

### >> Schwerpunkt Vollversicherte

Im Mittelpunkt steht der Vollversicherte. Mit der **Gesundheitsreform 2000** (vgl. auch **Anhang**) verfestigte der Gesetzgeber das gegliederte System der Krankenversicherung, der PKV wurde eine noch stärkere Bedeutung im gesamten Gesundheitswesen zuerkannt. Die gesetzlich festgelegte zusätzliche Erhöhung der **Alterungsrückstellung** um 10 % der **Beiträge** soll für die Zukunft sicherstellen, dass die Beiträge auch im Alter für den einzelnen tragbar bleiben. Für neue PKV-Kunden ist **Beitragsstabilität** ab dem 65. Lebensjahr weitgehend gesichert. Allerdings sind auch die **Rückkehrmöglichkeiten in die GKV** erschwert worden; für Personen, die das 55. Lebensjahr überschritten haben, ist eine Rückkehr nahezu unmöglich. Auch ein Wechsel zwischen den PKV-Unternehmen wird durch den Verlust erworbener Rechte für die Versicherten noch uninteressanter.

Das Resümee aus der **Gesundheitsreform 2000** lautet: Die Entscheidung für die PKV und ein bestimmtes Unternehmen der PKV ist kaum mehr zu revidieren. Kurz gesagt: Die Entscheidung für die PKV ist eine Entscheidung fürs Leben.

### >> **Qualifizierte Beratung**

Nach der **Gesundheitsreform** ist eine qualifizierte Beratung der Interessenten noch wichtiger geworden. Die PKV-Unternehmen haben noch mehr Verantwortung für die Belange ihrer Versicherten. Sie sind verpflichtet, denjenigen, der Rat geben muss, in die Lage zu versetzen, sich selbst effektiv zu orientieren, um sein Wissen dann zu Gunsten seines Kunden einsetzen zu können. Für den Berater hat die Wissensvermittlung den zusätzlichen Vorteil, dass ein von ihm gut informierter Kunde auch vertragstreu ist.

Die Continentale Krankenversicherung a. G. will durch die Herausgabe dieser Expertenbrochüre, die nicht einfach Wissen zusammenstellt, sondern objektiv und neutral aufzeigt, welche Kriterien für den Kunden in seiner persönlichen Situation relevant sind, dieser Verantwortung gegenüber Berater und Kunden gerecht werden.

Bei der Auswahl und der Bewertung der Kriterien wurden wir durch unseren Expertenbeirat, den Herren Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Arno Surminski und Prof. Dr. Jürgen Wasem dankenswerterweise unterstützt (vgl. auch **Anhang**).

Continentale Krankenversicherung a. G., September 2000

### >> **Vorbemerkungen zur 4. Auflage**

Hat die PKV noch eine Zukunft?

Eine Frage, die zum Zeitpunkt der Herausgabe dieser Auflage einen neuen Höhepunkt erreicht hat. Relevant dafür sind die angekündigten Neuwahlen zum 18.09.2005 und die dabei politisch in den Vordergrund gerückten Reformmodelle der CDU/CSU (Gesundheitsprämie/Kopfpauschale) sowie der SPD/Grünen (Bürgerversicherung).

Beide Modelle sind in der Expertenbrochüre zur gesetzlichen Krankenversicherung näher beschrieben. Im Vordergrund dieser Neuauflage steht das PKV-Zukunftskonzept, das eine verstärkte Koexistenz zwischen GKV/PKV zum Ziel hat. Gleichzeitig soll mit diesem Konzept auch den Vorwürfen gegenüber der PKV, wie z.B. dem der Negativselektion gegenüber der GKV bzw. des verhinderten Wettbewerbs innerhalb der PKV durch die fehlende Portabilität der Alterungsrückstellung, begegnet werden. Mit ihrem Konzept zeigt die PKV einen Weg auf, der geeignet ist, mittel- und langfristig dem Gesundheitssystem eindeutig mehr positive Stimulanz für eine evolutionäre Weiterentwicklung zu geben. Dabei besteht nicht die Gefahr, dass durch revolutionäre Veränderungen unserem Gesundheitswesen noch mehr Schaden zugefügt wird. Einem Gesundheitssystem, das immer noch zu den besten der Welt gehört.

Danken möchten wir im Rahmen dieser Neuauflage auch unserem Expertenbeirat, der uns wiederum mit wertvollen Anregungen unterstützt hat.

Continentale Krankenversicherung a. G., August 2005



>>

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist ein milliardenschwerer Markt. Ärzte und Zahnärzte, Arzneimittelhersteller und Apotheken, Krankenhäuser und Sanatorien, Heil- und Hilfsmittelanbieter und viele mehr bemühen sich, die Gesundheit von mehr als 80 Millionen Einwohnern zu erhalten oder wiederherzustellen – gegen Entgelt, versteht sich. Die Kosten sind immens und würden für viele den wirtschaftlichen Ruin bedeuten, gäbe es nicht ein Krankenversicherungssystem mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung, das auf gesetzlicher Grundlage Sicherheit bietet. Diese gesetzlichen Grundlagen sind jedoch sehr unterschiedlich, was zu interessanten Alternativen bei der Wahl des Versicherungsschutzes führt.

# 10 >> Systemunterschiede

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist gekennzeichnet durch das „**gegliederte Krankenversicherungssystem**“. Seine Träger sind die GKV mit ihren unterschiedlichen Kassenarten (z. B. Allgemeine Ortskrankenkassen, Ersatzkassen) und die Unternehmen der PKV.

**Äquivalenzprinzip – Solidaritätssystem: Zwei konträre Auffassungen prägen das Gesundheitssystem**

Die Funktionsweise von PKV und GKV ergibt sich aus ihren unterschiedlichen Rechtsgrundlagen.

Für die PKV ist die Eigenvorsorge auf der Basis des **Äquivalenzprinzips** maßgebend. Dies bedeutet eine risikogerechte **Beitragskalkulation**, die vom Eintrittsalter, Geschlecht und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss abhängig ist sowie vom gewünschten Umfang des Versicherungsschutzes.

Für die GKV gilt das **Solidaritätsprinzip**. Ihre **Beiträge** werden grundsätzlich bis zur **Beitragsbemessungsgrenze** in Abhängigkeit vom Arbeitsentgelt und bei freiwillig Versicherten von der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bemessen, und zwar ohne Berücksichtigung von Risikofaktoren und differenzierten Leistungen.

Der Versicherungsschutz in der PKV ist privatrechtlicher Natur. Die Vertragsgestaltung ist allerdings durch das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) zum Schutze des Verbrauchers begrenzt. Demgegenüber wird der Versicherungsschutz in der GKV ohne individuelle Gestaltungsmöglichkeit (mit Ausnahme des Krankengeldes sowie einzelner Modellversuche) ausschließlich durch das Gesetz geregelt.

## Synoptische Gegenüberstellung der typischen Unterschiede zwischen GKV und PKV

### GKV

Einkommensbezogener Beitrag nach dem Umlageverfahren \*

Pflichtversicherung

Soziale Privilegien (z. B. Arzneimittelabschlag)

Gesetzliche Vorgabe eines einheitlichen Leistungskatalogs

Familienbeitrag

Annahmezwang

Preisvereinbarungen mit den Leistungserbringern

Sachleistungsprinzip/Kostenerstattungsprinzip wählbar

Obligatorische Zuzahlungen

### PKV

Wagnisgerechter Beitrag nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren \*\*

Freiwillige Versicherung

Keine sozialen Privilegien

Vertragliche Vereinbarung des individuellen Leistungsumfangs

Individualbeiträge

Vertragsfreiheit und Wettbewerb

Freie Preisgestaltung/staatliche Gebührenordnungen

Kostenerstattungsprinzip

individuelle Selbstbeteiligungen

Beitragsrückerstattungen und sonstige beitragsbeeinflussende Elemente auf freiwilliger Basis

\* **Umlageverfahren der GKV:**  
Die Beitragseinnahmen werden umgehend als Leistungen ausgegeben; es werden keine Rückstellungen gebildet.

\*\* **Anwartschaftsdeckungsverfahren der PKV:**  
Die Beitragseinnahmen werden nur zum Teil als Leistungen ausgegeben; ein Beitragsanteil wird zur Bildung einer Rückstellung für das im Alter höhere Risiko verwandt. Es entsteht ein Kapitalstock.

(Weitere Details inkl. Erläuterungen vgl. **Anhang**)

Wertung:

Der PKV-Schutz ist durch **Flexibilität** und individuelle Bedarfsdeckung gekennzeichnet. Darüber hinaus zeichnet den PKV-Schutz der Vertrauensgrundsatz „**pacta sunt servanda**“ und die stärkere Sicherheit gegenüber demografischen Veränderungen (**Anwartschaftsdeckungsprinzip**) aus.

Die Vorzüge der GKV liegen in der sozialen Beitragsgestaltung. Das kommt vor allem den sozial Schwachen zugute. Demgegenüber kann der GKV-Schutz durch gesetzgeberische Eingriffe verändert werden, was in den letzten Jahren schon häufiger geschehen ist (vgl. **Anhang**). Der GKV-Versicherungsschutz bietet keinerlei Vorsorge im Hinblick auf die negativen Auswirkungen der demografischen Entwicklung.

### >> Wettbewerb in und zwischen den Systemen

Seit 1996 ist es den Mitgliedern der GKV freigestellt, bei welcher Kasse sie sich versichern. Diese Regelung sollte den Wettbewerb zwischen den Kassen beleben. Heute sieht es so aus, dass zwischen den günstigsten bundesweit tätigen Betriebskrankenkassen und den Allgemeinen Ortskrankenkassen bzw. Ersatzkassen eine Beitragsdifferenz von rund drei Prozentpunkten liegen kann. Für den Versicherten kann dies unter Einbeziehung des Arbeitgeberzuschusses zu jährlichen Mehr- oder Minderbelastungen von über 600 Euro führen. Der mögliche Umstieg in eine preiswerte Kasse wird von immer mehr Mitgliedern genutzt. Inwieweit diese Wettbewerbssituation auf Dauer sozialpolitisch aufrechterhalten werden kann, ist allerdings umstritten. Durch einen **Risikostrukturausgleich** zwischen den einzelnen Kassen sollen negative Effekte zu Lasten einzelner Kassen aufgefangen werden.

Auch zwischen den einzelnen PKV-Unternehmen besteht ein direkter Wettbewerb, der jedoch mit dem Wettbewerb innerhalb der GKV nicht zu vergleichen ist. Während in der GKV die Leistungen durch das Gesetz festgeschrieben sind und sich nur die **Beitragssätze** der einzelnen Kassen als Differenzierungselemente anbieten, hat die PKV größeren Spielraum. Bei ihr sind auch über Leistungsinhalte erhebliche Beitragsunterschiede zu erzielen. Dies macht die Entscheidung für einzelne PKV-Unternehmen – betrachtet man nur den **Beitrag** – äußerst schwierig. Denn nicht allein der Beitrag darf im Rahmen des Wettbewerbs berücksichtigt werden, sondern es müssen auch andere wesentliche Umstände Beachtung finden.

**Wettbewerb stärkt die Systeme**

## 12 >> Systemunterschiede

### >> Das Beitragssystem der GKV

**Solidarität bedingt  
Uniformität**

Für die GKV gilt das **Solidaritätsprinzip**, d. h., die Beiträge werden nach dem **Umlageverfahren** erhoben. Der für den einzelnen Versicherten zu zahlende **Beitrag** ergibt sich aus der Höhe des **Beitragssatzes** seiner Kasse (z. B. 14,5 %) und seinem individuellen Einkommen bis zur Höhe der **Beitragsbemessungsgrenze**. Beispiel: Ein **Arbeitnehmer** mit einem Bruttoeinkommen von monatlich 3.525 Euro zahlt bei einem Beitragssatz von 14,5 % 511,13 Euro. Von diesem Beitrag zahlt der Arbeitnehmer seit dem 01.07.05 0,9 % separat, an dem Rest beteiligt sich der Arbeitgeber mit 50 %. Die Höhe des Beitrags kann der Versicherte nur durch einen Wechsel der Kasse beeinflussen. Da die Leistungen auch der Höhe nach durch den Gesetzgeber festgeschrieben sind, hat er auf sie keinen Einfluss. Werden durch den Gesetzgeber Leistungen reduziert, kann sich dies für den Versicherten nur insoweit positiv auswirken, als die Beitragssätze sinken oder nicht weiter steigen.

Eine Steigerung des **Beitrages** erfolgt dann, wenn sich das Einkommen erhöht. Jede Einkommenserhöhung unterhalb der **Beitragsbemessungsgrenze** führt automatisch auch zu einer entsprechenden Beitragserhöhung, ohne dass der **Beitragssatz** der Kasse steigt. Im Übrigen wird die Beitragsbemessungsgrenze Jahr für Jahr erhöht, was für Versicherte, deren Einkommen über der Grenze liegt, ebenfalls zu einer Beitragserhöhung führt.

**So positiv eine steigende  
Lebenserwartung ist, so  
teuer ist ihre Finanzierung**

Bei der Beitragsgestaltung der GKV ist neben der fehlenden Beeinflussung des **Beitrags** durch den Versicherten und der durch den Gesetzgeber möglichen Leistungsreduzierung besonders hervorzuheben, dass keine Vorsorge für die **demografische Entwicklung** getroffen ist. Allein durch die Überalterung der Bevölkerung wird sich ein Anstieg der durchschnittlichen Behandlungsausgaben je Versicherten ergeben. Die **Krankenversicherung der Rentner** wird die übrigen Mitglieder der GKV finanziell noch höher belasten, weil die Zahl der Senioren und Hochbetagten stark zunimmt und die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter sinkt. Rein demografisch bedingt muss sich der **Beitragssatz** der GKV bis zum Jahre 2040 um rd. 20–25 % erhöhen (ZEW, Zentrum für europäische Wirtschaftsforschung GmbH), wenn nicht durch gesetzliche Eingriffe die Leistungen beschnitten werden.

Auf der anderen Seite darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass der vom GKV-Versicherten zu zahlende **Beitrag** nicht nur seine Person, sondern jedes Familienmitglied ohne eigenes Einkommen umfasst. Ehegatte und Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Je größer die Familie, desto günstiger ist der Krankenversicherungsbeitrag pro Person. Ob die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen auf Dauer aufrechterhalten werden kann, ist allerdings fraglich.

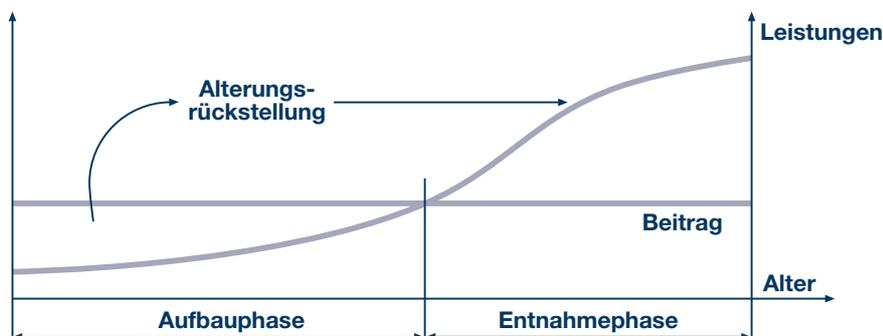
## &gt;&gt; Das Beitragssystem der PKV

In der PKV werden die **Beiträge** gemäß dem **Anwartschaftsdeckungsverfahren** (Kapitaldeckungsverfahren) nach Art der Lebensversicherung kalkuliert.

Der vom Versicherten zu zahlende **Beitrag** setzt sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen: Aufgrund statistischer Erfahrungswerte wird ein risikogerechter Beitrag ermittelt, der sich aus in der Vergangenheit beobachteten Schäden ableiten lässt und das Äquivalent für das übernommene Krankheitsrisiko darstellt. Daher ist für die Ermittlung des Beitrages insbesondere das Geschlecht und das Alter der zu versichernden Person zu Beginn der Versicherung wichtig.

**Risikogerechte Beiträge –  
Grundlage für  
Individualität und  
Sicherheit**

Da die Krankheitskosten mit zunehmendem Alter steigen, die PKV aber einen konstanten Beitrag erhebt, muss in den **Nettobeitrag** von Anfang an eine entsprechende **Alterungsrückstellung** einbezogen werden. In jungen Jahren zahlt der Versicherte über den **Risikobeitrag** hinaus einen **Sparanteil**, um daraus eine verzinsliche Alterungsrückstellung zu bilden, mit der die höheren Versicherungsleistungen im Alter finanziert werden können. Für den Versicherten selbst hat dieses Verfahren die Wirkung, dass sein **Beitrag** vom Älterwerden und der damit zunehmenden Krankheitsanfälligkeit unabhängig ist und insoweit gleich bleibt.



Bei dieser Kalkulationsmethode bleiben jedoch **Kostensteigerungen im Gesundheitswesen** selbst sowie Verbesserungen der **Lebenserwartung** unberücksichtigt, da sie von Faktoren abhängen, die nicht kalkulierbar sind (medizinisch-technische Entwicklung, Aids-Bekämpfung usw.). Die Folge ist, dass **Beiträge** aufgrund der **Kostensteigerungen im Gesundheitswesen** anzupassen sind und mit ihnen auch die **Alterungsrückstellung**. Dabei wird für die Mehrkosten (Mehrleistung) ab dem erreichten Lebensalter eine zusätzliche Alterungsrückstellung – wie beim Neuabschluss – aufgebaut. Dadurch entsteht der Eindruck, dass die PKV-Beiträge im Alter immer stärker steigen.

Nach einer Untersuchung des Info-Dienstes map-Report sind innerhalb der letzten 15 Jahre in der PKV (15 untersuchte Unternehmen) die **Beiträge** um durchschnittlich 5,03 % pro Jahr gestiegen. Gut verdienende **Arbeitnehmer** oder **Selbstständige** hätten in der GKV im gleichen Zeitraum jährlich rund 4,79 % mehr bezahlen müssen.

## 14 >> Systemunterschiede

Die Leistungen der GKV sind in den letzten Jahren immer wieder durch verschiedene Gesetzesreformen abgesenkt worden (vgl. **Anhang**). In der PKV sind sie auf dem vom Versicherungsnehmer einmal vereinbarten Niveau geblieben, soweit er selbst keine Veränderungen vorgenommen hat. Einseitige Leistungseinschränkungen durch den Versicherer sind in der PKV ausgeschlossen.

Was die demografischen Probleme angeht, bewegt sich die PKV auf einem sichereren Boden als die GKV.

Allein von 1999 bis 2003 sind 33 Mrd. Euro zusätzlich an **Alterungsrückstellung** aufgebaut worden. Die Zukunftssicherung wird noch optimiert durch den seit dem 01.01.2000 geltenden gesetzlichen Beitragszuschlag von 10 % sowie die Einbeziehung von mittlerweile 90 % der Zinsüberschüsse. Damit ist eine hohe Beitragsicherheit im Alter garantiert, ohne dass das Leistungsniveau angetastet wird.

Die Beitrags- und Leistungsseiten der beiden Systeme GKV/PKV lassen sich zusammenfassend wie folgt charakterisieren:

*starr*

### GKV:

- der **Beitrag** lässt sich nur durch Wechsel der Kasse beeinflussen
- der Beitrag innerhalb der GKV berücksichtigt nicht das Problem der **demografischen Veränderung**, es muss also allein aus diesem Grunde mit steigenden **Beitragssätzen** oder Leistungskürzungen gerechnet werden
- gesetzliche Vorgabe eines überwiegend einheitlichen Leistungskatalogs
- die Leistungen können durch den Gesetzgeber jederzeit korrigiert werden
- der Beitrag wird nach dem Umlageverfahren erhoben (Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen sind beitragsfrei mitversichert)

*variabel*

### PKV:

- risikogerechte individuelle **Beitragskalkulation**
- Berücksichtigung der durch das Alter steigenden Kosteninanspruchnahme
- Lösung der aus der **demografischen Entwicklung** erwachsenden Probleme
- vertragliche Vereinbarung des individuellen Leistungsumfangs
- das Leistungsniveau des privatrechtlichen PKV-Vertrages kann nur durch den Versicherungsnehmer selbst verändert werden (vgl. Kapitel Sicherheit)
- der Versicherungsnehmer hat selbst Einfluss auf die Beitragsgestaltung (einmal durch Leistungsveränderungen, zum anderen durch Beitragssteuerungselemente)

Die **Alterungsrückstellung** erlaubt es, trotz eines altersbedingten Leistungsanstiegs den Beitrag im Alter stabil zu halten. Es wird von vornherein einkalkuliert, dass gewisse Teile der Alterungsrückstellung durch

vorzeitige Kündigung oder Tod frei werden und der verbleibenden Versicherungsgemeinschaft zugute kommen. Auch dadurch kann ein niedrigerer Anfangsbeitrag kalkuliert werden.

Dennoch wird immer wieder darüber diskutiert, ob es sinnvoll sein könnte, die **Alterungsrückstellung** ausscheidenden Versicherten mitzugeben. Eine Kommission des Verbandes der privaten Krankenversicherung hat diese Frage wissenschaftlich untersucht und im Jahre 2001 einen Bericht vorgelegt. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass eine Mitgabe der Alterungsrückstellung grundsätzlich möglich, aber mit erheblichen Nachteilen für viele Versicherte und das ganze Beitragskalkulationssystem verbunden wäre. Die PKV-Beiträge müssten bis zu 40 % höher sein. Versicherte, deren Risiko sich durch Krankheit inzwischen verschlechtert hat, hätten kaum eine Möglichkeit, unter Mitnahme der Alterungsrückstellung zu einem anderen Versicherer zu wechseln, weil sie dort aufgrund des höheren Risikos einen höheren Beitrag zahlen müssten. Die Diskussion um die Mitgabe der Alterungsrückstellung ist nach Vorlage des Kommissionspapiers zu einem gewissen Abschluss gekommen.

Zur Abrundung sei in diesem Zusammenhang noch auf den Inhalt des Informationsblattes des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen gem. § 10 a Abs. 1 a VAG im **Anhang** verwiesen.

### >> Wer kann in die PKV?

**Selbstständige** und **Beamte** können sich unabhängig von der Höhe ihres Einkommens jederzeit für die PKV entscheiden.

Auch **Arbeitnehmer**, deren Einkommen die **Jahresarbeitsentgeltgrenze** (im Jahre 2005 sind das in den alten und neuen Bundesländern 46.800 Euro brutto) übersteigt, haben diese Möglichkeit. Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt unter dieser Grenze liegt, bleiben als Pflichtmitglieder in der GKV, können aber ihren Krankenversicherungsschutz durch private Zusatzversicherungen aufbessern.

**Rentner** bleiben dann in der PKV, wenn sie während ihres Erwerbslebens privat versichert waren. Seit dem 01.01.1994 sind nur die Rentner in der GKV pflichtversichert, die während 90 % der zweiten Hälfte ihres Berufslebens gesetzlich pflichtversichert waren. War ein Rentner freiwilliges Mitglied in der GKV, kann er dort nur als freiwilliges Mitglied im Ruhestand versichert bleiben. **Beiträge** bemessen sich dann nicht nur von der Rente, sondern es werden die gesamten Einkünfte der Berechnung zugrunde gelegt (s. **Anhang**). Das Bundesverfassungsgericht hat mit Entscheidung vom 27.07.2000 – AKZ: 1 BvL 16/96 – der Bundesregierung eine Neuregelung bis 2002 aufgegeben, und zwar unter dem Aspekt der Gleichbehandlung aller Rentner. Seit dem 01.01.2004 werden die Beiträge für freiwillig versicherte Rentner und für pflichtversicherte Rentner in der GKV mit dem vollen Beitragssatz von der Rente und der Betriebsrente berechnet, so dass die Gleichbehandlung aller Rentner insoweit vollzogen worden ist.

## 16 >> Systemunterschiede

**Studenten** können sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen, wenn sie einen eigenen privaten Versicherungsvertrag haben oder abschließen. Auch bei ihren Eltern in der GKV mitversicherte Studenten sind von der Versicherungspflicht befreit.

Wird durch das jährliche Ansteigen der Versicherungspflichtgrenze ein privat versicherter **Arbeitnehmer** wieder versicherungspflichtig, kann er sich innerhalb von drei Monaten von Beginn der Versicherungspflicht an von der Versicherungspflicht befreien lassen. Eine derartige Befreiungsmöglichkeit besteht auch, wenn Versicherungspflicht z. B. durch die Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung, durch **Elternzeit** oder durch Herabsetzung der Arbeitszeit eintritt.

Eine Checkliste zur Ermittlung des relevanten **Jahresarbeitsentgelts** sowie eine Übersicht der Wechseltermine sind im **Anhang** enthalten.

### >> Ist ein Wechsel zur PKV sinnvoll?

Sind die Voraussetzungen für einen Wechsel zur PKV gegeben, stellt sich die Frage, ob dieser Wechsel tatsächlich sinnvoll ist.

Entscheidend ist die persönliche Einstellung des Interessenten, die in folgenden Fragen zum Ausdruck kommt:

- Will ich einen auf meinen individuellen Bedarf zugeschnittenen Versicherungsschutz?
- Will ich auf **alternative Heilverfahren** zurückgreifen können?
- Will ich meinen Versicherungsschutz jederzeit meinen geänderten Bedürfnissen anpassen können?
- Ist es für mich erstrebenswert, durch Selbstbeteiligung oder die Übernahme kleiner Arztrechnungen meinen **Beitrag** direkt zu beeinflussen?
- Bin ich bereit, mit meinen **Ärzten** auch über Behandlungskosten zu sprechen?
- Will ich mir gegen Mehrbeitrag auch ein Mehr an Leistungen gönnen?

Wichtig sind auch der Familienstand und die **Familienplanung**. Die Annahme, ein Wechsel in die PKV sei nur für Singles oder doppelverdienende 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 einer der Partner Einkommen bezieht. 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 bzw. die besseren Leistungen gönnen will.

**PKV und Familie ist kein Widerspruch**

Zu beachten ist dabei auch, dass der **Eintrittsbeitrag** in der PKV vom Alter und vom Risiko abhängig ist. Eine allzu lange Verschiebung der Entscheidung macht einen späteren Wechsel teuer oder schließt ihn ganz aus.

Für Frauen, die einen Wechsel beabsichtigen, können sich spezielle Fragen zu den Themen **Mutterschaftsgeld**, **Elternzeit** oder auch zur Zahlung von Krankentagegeld während einer **Schwangerschaft** ergeben. Im **Anhang** ist eine Synopse enthalten, die über diesen Komplex Auskunft gibt.

Auch die Frage, ob eine **Rückkehr zur GKV** möglich ist, spielt bei der Entscheidung über einen Wechsel eine Rolle. Die Rückkehrmöglichkeit in die GKV ist mit dem **Gesundheitsreformgesetz 2000** weiter erschwert worden. Ab Alter 55 kann eine Rückkehr nur noch dann erfolgen, wenn in den letzten 5 Jahren mindestens 2,5 Jahre eine Pflichtversicherung in der GKV bestand. Selbst wenn der PKV-Versicherte wieder pflichtversichert würde, z. B. durch Aufnahme einer entsprechenden Tätigkeit oder durch Absinken seines Einkommens unter die **Jahresarbeitsentgeltgrenze**, ist eine Rückkehr nicht mehr möglich. Die 55-Jahres-Grenze gilt nicht, wenn Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von ALG II eintritt.

Die Frage der Rückkehr hat jedoch an Brisanz verloren, weil die Position des PKV-Versicherten durch den Gesetzgeber verbessert wurde. Ab 01.07.2000 können mehr PKV-Versicherte den **Standardtarif** (vgl. Kurzdarstellung im **Anhang**) als Alternative zu ihrer privaten Vollversicherung abschließen. Der Wechsel zum Standardtarif ist nun auch für 55-Jährige möglich, wenn ihr Jahreseinkommen zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr die jeweils gültige **Jahresarbeitsentgeltgrenze** nicht übersteigt; ab dem 65. Lebensjahr gilt diese Einschränkung nicht mehr. Der Versicherte muss mindestens 10 Jahre bei dem PKV-Unternehmen vollversichert gewesen sein. Der **Höchstbeitrag** des Standardtarifs ist für Ehepaare auf 150 % des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenkassen begrenzt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt.

**Rückkehr in die GKV erschwert – ist dies ein Nachteil?**

Der **Standardtarif** ist geschaffen worden, um den einkommensschwachen Privatversicherten eine Reduzierung ihrer **Beiträge** auf ein tragbares Maß zu ermöglichen. Der Wechsel in den zum 01.07.2000 erweiterten

## 18 >> Systemunterschiede

Standardtarif ist an die Stelle der früher möglichen Rückkehr zur GKV getreten. Bisher ist der Standardtarif nur wenig in Anspruch genommen worden, weil alle Versicherungsunternehmen die Möglichkeit bieten, die Beiträge in einem Maße nach unten zu korrigieren, dass der Privatstatus trotz gesunkenen Einkommens auch im Alter aufrechterhalten werden kann. Der Standardtarif bietet demgegenüber nur GKV-Standard.

### >> Wenn Wechsel – wohin?

Die Entscheidung für ein bestimmtes PKV-Unternehmen ist sehr individuell und nicht nur von einem Entscheidungskriterium abhängig. Um sich „richtig“ zu entscheiden, sind eine Fülle von Informationen erforderlich. Daran hapert es jedoch.

#### **Informationsgesellschaft und dennoch Desinformation**

„Informationsgesellschaft“ ist ein Schlagwort der heutigen Zeit, oft wird von einer „Informationsflut“ gesprochen. Jeder kann sich heute aus Zeitschriften, Fernsehen, Hörfunk, Broschüren, dem **Internet** und vielen anderen Quellen eine noch nie dagewesene Informationsmenge zu jedem beliebigen Thema verschaffen. Die Informationsmenge ist häufig nicht mehr zu überblicken. Statt durch ein Mehr an Informationen besser informiert zu sein, ist man häufig nur noch mehr verunsichert. Das Thema „PKV“ ist da keine Ausnahme. Allein im Internet findet eine Suchmaschine unter dem Begriff „PKV“ über 7.000 verschiedene Einträge.

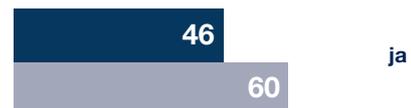
- PKV-Versicherte
- GKV-Versicherte

Eine von der Continental in Auftrag gegebene **TNS Emnid-Studie**, die im Jahre 2000 veröffentlicht wurde, belegt, wie eklatant die Wissenslücken selbst von PKV-Versicherten zu ihrem eigenen Versicherungsschutz sind. Dies gilt natürlich erst recht für diejenigen, die sich als GKV-Versicherte zunächst nur orientieren wollen, ob die PKV für sie interessant sein könnte.

Einige Beispiele aus der Studie:

Die lebenslange **Leistungsgarantie** ist ein wesentliches Argument für die PKV, insbesondere vor dem Hintergrund immer neuer Leistungseinschränkungen in der GKV. Der falschen Aussage, in der GKV seien die Leistungen garantiert, in der PKV könne der Versicherer Leistungen kürzen oder streichen, stimmten 46 % der befragten PKV-Versicherten zu.

Sind Leistungskürzungen  
in der PKV möglich?



Die GKV wird, unabhängig von Steigerungen des **Beitragsatzes**, mit jeder Gehaltserhöhung und jeder jährlichen Anhebung der **Beitragsbemessungsgrenze** teurer. Trotzdem meinten 29 % der befragten PKV-Versicherten, die GKV werde anders als die PKV nicht jedes Jahr teurer.



54 % der Privatversicherten waren der falschen Ansicht, in der PKV müsse eine **Selbstbeteiligung** bei jeder Rechnung bezahlt werden.



Auch die **Rückkehrmöglichkeit von der PKV in die GKV** halten viele PKV-Versicherte für kein Problem. 28 % meinten, eine Rückkehr sei jederzeit möglich.



Für den Berater bedeutet die Uninformiertheit der Privatversicherten und jener GKV-Versicherten, die an einem Übertritt interessiert sind, eine besondere Herausforderung. Er muss zunächst über grundsätzliche Themen aufklären. Auch Interessenten, die angeben, sie seien gut informiert, sind es meistens nicht. Wenn die Hälfte der Befragten meint, eine Selbstbeteiligung müsse bei jeder Rechnung bezahlt werden, reicht es nicht aus, nur zu fragen, ob ein Kunde eine **Selbstbeteiligung** wünscht. Erst einmal sollte dem Interessenten erklärt werden, was eine Selbstbeteiligung ist und wann sie tatsächlich wirkt.

Diese Beispiele für eklatante Wissenslücken in Verbindung mit der Informationsflut beweisen, dass allgemeine Informationen häufig nicht richtig aufgenommen oder verarbeitet werden. Es ist also außerordentlich wichtig, die richtige Information zum richtigen Zeitpunkt zu erhalten, weil die Entscheidung, die auf dieser Information beruht, ein Leben lang Auswirkung hat.

### >> Das Zukunftskonzept der PKV

Die PKV stand schon immer im Spannungsfeld einerseits zwischen ordnungspolitischen sowie Solidar- und Gerechtigkeitsforderungen. Sie konnte sich aber generell in ihrer Eigenständigkeit, als wesentliche Säule unseres gegliederten Gesundheitssystems und in ihrer Abgrenzung zur GKV behaupten. Zu keiner Zeit wurde sie in ihren Grundfesten angegriffen.

Neu in seiner Dimension ist jetzt, dass die PKV als eigenständiges System von relevanten Teilen der Politik durch die Überlegungen zu einer so genannten **Bürgerversicherung** und **Pauschal-** bzw. **Gesundheitsprämie** in Frage gestellt wird.

**Das Gesundheitssystem vor neuen Herausforderungen**

Das Gesundheitswesen ist ein elementares Element des gesamten Sozialsystems. Die Erhaltung des Sozialsystems steht insbesondere wegen der demografischen Problematik, der steigenden Lebenserwartung, den sich verstärkenden wirtschaftlichen Veränderungen, insbesondere der arbeitsmarktpolitischen Probleme, vor vollkommen neuen Herausforderungen, denen sich vor allem die Politik stellen muss. Das deutsche Sozialsystem war dabei schon immer geprägt durch die Zielsetzung, Gerechtigkeit für alle und Solidarität mit den Schwächeren der Gesellschaft sicherzustellen. Unter diesem Aspekt versucht heute die Politik einen Spagat zwischen dem wirtschaftlich Vernünftigen und sozial Vertretbaren, d.h. einen ihren Wählern am besten vermittelbaren Weg der Einschränkung, der Eigenvorsorge und letztlich des Verzichts aufzuzeigen. Die sich daraus zurzeit abzeichnenden Modelle, nämlich **Bürgerversicherung** der SPD/Grüne und **Gesundheitsprämie** der CDU/CSU, werden in der Broschüre zur gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl weiterer Modelle, die derzeit diskutiert werden. Diese entsprechen dem Grunde nach jedoch den dargestellten Denkansätzen und unterscheiden sich nur in marginalen Ausprägungen von den Grundmodellen.

**Solidarität und Gerechtigkeit – gerade mit der PKV gesichert**

In diesem Kontext gilt es für die PKV zu überlegen, welche Optionen ihr zur Verfügung stehen, um den langfristig auf sie zukommenden Problemen wirtschaftlich effizient begegnen zu können. Sprich also die Kapitaldeckung als Mittel der **Demografiebewältigung** weiter einsetzen zu können und der Öffentlichkeit zu vermitteln, dass die PKV als eigenständige Institution wesentlich dazu beiträgt, dass die Ideale des Sozialsystems, nämlich Solidarität und Gerechtigkeit, gerade mit ihr – im Interesse eines funktionierenden Gesundheitssystems – gesichert sind und nicht von ihr untergraben werden.

Die PKV ist aber auch bereit, den Vorwürfen, denen sie ausgesetzt ist, zu begegnen. Dabei steht, wie in der Broschüre zur gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt, das Thema „Wettbewerbsverstärkung durch **Mitgabe der Alterungsrückstellung**“ sowie die Beseitigung der Wettbewerbsverzerrung GKV/PKV durch Selektionen im Vordergrund der gegenüber der PKV erhobenen Forderungen.

Mit einem Wettbewerbskonzept, das den Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV intensiviert und den Wechsel innerhalb der PKV erleichtert, hat der PKV-Verband im Juni 2005 einen zukunftssicheren Vorschlag vorgelegt. Getragen wird dieser Vorschlag durch die Bejahung der **Koexistenz** von GKV und PKV, die letztlich durch das Konzept der PKV auch gestärkt werden soll. Entscheiden sich mehr Versicherte für einen Versicherungsschutz in der PKV, dann bedeutet das mehr **Kapitaldeckung** und damit auch mehr **Demografieresistenz** und **Nachhaltigkeit** im Gesundheitssystem insgesamt.

**Koexistenz GKV/PKV  
– Garant für ein  
zukunftsfähiges  
Gesundheitssystem**

Die Grundelemente des **PKV-Zukunftskonzeptes**:

Jeder freiwillig in der GKV Versicherte hat die Möglichkeit, bis zu seinem 55. Lebensjahr ohne Risikoprüfung und unter **Kontrahierungszwang** in einen **Basisschutz** der PKV zu wechseln. Die Verpflichtung zur Annahme derartiger Anträge gelten auch für die private Pflegepflichtversicherung und die erforderliche Krankentagegeldversicherung.

Kernelemente des **Basisschutzes** sind Leistungen, die über dem Leistungsniveau der GKV und auch dem des **Standardtarifes** liegen, d.h., es handelt sich um einen vollwertigen substitutiven Krankenversicherungsschutz, der mit **Alterungsrückstellungen** kalkuliert, demografieresistent und generationengerecht ist.

Darüber hinaus soll allen, die erstmals freiwillig in der GKV versichert sind, die Möglichkeit eingeräumt werden, innerhalb der ersten 6 Monate nach Beginn der freiwilligen Versicherung in jeden höherwertigen Versicherungsschutz der PKV wechseln zu können, und zwar mit einem maximalen Risikozuschlag von 30 %. Auch hier besteht Annahmewang.

**Stärkung des  
Wettbewerbs,  
Verhinderung von  
Antiselektionen**

Soweit man tatsächlich ein Solidaritätsdefizit zwischen GKV und PKV derzeit unterstellt, wird dem auch dadurch begegnet, dass allen freiwillig GKV-Versicherten im Rahmen einer auf 12 Monate befristeten Öffnungsaktion die Möglichkeit eröffnet wird, in den beschriebenen **Basisschutz** der PKV zu wechseln. Demzufolge hat jeder freiwillig Versicherte – und zwar unabhängig von seinem Gesundheitszustand und auch ohne Altersbegrenzung – die Möglichkeit, frei zu entscheiden, ob er weiterhin in der GKV freiwillig versichert bleiben oder in die PKV wechseln will.

Nicht nur der Wechsel GKV/PKV wird erleichtert, sondern auch das Problem der **Portabilität der Alterungsrückstellungen** bezogen auf den Basisschutz gelöst.

PKV-Versicherte im **Basisschutz** können von einem Unternehmen zum anderen wechseln, und zwar unter Mitnahme der im Basistarif aufgebauten **Alterungsrückstellung**. Das Unternehmen, zu dem der Versicherte wechselt, ist verpflichtet, den Kunden aufzunehmen. Dabei wird nicht das erreichte Lebensalter zugrunde gelegt, sondern das, zu dem erstmals der **Basisschutz** abgeschlossen worden ist. D.h. also, die erworbenen Rechte im **Basisschutz** bleiben auch bei einem Wechsel von einem PKV-Unternehmen zu einem anderen PKV-Unternehmen erhalten. Auch damit wird den Forderungen nach mehr Wettbewerb Rechnung getragen.

## 22 >> Systemunterschiede

Die Kunden, die sich schon im Bestand der privaten Krankenversicherung befinden, haben die Möglichkeit, sich durch Wechsel in die neue Produktwelt die Option zu eröffnen, unter Mitnahme ihrer **Alterungsrückstellung** zu einem anderen PKV-Unternehmen zu wechseln. Um dies zu erreichen, können schon in der PKV Versicherte zu ihrem bestehenden Versicherungsschutz eine Zusatzleistung abschließen, die dem **Basisschutz** vergleichbar eine **Alterungsrückstellung** aufbaut, die er dann bei einem Wechsel zu einem anderen Unternehmen mitnehmen kann. D.h., auch Bestandskunden haben die Möglichkeit, durch Abschluss dieser Zusatzleistung praktisch in die neue Produktwelt zu wechseln, um sich Optionen für einen Wechsel innerhalb der PKV aufzubauen.

Darüber hinaus wird im Rahmen des **PKV-Zukunftskonzeptes** zur Erhöhung der **Demografieresistenz** sowie zur Reduzierung der Beitragssätze und damit der Lohnnebenkosten vorgeschlagen,

- Krankengeld,
- Zahnersatz und
- private Unfälle

aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen. Die PKV ist bereit, diese Leistungspositionen in das kapitalgedeckte System zu übernehmen.

Folge: Die GKV wäre entlastet, der Beitragssatz könnte deutlich auf unter 10 % gesenkt werden und der Demografieentwicklung würde Rechnung getragen.

### Resümee zum PKV-Zukunftskonzept

Mit dem Vorschlag der PKV würde die **Koexistenz** der PKV/GKV gestärkt und die Zukunftssicherheit eines der besten Gesundheitssysteme der Welt auf eine gesunde Basis gestellt. Deutschland benötigt keine Revolution im Gesundheitswesen, sondern eine evolutionäre Entwicklung des Systems. Wir brauchen eine Weiterentwicklung des Bestehenden mit Vernunft und Augenmaß, es bedarf einer nachhaltigen, generationengerechten Finanzierung.







Meinungsumfragen führen vielfach zu erstaunlich präzisen Ergebnissen, wie die darauf basierenden Prognosen über Wahlausgänge beweisen. Das renommierte Institut TNS Emnid hat im Auftrag der Continentale Krankenversicherung a. G. repräsentativ Privatversicherte über ihr Wissen über die Zusammenhänge in der PKV befragt und ist zu Ergebnissen gelangt, die durchaus Ansätze für verbesserte, individuelle Beratung bieten. Ohne fachkundige Interpretation können die vorhandenen und in den verschiedenen Medien angebotenen Informationen – einschließlich Ratings und Rankings – keine objektiven Entscheidungshilfen für den normalen Verbraucher bieten.

### >> Bekannte, Freunde und Verwandte



Bei der **Continentale-Studie 2000** gaben spontan 24 % der Privatversicherten an, sich bei **Bekanntem, Freunden und Verwandten** über die PKV informiert zu haben. Dieser Personenkreis hat also eine recht hohe Bedeutung als Ansprechpartner in Sachen Versicherungen. Er besitzt eine hohe Glaubwürdigkeit und kann wertvolle Hinweise geben, insbesondere zum Service, den eine Gesellschaft bietet. Allerdings sind diese Informationen subjektiv, ein fundierter Marktüberblick kann aus einer Befragung von Verwandten und Bekannten kaum abgeleitet werden.

### >> Versicherungsvertreter



Neben **Verwandten** und **Bekanntem** erhielten **Versicherungsvertreter** von Privatversicherten bei der **Continentale-Studie 2000** die meisten spontanen Nennungen als Informationsquelle. 21 % der Befragten machten diese Angabe. Nach dem persönlichen Umfeld ist der Versicherungsvertreter damit die wichtigste Informationsquelle zum Thema „PKV“.

**Persönliche Beratung und Vertrauen, auch Themen der Internet-Zeit?!**

**Versicherungsvertreter** im Sinne der **TNS Emnid-Befragung** sind ausschließlich für einen Versicherer tätig (**Einfirmenvertreter**). Sie haben die Informationen zum speziellen Tarifwerk ihrer Gesellschaft, da sie sich auf wenige Tarife konzentrieren. Oft begleiten sie ihre Kunden und deren Familien schon über längere Zeit und kennen den individuellen Versicherungsbedarf. Für ihre Beratungstätigkeit erhalten die Versicherungsvertreter eine Vergütung in Gestalt einer Abschlussprovision, oft auch einer Bestandsprovision für die laufende Betreuung des Vertrages. Im Mittelpunkt steht für den Vertreter der „treue“ Kunde, der lebenslang begleitet wird. Die Versicherer haften für die Beratung ihrer Versicherungsvertreter und für Auskünfte im Rahmen des Vertragsabschlusses.

### >> Mehrfachagent

**Wichtige Informationsquellen zum Thema Ratings/Rankings in Prozent**

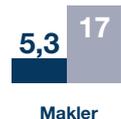


(Quelle: **Continentale-Studie 2000**)

Der **Mehrfachagent** ist ein **Versicherungsvertreter**, der mit verschiedenen Gesellschaften Agenturverträge abgeschlossen hat. Die Gesellschaften haften für das Verhalten ihrer Mehrfachagenten. Da er mehrere Versicherungsgesellschaften im Angebot hat, muss er zusammen mit dem Interessenten entscheiden, zu welcher Gesellschaft der Vertrag vermittelt werden soll.

## >> Makler

**Makler** wurden im Rahmen der *Continentale-Studie 2000* nur von 5,3 % der Privatversicherten als Informationsquelle genannt. Für höher gebildete und gut verdienende Befragte spielten Makler eine überdurchschnittliche Rolle. Ein Makler wird im Kundenauftrag tätig. In der Praxis kommt es zu Überschneidungen zwischen Maklern und **Mehrfachagenten**. Die Makler unterliegen der so genannten Maklerhaftung, die in jüngster Zeit von deutschen Gerichten noch einmal verschärft wurde. Der Versicherungsmakler schuldet seinem Kunden die Auswahl des bestmöglichen Versicherungsschutzes („best advice“). Er hat dabei die Sorgfalt eines „ordentlichen Kaufmanns“ zu wahren (§ 347 HGB). Aufgrund seiner Rechtsstellung muss also der Makler grundsätzlich für alle Schäden eintreten, die seinen Kunden aufgrund einer fehlerhaften Beratung entstanden sind.

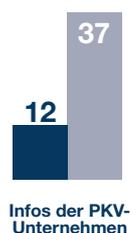


## >> Vertriebs-/Beratungsgesellschaften

Eine nicht unbedeutende Rolle im Vermittlungsbereich spielen die **Vertriebs-/Beratungsgesellschaften**. Darunter sind so genannte Strukturvertriebe zu verstehen, die sich durch ein spezielles hierarchisches Provisionssystem auszeichnen.

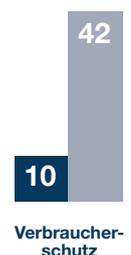
## >> Informationsmaterial von Versicherungsgesellschaften

Von 12 % der befragten Privatversicherten wurde auch **Informationsmaterial von Versicherungsgesellschaften** als wesentliche Informationsquelle zum Thema „PKV“ genannt. Diese Informationsquelle informiert umfangreich über das Angebot eines bestimmten Unternehmens. Der notwendige Marktüberblick kann nicht vermittelt werden. Schriftliche Informationen allein sollten nicht ausschlaggebend sein für derartig wichtige Entscheidungen. Das Informationsmaterial eines Versicherers kann nur eine ergänzende Informationsquelle sein. Es ersetzt aber nicht die notwendige Beratung durch einen qualifizierten Vermittler.



## >> Verbraucherschutz

Im Rahmen der *Continentale-Studie 2000* wurde von 10 % der befragten PKV-Versicherten auch der **Verbraucherschutz** als Informationsquelle genannt. Dieser Informationsquelle wird als objektiver Beratungsinstanz ein hohes Vertrauen entgegengebracht. Oft wird jedoch im Rahmen des Verbraucherschutzes nur eine allgemeine Beratung dahin-



## 28 >> Entscheidungshilfen

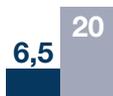
gehend gegeben, ob es sinnvoll ist, sich für die PKV oder die GKV zu entscheiden. Nur selten werden spezielle Angebote miteinander verglichen oder zu bestimmten Gesellschaften Stellung bezogen.



Medien

### >> Medien

Die **Medien** (Tageszeitungen/Zeitschriften) wurden von 10 % der Befragten als wichtigste Informationsquelle genannt.



Internet

### >> Internet

Mit 6,5 % spontanen Nennungen hat das **Internet** noch einen relativ unbedeutenden Stellenwert unter den von den Privatversicherten genannten Informationsquellen. In einigen Zielgruppen erzielt das Internet jedoch schon heute eine wesentlich höhere Bedeutung. So wird von rd. 18 % der 25- bis 29-Jährigen und von 14 % der Befragten mit Abitur das Internet als wesentliche Informationsquelle genannt. Je jünger die Befragten und je höher die Schulbildung, desto größer ist die Bedeutung dieses Mediums – ein Trend, der sich in der Zukunft zweifellos verstärken wird.

Das **Internet** ist ein umfassendes Informationsmedium. Seine Fülle macht es aber schwierig, die Informationen zu finden, auf die es ankommt. Darüber hinaus sind die Informationen in der Regel unkommentiert abgestellt, so dass sich die Bedeutung für eine Entscheidung dem Einzelnen nur erschließt, wenn er selbst schon die entsprechenden Fachkenntnisse besitzt. Dem Laien erschwert die Informationsflut die geeignete Einordnung der Kriterien. Die Informationen im Internet geben eine Vorstellung über die Komplexität des Themas „PKV“. Die Fülle der Informationen unterstreicht die Notwendigkeit, ein persönliches Beratungsgespräch zu suchen.

### >> Anbieter von Versicherungsvergleichen

„Ist Ihre Krankenversicherung auch zu teuer?“

„Möchten Sie bei Ihrer Krankenversicherung 3.000 DM im Jahr sparen?“

Mit diesen und ähnlichen Schlagzeilen werben **Anbieter von Versicherungsvergleichen** für einen Wechsel des Privatversicherungsunternehmens oder einen Wechsel von der GKV zur PKV.

Vermittler und Kunden sollten wissen, dass bei diesen Anbietern meistens die Absicht im Vordergrund steht, am Wechsel des Versicherten zu einem anderen PKV-Unternehmen oder von der GKV zur PKV Provision zu verdienen. Die Vergleiche haben also einen anderen Charakter als die neutraler Organisationen. Problematisch ist auch die Ausrichtung der Vergleiche auf die aktuelle **Beitragssituation**. Allein die aktuelle **Beitragersparnis** ist kein Argument, die GKV zu verlassen oder das

**Wichtige Informationsquellen zum Thema Ratings/Rankings in Prozent**

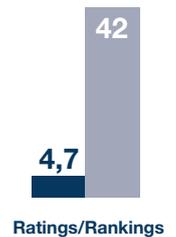


(Quelle: Continentale-Studie 2000)

PKV-Unternehmen zu wechseln. Der **Beitrag** bietet immer nur eine Augenblicksbetrachtung und muss im Kontext mit den Gesamtleistungen und der Situation des Unternehmens über einen langen Zeitraum gesehen werden. Es gilt die Faustregel, dass hohe **Beitragseinsparungen** im Allgemeinen nur mit Leistungseinschränkungen oder/und garantierten Rückerstattungen erreicht werden können.

## >> Ratings

Überdurchschnittlich groß ist das Interesse der Privatversicherten an **Ratings** bzw. Vergleichen. Auf die Frage im Rahmen der **Continentale-Studie 2000**, wie wichtig Vergleiche in Wirtschaftszeitungen für sie sind, erklärten 42 %, dies sei für sie wichtig bzw. sehr wichtig. Spontan nannten dagegen nur 4,7 % der Befragten als Informationsquelle Versicherungsvergleiche.



Dieser Unterschied spontaner Nennung und angeblicher Wichtigkeit deutet darauf hin, dass Versicherungsvergleiche einen hohen gesellschaftlichen Stellenwert genießen, in der Praxis aber relativ selten genutzt werden. Es sind mehr die Vermittler, die sich mit diesen Vergleichen befassen, als die Kunden.

Häufig wird der Versicherungsvergleich nur „Kaufbestätigung“ für den Kunden sein. Hat ein Berater dem Kunden eine bestimmte Gesellschaft empfohlen, die bei entsprechenden Versicherungsvergleichen nicht im vorderen Feld rangiert, entsteht für den Berater Erklärungsbedarf. Das ist der Grund, warum Vermittler sich mit der Thematik Versicherungsvergleiche und **Ratings/Rankings** auseinandersetzen müssen.

**Ratings** sind hilfreich, wenn erkennbar wird, welche Intention der Vergleich verfolgt, welches die wesentlichen Aussagen sein sollen und welche Basisdaten mit welcher Interpretation herangezogen wurden.

Die im **Anhang** dargestellten Vergleiche von Unternehmen und Tarifen zeigen, wie unterschiedlich Unternehmen bewertet worden sind. Allein daraus ergibt sich schon, dass **Ratings** kritisch und mit Sachverstand genutzt werden müssen.

Positiv an **Ratings** ist, dass sie einen Überblick über den gesamten Markt und Aussagen zur Qualität einzelner Tarife liefern. Auf den zweiten Blick wird jedoch deutlich: Was für Waschmaschinen, Kaffeemaschinen und sonstige Verbrauchsprodukte gilt, hat nur für wenige Versicherungsprodukte Aussagekraft. In der PKV ist es besonders schwierig.

Dafür sind drei Problemkonstellationen verantwortlich:

- **Produktdifferenzierung**
- **Keine allgemein gültigen Regeln für Vergleiche**
- **Keine Rücksicht auf die individuelle Bedarfssituation**

**Ein festes Raster als Maß aller Dinge?**

### 1. Produktdifferenzierung

Die einzelnen Produkte in der PKV sind äußerst differenziert. Sie bieten unterschiedliche Leistungen, haben unterschiedliche **Beiträge**, es gibt sie mit **Selbstbeteiligung** oder ohne, mit **Beitragsrückerstattung** oder nicht.

Die Autoren von Vergleichen schließen daher eine Reihe von Angeboten aus ihren Untersuchungen aus, nämlich die, die nicht in das gewählte Raster passen. Vergleiche bieten also keinen Überblick über den gesamten Markt, sondern nur über die Produkte, die in das Vergleichsmuster passen. Für den Verbraucher und den Berater wird nicht erkennbar, dass es am Markt Produkte gibt, die den Interessen des Kunden unter Umständen weit mehr entgegenkommen als die in dem allgemeinen Vergleich zusammengefassten.

### 2. Keine allgemein gültigen Regeln für Vergleiche

Ein Kriterium kann in einem Vergleich große Bedeutung haben, in einem anderen nur untergeordnete. Daher sind Vergleiche, die objektiv erscheinen, nicht vergleichbar. Eine Gesellschaft belegt mit identischen Produkten in dem einen Vergleich einen Spitzenplatz, in einem anderen einen Platz im Mittelfeld und im nächsten bekommt sie ein „mangelhaft“. Vergleiche bieten nur eine Einschätzung nach den Kriterien, die aus Sicht des Vergleichsanbieters subjektiv relevant sind.

### 3. Keine Rücksicht auf die individuelle Bedarfssituation

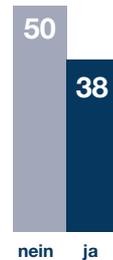
Die Produkte in der PKV kommen der individuellen Bedarfssituation des Kunden entgegen. Wenn ein Produkt umfangreiche Leistungen im Bereich der Naturheilkunde enthält, ist dies für den einen Interessenten sehr wichtig, für den anderen vollkommen unwichtig. Und da jede Leistung ihren Preis hat, sind Leistungen wie solche für „Naturheilverfahren“ oder auch „Ein-Bett-Zimmer im Krankenhaus“ und „Chefarztbehandlung“ für einige Kunden entscheidend, für andere überflüssig und teuer. Auf diese individuellen Ansprüche nehmen Vergleiche in den meisten Fällen keine Rücksicht. Für sie ist ein Produkt entweder gut oder schlecht. Dabei kann es für einen ganz bestimmten Kunden den optimalen Versicherungsschutz bieten, während es für einen anderen

Kunden ungeeignet ist. Der Versuch, in Vergleichen eine allgemein gültige Aussage zu finden, geht am individuellen Bedarf des Kunden vorbei.

38 % der befragten Privatversicherten waren der Meinung, Vergleiche würden nach objektiven, vergleichbaren und allgemein anerkannten Regeln aufgestellt. Immerhin 50 % der Befragten waren richtig informiert und meinten, dies sei nicht der Fall. Nur 6 % der Befragten gaben an, diese Regeln zu kennen.

Auch wenn Vergleiche in den **Medien** eine große Rolle spielen, eine zentrale Informationsquelle über die PKV sind sie für die meisten Interessenten nicht. Und so gut wie niemand gibt vor, zu verstehen, wie diese Vergleiche erstellt werden. Wenn Vergleichen vertraut wird, dann handelt es sich um „blindes“ Vertrauen, kein Vertrauen auf der Basis von Sachkenntnis (vgl. Zusammenstellung **Continentale-Studie 2000**).

**Werden Ratings/Rankings nach objektiven Regeln erstellt? (Angaben in Prozent)**



## Der Markt unterscheidet:

- Unternehmensratings
- Produktratings (Vergleichsprogramme)
- Interne Ratings
- Externe Ratings
- Kennzahlenkatalog des PKV-Verbandes

### 1. Unternehmensrating

Es gibt keine Kriterien für Unternehmensvergleiche, die allgemein gültig sind. Deshalb führt jeder dieser Versicherungsvergleiche zu einem anderen Ergebnis. Bei Unternehmensvergleichen liegt dies oft daran, dass die Kennzahlen wie Nettoverzinsung, **Abschlusskostenquote** usw. isoliert betrachtet werden und nicht im Zusammenhang, wie es sinnvoll wäre.

Um die Problematik zu verdeutlichen, folgendes Beispiel:

Unternehmen werden nach einer Bewertung einfach in eine Reihenfolge gebracht. Das beste Unternehmen der Reihe bekommt ein „sehr gut“, das schlechteste ein „mangelhaft“. Dabei können alle Unternehmen gut sein mit nur geringen Unterschieden. Übertragen auf ein Diktat in der Schule bedeutet dieses Verfahren: Von 20 Schülern machen 18 einen Fehler, ein Schüler macht zwei Fehler und einer drei. Nach der Logik einiger Vergleiche bekämen 18 Schüler ein „sehr gut“, einer ein „befriedigend“ und einer ein „mangelhaft“.

**Wie jede Medaille hat auch jede Kennzahl zwei Seiten**

Ein weiteres Beispiel:

Niedrige **Abschlusskosten** bedeuten nicht unbedingt etwas Positives. Andererseits sind hohe Abschlusskosten bei hohem Neugeschäft auch nicht automatisch gut. Bei hohem Neugeschäft sind viele zusätzliche Aspekte zu beachten: Erfolgt das Wachstum über **Paralleltarife**? Betreibt der Versicherer Wachstum auf Kosten besonders großzügiger **Annahmerichtlinien** oder einer großzügigen **Risikoprüfung**? Ist der Versicherer erst seit kurzem auf dem Markt und versucht, durch **Selektionsgewinne** und damit kurzfristig besonders günstige **Beiträge** besonders viel Neugeschäft zu erzielen? Hat der Versicherer für sein Neugeschäft außergewöhnlich hohe Kosten?

Hohe **Abschlusskosten** sind vertretbar, wenn sie mit einem hohen, nicht zu teuer eingekauften Neugeschäft zusammenfallen, wenn die Annahmerichtlinien und die **Risikoprüfung** seriös und die Tarife, über die Wachstum erzielt wird, solide kalkuliert sind.

### 2. Produktratings (Vergleichsprogramme)

Derartige PC-gestützte Vergleiche ermitteln aus einer Vielzahl von Tarifen den für den Interessenten vermeintlich optimalen Versicherungsschutz. Grundsätzlich ist bei **Vergleichsprogrammen** Folgendes zu beachten:

**Objektivität durch subjektives Betrachten?**

- **Viele Programme gewichten die einzelnen Tarifbestandteile. Diese Gewichtung ist im Programm vorgegeben oder wird im Beratungsgespräch getroffen.**
- **Besondere Tarife, die sich nicht mit anderen vergleichen lassen, werden in Vergleichsprogrammen oft nur unzureichend oder gar nicht berücksichtigt.**
- **Vergleichsprogramme werden unterschiedlich oft aktualisiert, so dass sich die Ergebnisse nicht direkt vergleichen lassen.**

Darüber hinaus gibt es weitere Aspekte, die nicht unberücksichtigt bleiben sollten:

#### • Punktbewertungen

Bei diesen **Ratings** werden die einzelnen Leistungsaussagen nach Punkten bewertet. Beispiel:

Erstattung von Arztrechnungen „unbegrenzt“ = 30 Punkte,  
„bis zum Höchstsatz der GOÄ (3,5fach)“ = 21 Punkte,  
„bis zum Regelhöchstsatz GOÄ (2,3fach)“ = 12 Punkte.

Die Punktzahlen und die Abstufungen werden von den Herstellern des Vergleichsprogramms nach jeweils eigener Einschätzung festgelegt. Das gilt auch für die Gewichtung der einzelnen Leistungskriterien untereinander. Da zum Beispiel bei Brillenfassungen das Risiko kleiner ist als etwa beim Zahnersatz, werden für die verschiedenen Leistungen unterschiedliche Höchstpunktzahlen definiert, wobei der Hintergrund für die Gewichtung häufig unbekannt ist.

### • Individuelle Einstellungen

Einige Programme bieten die Möglichkeit einer individuellen Gewichtung, um speziellen Kundenanforderungen gerecht zu werden. Dazu kann der Wunsch zählen, Leistungsmerkmale zu unterdrücken oder nach eigener Einschätzung zu gewichten bzw. aus der Wertung zu nehmen oder „K.-o.-Kriterien“ zu bestimmen. Auch die Abwahl bestimmter Versicherer ist möglich. Unter Haftungsgesichtspunkten ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass diese Beeinflussung der Auswertung für den Kunden sichtbar gemacht werden muss, um den Eindruck der Manipulation zu vermeiden.

### • Beitrag

Bei der Betrachtung des **Beitrags** findet in den meisten Vergleichen eine Sortierung nach dem aktuellen **Eintrittsbeitrag** statt. Auswertungen unter Berücksichtigung von **Steuerungselementen** (z. B. Beitragsrückerstattungen, Pauschalleistungen) und damit die Ermittlung eines Effektivbeitrages sowie die Darstellung von Beitragsentwicklungen sind noch die Ausnahme. Sie sind jedoch unverzichtbar, da sie ein wesentliches Entscheidungselement für den Kunden darstellen.

### • Bilanzanalysen

Durch die immer höher werdende **Alterungsrückstellung** werden die Krankenversicherer zu immer größeren Kapitalanlagegesellschaften. Wie gut die Assekuranz mit den Rücklagen umgeht, lässt sich den Geschäftsberichten der Gesellschaften entnehmen. Einige der PKV-**Vergleichsprogramme** beinhalten deshalb auch Bilanzkennzahlen, zum Teil über einen Zeitraum von 10 Jahren.

- **Versicherungsbedingungen**

Aussagen zu den Leistungen der Versicherer werden von den Softwarehäusern mit den Unternehmen abgestimmt. Weichen sie von den AVB ab, werden sie mit einem Vermerk wie „laut Aussage des Versicherers“ gekennzeichnet. Es ist unverzichtbar, dass das Programm auch die konkreten AVB beinhaltet, denn diese sind die Grundlage der Leistungsaussagen eines Tarifs.

Sicherlich gibt es bei den zahlreichen **Vergleichsprogrammen** noch notwendige, umfangreiche Entwicklungs- und Optimierungsmöglichkeiten. Dennoch können sie heute bereits die Arbeit des Vermittlers erleichtern. Sie sparen Zeit bei der Recherche des Tarifangebotes und vereinfachen die Beratung.

### 3. **Interne Ratings**

Sie werden von deutschen oder internationalen Ratingagenturen erstellt und haben den Vorteil, dass sie sich nicht allein auf Bilanzkennzahlen stützen, sondern versuchen durch spezielle Untersuchungsmethoden festzustellen, ob positive Kennzahlen sich auch durch die innere Struktur des Unternehmens langfristig stabil halten können.

Bisher gibt es nur wenige veröffentlichte PKV-**Ratings** dieser Art. Dies liegt wohl darin begründet, dass eher die Gesellschaften bereit sind, ihr Rating zu veröffentlichen, die auch mit einem exzellenten Ergebnis abschließen. Die Durchleuchtung der inneren Struktur eines Unternehmens setzt nämlich voraus, dass das Unternehmen mit der Veröffentlichung des Ratings einverstanden sein muss. Dies wird es nur sein, wenn das Ergebnis so ausfällt, wie man es sich unter Imagegesichtspunkten erlauben darf. Aber auch für diese Form sind subjektive Elemente relevant für das Gesamtergebnis, d. h., auch hier liegt nur scheinbar ein rein objektives Rating vor.

### 4. **Externe Ratings**

**Ratings**, die ausschließlich auf Bilanzkennzahlen abstellen und versuchen, auch Produktvergleiche einzubeziehen, sind nicht immer das geeignete Entscheidungskriterium, da hier Bewertungen unterschiedlicher Gewichtung vermengt werden, ohne dass die Art der Gewichtung erkennbar wird.

## 5. Kennzahlenkatalog des PKV-Verbandes

Der PKV-Verband hat wesentliche Kennzahlen zusammengestellt, die für Unternehmensvergleiche herangezogen werden können (vgl. Auszüge aus dem **Kennzahlenkatalog** im **Anhang**). Wer mit ihnen seriös arbeiten will, muss auch die Abhängigkeiten zwischen den Kennzahlen berücksichtigen, eine Herausforderung, der sich Vergleichsanbieter ungern stellen. Für den Verbraucher selbst sind die Kennzahlen kaum nachvollziehbar, ein Berater sollte sich jedoch mit ihnen beschäftigen.

## 6. Resümee

**Ratings, Vergleichsprogramme** und Gegenüberstellungen einzelner Gesellschaften oder einzelner Tarife sind, soweit sie sich seriöser Erkenntnisse bedienen und strukturell richtig angelegt sind, eine gute Informationsquelle.

Um die Objektivität von Vergleichen abzuschätzen, kann der auszugsweise im Anhang enthaltene **Kennzahlenkatalog des PKV-Verbandes** herangezogen werden. Dieser Katalog zeigt auch, worauf es bei einzelnen Kennzahlen ankommt und welche Aussagen daraus ableitbar sind.

Seriöse Vergleiche erkennt man daran, dass sie die Systematik des Vergleichs detailliert beschreiben, die herangezogenen Parameter ausführlich erläutern sowie die Zielsetzung des Vergleiches, und damit die Motive des Herausgebers, offen legen.

Die Nutzung eines Vergleiches im Beratungsgespräch erfolgt am einfachsten, indem man mit dem Kunden die einzelnen Punkte, vor allem aber auch die Abhängigkeiten und Vernetzungen, bespricht.

**Ratings ja,  
aber mit Umsicht**

Bei den Themen **Beitrag** und Beitragsentwicklung sollte nur auf die mittel- und langfristigen Aspekte (Zeitraumbetrachtung) und nicht auf eine Augenblickssituation abgestellt werden.

Darüber hinaus sollte nicht vergessen werden, dass die Versicherungsleistung nicht nur die Kernleistung, sondern auch die „**Flexibilität**“ und die „**Kundenorientierung**“ umfasst, Themen, die in Vergleichen zzt. noch nicht angesprochen werden, wegen ihrer Komplexität wohl auch nur schwer angesprochen werden können.

## 36 >> Entscheidungshilfen

Abschließend noch folgende Bemerkung:

In Veröffentlichungen der **Medien** und der Verbraucherorganisationen wird oft der Eindruck erweckt, als gäbe es gravierende Unterschiede zwischen den PKV-Unternehmen und die Wahl des „falschen“ Versicherers hätte für den Versicherten existenzielle Folgen. Dieses Schwarzweißschema gibt es in Wirklichkeit nicht. Durch die Bindung an das Gesetz, die Allgemeinen **Versicherungsbedingungen** und die Überwachung durch die Versicherungsaufsichtsbehörde haben alle Versicherungsunternehmen eine solide Grundlage. Unterschiede zwischen den einzelnen Unternehmen sind zwar vorhanden, stellen für den Versicherten aber keine existenzielle Bedrohung dar.





>>

Absolute, uneingeschränkte Sicherheit kann sicherlich kein Wirtschaftszweig bieten. Es gibt aber wohl keinen Wirtschaftszweig, der wie die PKV auf Sicherheit „getrimmt“ ist. Gesetze, Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen sowie unabhängige Institutionen wachen ständig darüber, dass die Produkte und Unternehmen der PKV lebensfähig bleiben. Das ist durchaus nicht selbstverständlich, wie Beispiele ausländischer Versicherungsmärkte zeigen.

Grundsätzlich sind alle Unternehmen insolvenz sicher. Nach § 53 c VAG müssen sie zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verträge Eigenmittel in ausreichender Höhe bilden (Solvabilität). Der Nachweis muss jährlich gegenüber der Aufsichtsbehörde erbracht werden. Die Versicherungsunternehmen sind eingebunden in die folgenden gesetzlichen Regelungen:

- **Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)**
- **Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**
- **Kalkulationsverordnung (KaV)**

Verschiedene Institutionen überwachen die Tätigkeit der Versicherungsunternehmen.

Die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) in Bonn\*** ist für alle privaten Versicherungsunternehmen, die im Bundesgebiet ihren Sitz, eine Niederlassung oder eine Geschäftsstelle unterhalten, zuständig. Öffentlich-rechtliche Unternehmen unterliegen der Aufsicht der BaFin, wenn sie über den Bereich eines Bundeslandes hinaus tätig sind. Die Aufsichtsbehörde hat den Geschäftsbetrieb und die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zu überwachen.

Die Versicherungsaufsicht wird häufig als materielle Staatsaufsicht bezeichnet. Damit ist gemeint, dass die Aufsicht sich nicht nur lediglich in formaler Richtung in der Überwachung der Einhaltung der Gesetze und Satzungen erschöpft, sondern durch Prüfungen und Entscheidungen materieller Art darüber wacht, dass in der Geschäftsführung nicht Missbräuche Platz greifen, die die Interessen der Versicherten gefährden würden.

### **Deregulierung ein Akt für mehr Wettbewerb?**

Tarife und **Versicherungsbedingungen** sind seit der Deregulierung von 1994 nicht mehr von der **BaFin** zu genehmigen. Für diese Funktion ist nach der Deregulierung die Institution des **Verantwortlichen Aktuars** geschaffen worden. Der Aktuar hat die Berechnung der **Beiträge** und der Deckungsrückstellungen zu überwachen und zu prüfen, ob die dauernde Erfüllbarkeit der Verträge sichergestellt ist und die Solvabilitätsvorschriften erfüllt sind. Die Einführung neuer Tarife und deren Bedingungen ist jedoch jetzt genehmigungsfrei.

In der Krankenversicherung dürfen Beitragsänderungen erst in Kraft gesetzt werden, nachdem ein unabhängiger **Treuhänder (mathematischer Treuhänder)** zugestimmt hat. Der Treuhänder hat zu prüfen, ob die Berechnung der **Beiträge** mit den Rechtsvorschriften in Einklang steht. Auch die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige **Beitragsrückerstattung** ist von ihm zu prüfen. Ihm sind sämtliche für die Prüfung der Beitragsänderungen erforderlichen technischen Berechnungsgrundlagen einschließlich der hierfür benötigten Nachweise

\* Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

und Daten vorzulegen. In den technischen Berechnungsgrundlagen sind die Grundsätze für die Berechnung der Beiträge und **Alterungsrückstellungen** einschließlich der verwendeten Rechnungsgrundlagen und mathematischen Formeln vollständig darzustellen (§ 12 b Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz).

Vertraglich vereinbarte Leistungen können nur im Rahmen gesetzlich festgelegter Bedingungen geändert werden. Dies jedoch nur mit Zustimmung eines unabhängigen **juristischen Treuhänders**. Er achtet darauf, dass durch die Änderungen keine Leistungsver schlechterung eintritt. Auch Leistungsverbesserungen sind nur möglich, wenn sie keinerlei Auswirkungen auf den **Beitrag** haben. Selbstverständlich kann auf Wunsch des Versicherungsnehmers der vereinbarte Leistungsinhalt verändert werden.

## >> Vertragssicherheit

Viele Versicherungsnehmer sind in Sorge, dass ihr Versicherungsschutz reduziert werden könnte und dass die **Beiträge** laufend steigen, so dass sie sich ihren Privatversicherungsschutz im Alter, wenn er besonders wichtig ist, nicht mehr leisten können. Überraschenderweise glauben viele auch, dass Versicherungsverträge bei längerer Krankheit vonseiten des Unternehmens gekündigt werden können (Aussteuerung). Alle diese Bedenken sind durch die folgenden Regelungen ausgeräumt:

- **Ausschluss von Kündigungen**  
(§§ 257 Abs. 2 a SGB V, 178 i VVG, 14 MB/KK, 14 MB/KT)
- **Verbot von Leistungsreduzierungen\***  
(§§ 178 g VVG i. V. m. 18 MB/KK, MB/KT, MB/PPV, 8 b MB/KK)
- **Schutz und Vorsorge vor überproportionalen Beitragssteigerungen**  
(§§ 12 a und b VAG, 178 f und g VVG, KaIV)

\* Eine vom Versicherer durchgeführte Erhöhung der Selbstbeteiligung wird häufig vom Versicherten als Leistungsreduzierung empfunden, obgleich sie dem Grunde nach nur eine Form der Beitragsgestaltung darstellt.

## >> Gesellschaftsform

Ist die Gesellschaftsform des Krankenversicherungsunternehmens ein Qualitätsmerkmal? Für den deutschen Markt gilt, dass nur Aktiengesellschaften, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (VVG) und öffentlich-rechtliche Versicherungsunternehmen die Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb erhalten. Die Hauptunterschiede liegen darin, dass die Kunden eines VVG nicht nur Versicherungsnehmer, sondern auch Mitglieder, also Eigentümer des Vereins sind. Bei Aktiengesellschaften und öffentlich-rechtlichen Unternehmen sind die Kunden nur „Versicherungsnehmer“. Dieser Unterschied hat weder positive noch negative Auswirkungen. Das Argument, Aktiengesellschaften müssten ihren

## 42 >> Sicherheit

Aktionären eine Dividende zahlen, könnten ihre Überschüsse also nicht allein den Versicherungsnehmern zur Verfügung stellen, hat nur eine marginale Bedeutung.

Eine Empfehlung für eine bestimmte Gesellschaftsform kann nicht gegeben werden. Alle Unternehmen garantieren dem Versicherungsnehmer die gleichen Rechte aus seinem Versicherungsvertrag. Die gesetzlichen Schutzrechte für den Versicherungsnehmer gelten für alle Unternehmensformen.





>>

Das Produkt „Versicherungsschutz“ weist eine Eigenart auf, die es grundsätzlich von anderen Produkten unterscheidet: Es ist imaginär, nicht greifbar. Welches „Design“ der Versicherungsschutz bekommt, hängt daher von einer fachkundigen Beratung des Kunden ab, die eine sorgfältige Analyse des Bedarfs und fundierte Kenntnisse der Produktpalette erfordert. Der Erfolg einer ernsthaft durchgeführten Beratung zeigt sich in der Zufriedenheit des Kunden, wenn das imaginäre Gut „Versicherungsschutz“ Realität wird, nämlich im Versicherungsfall. Denn nichts prägt die Einstellung eines Kunden so sehr wie eine Enttäuschung.

Die private Krankheitskostenvollversicherung bietet rundum individuellen Versicherungsschutz, indem sie die medizinischen Behandlungskosten beim Arzt oder im Krankenhaus deckt. Leistungen aus der Beihilfe werden durch eine spezielle Krankheitskostenvollversicherung ergänzt. Die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten reichen vom Basis- bis zum Spitzenschutz.

Grundsätzlich gliedern sich die wesentlichen Leistungsbereiche in vier Gruppen:

- **Ambulanter Bereich**
- **Stationärer Bereich**
- **Zahnärztlicher Bereich**
- **Krankentagegeld (Verdienstausfallversicherung)**

Zu diesen vier Grundleistungsbereichen ist die private Pflegepflichtversicherung getreten, die bis zu einem gesetzlich festgelegten Höchstbetrag die Kosten bei Pflegebedürftigkeit trägt. Diese Versicherung muss von jedem, der eine private Krankheitskostenvollversicherung abschließt, bei einem PKV-Unternehmen genommen werden.

Daneben gibt es noch weitere Absicherungsmöglichkeiten, wie z. B.:

### ***Krankenhaustagegeld***

Mit dieser Leistung pro Tag im Krankenhaus kann der Versicherungsnehmer Nebenausgaben, z. B. die Kosten einer Ersatzkraft für den Haushalt während des Krankenhausaufenthaltes, abdecken.

### **Auslandsreisekrankenversicherung**

Der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung ist für PKV-Versicherte grundsätzlich nicht erforderlich, da der PKV-Schutz weltweit gilt. Für Versicherungsnehmer, die **Selbstbeteiligungen** für den ambulanten Bereich vereinbart haben oder die Beitragsrückerstattungen oder Pauschalleistungen erwarten können, bietet sich der zusätzliche Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung an.

Sollte jemand beabsichtigen, sich länger als einen Monat im außereuropäischen Ausland aufzuhalten, ist zum Abschluss einer speziellen Auslandsversicherung zu raten.

***Vielfalt der Leistung gibt Gestaltungsspielraum***

Privatversicherte haben die Möglichkeit, über Art und Umfang des Versicherungsschutzes selbst zu entscheiden (Basis- oder Spitzenschutz). Sie können auch bestimmen, welches Risiko sie selbst zu tragen bereit sind (Selbstbeteiligung oder auch Eigenleistung für Bagatellfälle). Wegen der Vielzahl der individuellen Möglichkeiten ist eine qualifizierte Beratung besonders wichtig.

Nachstehend werden die wichtigsten Kriterien der Leistungsausgestaltung dargestellt:

## >> Selbstbeteiligung

Die Vereinbarung einer absoluten **Selbstbeteiligung** (auch Selbstbehalt genannt) kann bei Einzeltarifen für die ambulante Heilbehandlung vorgesehen werden und bedeutet eine Eigenbeteiligung an den Kosten pro Jahr, also nicht – wie von vielen Versicherten angenommen – pro Behandlungsfall. Die Selbstbeteiligung gilt in der Regel nicht pro Vertrag, sondern pro Person. Für Kinder und Jugendliche wird häufig nur die halbe Selbstbeteiligung vereinbart.

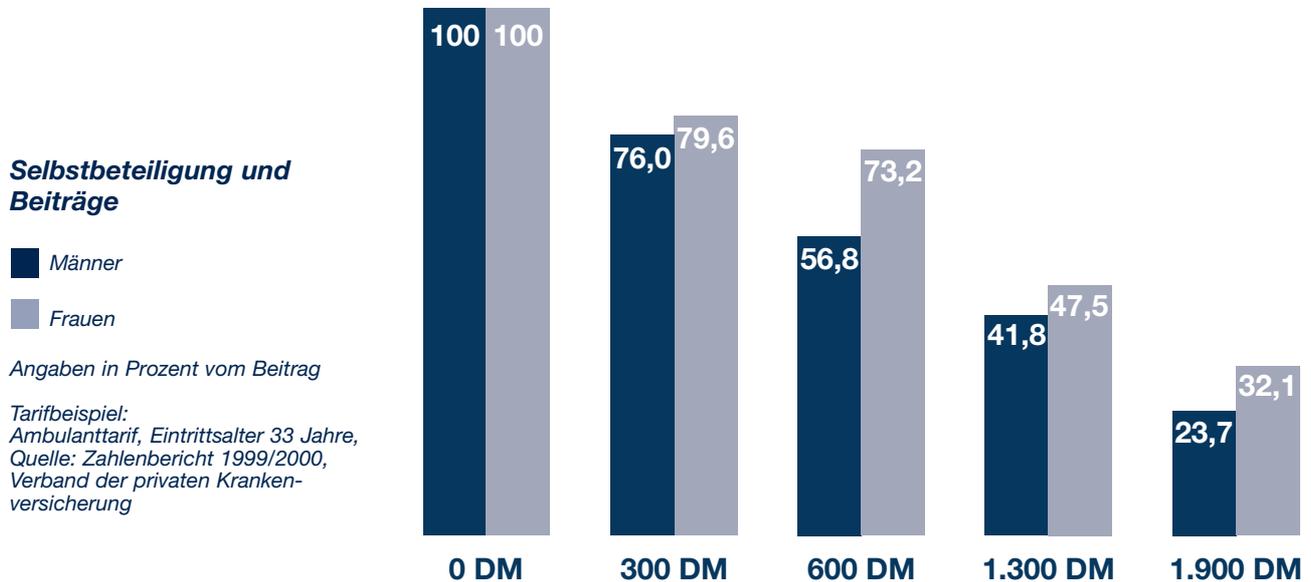
Bei **Kompaktтарifen** gilt die **Selbstbeteiligung** in der Regel für alle drei Heilbehandlungsbereiche (ambulant, stationär und Zahn). Es gibt auch Tarifförmn, die eine Selbstbeteiligung nur für den ambulanten Bereich vorsehen.

Neben den absoluten **Selbstbeteiligungen** sind auch Tarife mit prozentualer Selbstbeteiligung am Markt. Ohne Limitierung ist dies jedoch mit einem nicht kalkulierbaren Risiko verbunden.

Bei der Frage, ob eine **Selbstbeteiligung** sinnvoll ist, wird häufig allein darauf abgestellt, ob die monatliche **Beitragsersparnis** höher ist als die Selbstbeteiligung. Diese Betrachtung unterstellt, dass die Selbstbeteiligung Jahr für Jahr voll ausgeschöpft wird, was nicht der allgemeinen Erfahrung entspricht.

Häufig wird von Versicherten die Kürzung von Rechnungen wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit als **Selbstbeteiligung** aufgefasst. Im Rahmen einer Beratung muss deshalb dem Kunden aufgezeigt werden, welche Bedeutung die Selbstbeteiligung tatsächlich hat. Dabei ist über die individuelle **Beitragsersparnis** hinaus der Hinweis wichtig, dass eine Selbstbeteiligung auch das subjektive Risiko der Versichertengemeinschaft positiv beeinflusst. Selbstbeteiligungen tragen auch zur Reduzierung der Verwaltungskosten bei, da Bagatellbeträge nicht zur Abrechnung eingereicht werden. Selbstbeteiligungen sind also nicht nur ein Element zur aktuellen Beitragsersparnis, sie bewirken auch, dass sich der **Beitrag** künftig moderater entwickelt als in Tarifen, die eine Vollkasko-mentalität fördern.

Die Beitragsersparnis bei einer absoluten **Selbstbeteiligung** zeigt die folgende Grafik:



Neben den üblichen Tarifen mit **Selbstbeteiligung** gibt es auch so genannte **Großschadenttarife**. Sie sehen eine jährliche Selbstbeteiligung von 2.500 Euro oder gar 5.000 Euro vor. Für jeden, der nur für den wirklichen Ernstfall eine Risikoabdeckung benötigt, ist der Großschadentarif genau das Richtige. Versicherte mit einem Großschadentarif sollten die eingesparten **Beiträge** Gewinn bringend anlegen und finanzielle Rücklagen besitzen. Die Wahl eines Tarifs mit Selbstbeteiligung ist für Arbeitnehmer besonders attraktiv, wenn sich der Arbeitgeber an den im Krankheitsfall durch die Selbstbeteiligung für den Arbeitnehmer entstandenen Kosten beteiligt. Diese Möglichkeit eröffnen § 3 Einkommensteuergesetz und Abschnitt 11 der Lohnsteuerrichtlinien. Danach kann sich jeder Arbeitgeber bis zur Höhe von 600 Euro jährlich an einer Selbstbeteiligung steuerfrei beteiligen.

### >> Höchstbeträge

Deutlich zu unterscheiden von **Selbstbeteiligungen** sind Leistungen, für die **Höchstbeträge** in den AVB vorgesehen sind. Höchstbeträge sagen nur aus, was dem Versicherten maximal erstattet wird. Welche Kosten ihm verbleiben, weiß der Versicherte im Voraus nicht. Höchstbeträge werden häufig eingesetzt für Zahnersatzleistungen, z. B. in Form von Zahnstaffeln wie

1. Jahr: 1.250 Euro Maximalerstattung,
2. Jahr: 2.500 Euro Maximalerstattung,
3. Jahr: 3.750 Euro Maximalerstattung und ab dem
4. Jahr: maximal jeweils 5.000 Euro p. a.

**Höchstbeträge** bilden häufig auch bei **Hilfsmitteln** die Obergrenze für eine Erstattung. Dies kann bedeuten, dass zum Beispiel für einen Rollstuhl nicht mehr als 500 Euro erstattet werden.

## >> Leistungsstandards allgemein

Gibt es **Leistungsstandards**, deren Erfüllung notwendige Voraussetzung für die Empfehlung eines Vertrages ist? Hier ist zunächst festzustellen, dass sich in der „**substitutiven Krankenversicherung**“ die Leistungsbilder der einzelnen PKV-Unternehmen nur wenig unterscheiden. Unter substitutiver Krankenversicherung versteht man eine Krankheitskostenversicherung, die geeignet ist, ganz oder teilweise die GKV zu ersetzen. Die substitutive Krankenversicherung muss, damit sie als solche anerkannt wird und auch der Arbeitgeberzuschuss nach § 257 SGB V beansprucht werden kann, bestimmte Grundregeln erfüllen:

- Die Krankenversicherung muss nach Art der Lebensversicherung betrieben werden.
- Das Versicherungsunternehmen muss einen Standardtarif anbieten (seit 01.07.2000 auch für beihilfeberechtigte Personen).
- Das ordentliche Kündigungsrecht seitens des Versicherers muss vertraglich ausgeschlossen sein.
- Die Krankenversicherung darf nicht mit anderen Sparten zusammen betrieben werden.
- Der überwiegende Teil der Überschüsse muss zugunsten der Versicherten verwendet werden.

*Die Plattform, auf der ein moderner Versicherungsschutz aufbaut*

vgl. im Übrigen den im **Anhang** abgedruckten Gesetzestext.

### >> Leistungsstandards ambulant

Üblicherweise werden folgende Leistungen gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbracht:

- **Ärztliche Beratung**
- **Hausbesuche**
- **Untersuchungen**
- **Ambulante Operationen**
- **Vorsorgeuntersuchungen**
- **Röntgendiagnostik und -therapie**
- **Psychotherapeutische Behandlungen**

Letztere sind von einigen Gesellschaften ausgeschlossen oder werden nur in begrenztem Umfang, z.B. bis zu 30 Sitzungen oder bis zu 1.000 Euro je Kalenderjahr, erstattet. Andere Gesellschaften verlangen vor einer **psychotherapeutischen Behandlung** ihre Zustimmung.

- **Heilpraktikerbehandlungen und alternative Medizin**

Die Kosten von **Heilpraktikerleistungen** sind, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht, generell mitversichert. Einige Gesellschaften schließen Heilpraktikerleistungen aus, beschränken die Leistungen auf den Mindestsatz des GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) oder regulieren Heilpraktikerleistungen im Rahmen der GOÄ nach vergleichbaren Positionen.

**Moderner Versicherungsschutz und alternative Verfahren sind kein Widerspruch, ganz im Gegenteil**

Ein Anspruch auf Leistungen für **alternative Heilverfahren** besteht grundsätzlich dann, wenn diese von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus aber auch für Methoden oder Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der Versicherer ist berechtigt, seine Leistungen auf den Betrag herabzusetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Es gibt Gesellschaften, die der „Alternativen Medizin“ gegenüber sehr offen sind und andere, die ihr reserviert gegenüberstehen. Für den Berater ist es wichtig, zunächst zu erfahren, ob der Kunde überhaupt auf **alternative Heilverfahren** Wert legt. Wenn ja, sollte darauf geachtet werden, dass die Abrechnung eines Heilpraktikers nach dem GebüH erfolgt. Ungünstig ist die „Gleichstellung“ mit der GOÄ, da dann auch nur Leistungen aus der GOÄ oder in Analogie möglich sind.

- **Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger**
- **Schutzimpfungen**  
(Vielfach sind Schutzimpfungen aufgrund von Auslandsreisen nicht versichert.)
- **Arzneimittel**

## • Hilfsmittel

Es handelt sich um technische Mittel, die körperliche Behinderungen mildern oder ausgleichen sollen. Zu **Hilfsmitteln** zählt alles: von der Brille über den Rollstuhl bis hin zu Hörgeräten oder auch Heimdialysegeräten.

Zunächst ist zu differenzieren, ob ein Versicherer enumerativ die **Hilfsmittel** aufzählt, für die er leistet, oder ob er pauschal die Leistungen für Hilfsmittel zusagt. Ein enumerativer, d. h. geschlossener Hilfsmittelkatalog bedeutet, dass der Kunde nicht am technischen Fortschritt teilnimmt. Werden neue Hilfsmittel entwickelt, hat er darauf keinen Anspruch. Darüber hinaus gibt es Gesellschaften, die für bestimmte Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl) nur einen bestimmten **Höchstbetrag** leisten.

**Nicht der äußere  
Anschein, sondern der  
materielle Gehalt gibt  
Zukunftssicherheit**

## • Heilmittel

Darunter sind Massagen, Wärmebehandlungen sowie Krankengymnastik zu verstehen. Auch für **Heilmittel** wird von einigen Unternehmen nur eine eingeschränkte Leistung vorgesehen. Dazu gehören verkürzte Heilmittelverzeichnisse oder die Beschränkung auf prozentuale Erstattungen oder Jahreshöchstbeträge.

## • Krankentransporte

### Resümee zum ambulanten Bereich

Es ist wichtig, im Beratungsgespräch zu klären, auf welche Leistungen der Kunde unbedingt Wert legt, auf welche er zur Beitragssparnis verzichten kann und wo er **Selbstbeteiligungen** für angebracht hält. Dazu gehört auch die Frage, ob für den Kunden die Begrenzung des Arzthonorars auf den Höchstwert der GOÄ wesentlich ist. Auch die Streichung der so genannten **Kurortklausel\*** oder der Einschluss eines Kurtagegeldes sollte mit dem Kunden erörtert werden.

*\* Keine Leistungspflicht besteht für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird (§ 5 Abs. 1/e MB/KK).*

Sind in einem Tarif wesentliche Leistungskomponenten nicht enthalten, weil er als **Billig- bzw. Basistarif** z. B. für Berufseinsteiger konzipiert wurde, ist sicherzustellen, dass das Unternehmen einen **Optionstarif** anbietet, der einen späteren Umstieg in einen besser ausgestatteten Tarif garantiert. Bei Prüfung der Optionstarife ist zu beachten, unter welchen Voraussetzungen man wechseln darf und wie lange der Wechsel zu erleichterten Bedingungen möglich ist.

**Auch hier ist der Experte  
gefragt: Bedarfsanalyse  
als Basis eines optimalen  
Versicherungsschutzes**

### >> Leistungsstandards stationär

Alle Privatversicherten haben die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen (§ 4 Abs. 4 MB/KK). Die Versicherer übernehmen im tariflichen Umfang die Kosten für

- allgemeine Krankenhausleistungen (Pflege, ärztliche Leistungen, Unterbringung usw.) und
- Wahlleistungen (Unterbringung in Ein- oder Zwei-Bett-Zimmern, privatärztliche Behandlung).

Mit eingeschlossen sind regelmäßig auch die Krankentransporte.

Im Gegensatz zum ambulanten Bereich sind keine wesentlichen Leistungsunterschiede zu beachten. Festzustellen wäre gegebenenfalls noch, ob eine Begrenzung auf den Höchstsatz der GOÄ bedingungsgemäß vorgesehen ist.

Im Allgemeinen sollte ein Versicherungsschutz empfohlen werden, der die Unterbringung im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer mit Chefarztbehandlung abdeckt. Zu beachten ist, dass Ein-Bett-Zimmer in deutschen Krankenhäusern nur in begrenzter Zahl vorhanden sind. Wenn der Kunde keine Probleme hat, mit anderen Kranken in einem Zimmer zu liegen, ist für ihn die allgemeine Pflegeklasse (Mehr-Bett-Zimmer), gegebenenfalls unter Einbeziehung der Chefarztbehandlung, sinnvoll.

### >> Zahnärztliche Leistungsstandards

Zahntarife beinhalten Leistungen für

- **Zahnbehandlungen,**
- **Zahnersatz,**
- **Kieferorthopädie und**
- **Material- und Laborleistungen.**

Üblich ist ein Erstattungssatz von 100 % für Zahnbehandlungskosten und ein Prozentsatz zwischen 50 % und 80 % für Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie. Häufig werden für Zahnersatz, zumindest in den ersten Versicherungsjahren, Maximalerstattungsbeträge festgelegt. Ob sie im Einzelfall sinnvoll sind, muss mit dem Kunden abgeklärt werden.

>> **Leistungsstandards Pflegezusatzversicherung**

Die Pflegepflichtversicherung, die mit jeder Vollversicherung verbunden ist, bietet nur einen Grundschatz, der nicht ausreicht, die häusliche und stationäre Pflege vollständig zu bezahlen. Eine **Pflegezusatzversicherung** ist deshalb empfehlenswert.

**Gesetzlicher  
Versicherungsschutz –  
nur mit Ergänzung eine  
optimale Absicherung**

Es gibt drei Formen von Pflegezusatzversicherungen:

- **Pflegerentenversicherung**
- **Pflegetagegeldversicherung**
- **Pflegekostenversicherung**

Das Pflegetagegeld bietet dabei einen, im Verhältnis zu den alternativen Formen, relativ preisgünstigen zusätzlichen Versicherungsschutz.

Legt der Kunde Wert auf eine möglichst umfassende Absicherung, dürfte für ihn eine Pflegekostenversicherung in Betracht kommen.

**Resümee zum Thema Versicherungsleistung**

Die normalen Tarife der PKV mit ihren **Leistungsstandards** sind für die Mehrzahl der Versicherten bedarfsgerecht. Daneben gibt es „Billigangebote“ oder so genannte **Basistarife**, die beitragsgünstig sind, aber auch Leistungseinschränkungen enthalten. Sie können für Berufsanfänger oder Existenzgründer sinnvoll sein, vorausgesetzt, dass der Versicherungsnehmer die Option erhält, zu einem späteren Zeitpunkt – ohne erneute **Risikoprüfung** und ohne erneute Wartezeiten für die Mehrleistungen – in einen vollwertigen Versicherungsschutz wechseln zu können.

Den **Billig- bzw. Basistarifen** stehen auf der anderen Seite die so genannten **Luxustarife** (Spitzenschutz) gegenüber. Sie kennen zum überwiegenden Teil keine **Selbstbeteiligung** oder Summenbegrenzungen, decken bei stationärem Aufenthalt die Unterbringung im Ein-Bett-Zimmer und übernehmen beim Zahnersatz bis zu 100 % der Kosten. Der Berater muss wissen, dass der Personenkreis, der dieses Leistungsspektrum zu einem hohen **Beitrag** wählt, auch die Neigung hat, es überdurchschnittlich in Anspruch zu nehmen. Das äußert sich nicht nur in häufigeren Besuchen von Ärzten, sondern auch in längeren Verweildauern im Krankenhaus und höheren Leistungen im Zahnbereich. Für diese Tarife ist ein relativ hoher Beitrag zu zahlen; bei ihnen muss auch im weiteren Versicherungsverlauf mit überdurchschnittlichen **Beitragsanpassungen** gerechnet werden.



>>

Auch wenn es manchem so vorkommen mag: Versicherung ist keine Wette, bei der der Unterlegene zähneknirschend zahlt. Im Laufe der Zeit ständig verfeinerte mathematische Verfahren und umfangreiche Datensammlungen ermöglichen ziemlich genaue Berechnungen der für bestimmte Tarifleistungen erforderlichen Beiträge. Dabei bleibt den einzelnen Unternehmen nur ein enger Gestaltungsspielraum, den zu nutzen aber erhebliche Vorteile – nicht zuletzt auch für den Verbraucher – bringen kann.

Um nachvollziehen zu können, welche Faktoren für die Bildung des **Beitrags** relevant sind, ist es erforderlich, sich kurz mit den Grundlagen der **Beitragskalkulation** auseinander zu setzen.

Aufgrund statistischer Erfahrungswerte wird ein risikogerechter **Beitrag** ermittelt, der sich aus in der Vergangenheit beobachteten Kopfschäden (durchschnittliche jährliche Ausgaben für Versicherte eines bestimmten Alters und Geschlechts) ableiten lässt und das Äquivalent für das übernommene Krankheitsrisiko darstellt. Eine Vielzahl weiterer Risikofaktoren wie Leistungsart, Beruf, Trend der **Leistungsinanspruchnahme**, medizinische Vergangenheit der zu versichernden Person, Leistungshöhe, Versicherungsdauer und Lebensweise spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle. Um aber keine zu starke Differenzierung nach Risikoursachen vornehmen zu müssen, wird für das Kalkulationsmodell allein auf die Risikomerkmale Alter, Geschlecht und Leistungsumfang und z. T. Beruf Bezug genommen.

**Ein Euro Leistung  
= Ein Euro Beitrag**

Für das Kalkulationsmodell gilt das so genannte **Äquivalenzprinzip**. Es besagt, dass der **Nettobeitrag** nach dem Grundsatz „Barwert des **Beitrages** = Barwert der Leistung“ ermittelt wird. Unter Barwert des Beitrages ist dabei die Gesamtnettobeitragseinnahme zu verstehen, die man über die angenommene gesamte Vertragslaufzeit erhalten wird. Der **Leistungsbarwert** entspricht dem Erwartungswert aller Aufwendungen für die Versicherungsleistungen. In beiden Elementen stecken bestimmte Wahrscheinlichkeitsansätze, die immer zu einer theoretischen Preis-Leistungs-Relation = 1 führen müssen.

Grundsätzlich bieten alle Gesellschaften eine korrekte Kalkulation. Dennoch lassen sich in der Praxis trotz des **Äquivalenzprinzips** deutliche Beitragsunterschiede feststellen. Dafür gibt es verschiedene Ursachen, die auch für die Käuferentscheidung wesentlich sind. Abweichungen lassen sich über die Kostenansätze, den **Sicherheitszuschlag** und die Durchschnittsverzinsung der Kapitalanlagen begründen.

Nachstehend die einzelnen Komponenten des Tarifbeitrages:

### **Bruttobeitrag:**

Er setzt sich aus dem **Nettobeitrag** unter Hinzurechnung von Kostenanteilen wie Verwaltungs-, Schadenregulierungs-, mittelbaren und unmittelbaren **Abschlusskosten** sowie einem **Sicherheitszuschlag** zusammen.

### **Nettobeitrag:**

Die Krankheitskosten steigen mit zunehmendem Alter; die PKV kalkuliert aber mit einem konstanten **Beitrag**. Um die steigenden Kosten im Alter aufzufangen, ist der Nettobeitrag in der Anfangszeit der Versicherungsdauer höher als der altersabhängig ermittelte **Risikobeitrag**. In jungen

Jahren werden Beiträge über diesen Risikobeitrag hinaus erhoben (Sparanteil), um daraus eine verzinsliche **Alterungsrückstellung** zu bilden, mit der die höheren Versicherungsleistungen im Alter finanziert werden können, so dass der monatliche Zahlbeitrag für den Versicherten deswegen nicht steigt (**Anwartschaftsdeckungsverfahren**). Der **Nettobeitrag** ist also der Risikobeitrag zzgl. **Sparanteil**.

#### **Risikobeitrag:**

Hierbei handelt es sich um den Betrag, der zur Deckung der jeweiligen Tarifleistung effektiv erforderlich ist.

#### **Sparanteil:**

Zum Sparanteil gehören der Sparanteil selbst, die Zinsen auf die Sparanteile, die Verzinsung der bereits vorhandenen Rückstellungen und die **Alterungsrückstellungen** aller durch Tod oder Storno ausgeschiedenen Versicherten.

Die nachstehenden Faktoren beeinflussen den Beitrag:

## >> Leistungselemente

Nach dem **Äquivalenzprinzip** verursacht ein Euro **Leistung** auch einen Euro **Beitrag**. Je höher das Leistungspaket ist, desto höher muss auch der Beitrag sein. Auch für die PKV gilt das so genannte **Moral-Hazard-Prinzip**. Es besagt, dass Personen mit einer Versicherung weniger Vorsorgemaßnahmen treffen und mehr und aufwändigere Leistungen in Anspruch nehmen als Personen ohne Versicherung. Der Beitrag muss also unter Berücksichtigung dieses Prinzips noch höher sein, als es nach dem reinen Äquivalenzprinzip erforderlich wäre. Je mehr Leistungen ohne Begrenzung in einem Tarif versichert sind, desto überproportional höher muss auch der **Einstiegsbeitrag** sein.

## >> Risikoselektion

Wie der **Risikobeitrag** zu kalkulieren ist, hängt davon ab, wie der Versicherer die **Annahme-, Leistungs- und Zielgruppenpolitik** formuliert. Ein Versicherer, der jedes Risiko zeichnen oder Risikozuschläge möglichst begrenzen will, muss von vornherein mit höheren Risikobeiträgen kalkulieren. Tut er es nicht, entstehen Risikoverluste und ein Nachholbedarf an **Beitragsanpassungen**. Je weniger ausgeprägt die **Risikoselektion** bei der Antragsannahme ist, desto stärker ist die Steigerungstendenz für den **Beitrag**. Ein überproportionaler Nachholbedarf kann sich auch dann ergeben, wenn der Versicherer Minimalleistungen (z. B. unter 250 Euro) ohne Prüfung auszahlt.

Die **Annahmepolitik** eines Versicherers bleibt dem Außenstehenden verborgen. Es gibt aber Indizien, die Rückschlüsse zulassen. Häufige Arzt-rückfragen vor der Annahme verzögern zwar die Policierung, sind aber ein Hinweis, dass das Unternehmen ein konsequentes **Risikomanagement** betreibt, das für langfristig stabilere **Beiträge** sorgt.

Für die Beurteilung eines Unternehmens in diese Richtung spielt es eine Rolle, ob die Anträge klare und eindeutige Gesundheitsfragen mit überschaubaren Zeiträumen enthalten und ob auf so genannte salvatorische Klauseln verzichtet wird.

Grundsätzlich gilt, dass alle Großzügigkeiten, die von Außenstehenden gern als kulantes Verhalten gewertet werden (laxe Antragsannahme, Verzicht auf **Risikoselektion**, Nichtbeachtung des **Moral-Hazard-Prinzips**, Leistungsauszahlungen ohne Prüfung u. a.), mittelfristig eine Tendenz zu höheren **Beiträgen** haben.

### >> Wirtschaftlichkeit

**Abschlusskosten** und Verwaltungskosten sind bei der **Beitragskalkulation** zu berücksichtigen. Unternehmen, die ihren Verwaltungs- und Vertriebsapparat auf Effizienz ausgerichtet haben, können nicht nur mit niedrigen Kostensätzen günstige **Beiträge** kalkulieren, sondern auch auf Dauer günstige Beiträge halten.

### >> Anpassungstermine

Wenn **Beiträge** verglichen werden, muss berücksichtigt werden, wann bei den einzelnen Anbietern die letzte **Beitragsanpassung** stattgefunden hat. Ein niedrig erscheinender Beitrag ist unter Umständen über einen längeren Zeitraum nicht angepasst worden, eine Anpassung steht aber unmittelbar bevor.

### >> Tarifpolitik

Unternehmen, die ihre **Beiträge** überproportional anpassen müssen, verlieren ihre Wettbewerbsfähigkeit beim Neugeschäft. In der Vergangenheit lösten sie häufig das Problem in der Weise, dass sie neben das vorhandene Tarifwerk ein neues Tarifwerk setzten mit fast identischen Leistungen, jedoch einem deutlich günstigeren Beitrag.

Da ein Wechsel der Kunden aus dem alten Tarifwerk in das neue nicht möglich war, konnte das neue, beitragsgünstigere Tarifwerk für eine gewisse Zeit dem Neugeschäft deutliche Impulse verleihen.

Dieser Ausweg ist durch die Schaffung des § 178 f VVG (**Anhang**) versperrt worden. Danach besteht für jede versicherte Person ein Anspruch auf Umtarifierung in Tarife mit gleichartigen Leistungen, und zwar unter Mitnahme der schon erworbenen Rechte wie z. B. der **Alterungsrückstellung** aus dem alten Tarif. Damit verlieren so genannte **Paralleltarife** ihre positive Wirkung in relativ kurzer Zeit. Denn auch schlechte Risiken können aus den Alttarifen in den neuen Tarif wechseln, ohne dass der Versicherer für diesen Personenkreis Risikozuschläge nehmen darf. Für Mehrleistungen kann ein Risikozuschlag genommen werden; der Versicherungsnehmer kann dies jedoch durch die Wahl eines Leistungsausschlusses abwenden.

Das **Gesundheitsreformgesetz 2000** hat die Situation weiter verschärft. Bei jeder **Beitragserhöhung** müssen jetzt Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, Angebote zu Umtarifierungen in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unterbreitet werden, die zu einer Beitragsreduzierung führen.

Schließlich dürfen **Beitragsanpassungen** kraft Gesetzes nicht mehr zur Korrektur fehlerhafter Tarifikalkulationen verwandt werden. **Beitragskorrekturen** dieser Art sind aus Eigenmitteln des Unternehmens zu finanzieren.

### Resümee zum Thema Beitrag

Es ist festzustellen, dass ein aktuell günstiger **Einstiegsbeitrag** allein nichts darüber aussagt, ob er auf Dauer finanzierbar bleibt und in einem günstigen Verhältnis zu anderen Wettbewerbern steht.



>>

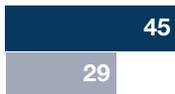
Es ist nicht mangelnder guter Wille, der die Krankenversicherer davon abhält, die Krankheitskostenversicherung zu einem lebenslang gleich bleibenden Beitrag anzubieten. Beitragsänderungen sind vielmehr die Folge der hohen Flexibilität des Versicherungsschutzes. Dieser passt sich automatisch allen Veränderungen im Gesundheitswesen an. Musste noch vor 30 Jahren der Einsatz der lebenserhaltenden Herz-Lungen-Maschine gesondert in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden, sind heute modernste technische Errungenschaften, hochwirksame Medikamente und hoch entwickelte Heil- und Hilfsmittel selbstverständlich ohne gesonderte, risikoabhängige Vereinbarung mitversichert. Nach dem Äquivalenzprinzip kostet das seinen Preis. Die Alternative wäre Ausgrenzung dieser Fortschritte mit der Folge, dass nur gesunde Kunden den jeweils modernsten Kenntnisstand der Medizin mitversichern könnten. Eine unangenehme Vorstellung!

# 62 >> Beitragsentwicklung

## Es legen Wert auf Beitragsstabilität



Die PKV erhöht die Beiträge jedes Jahr, die GKV nicht.



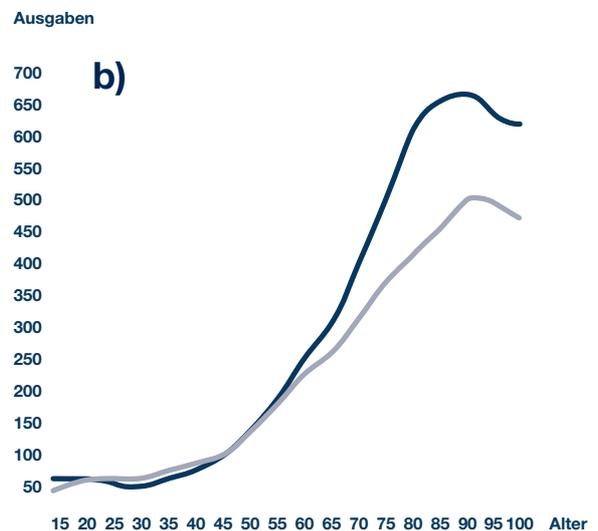
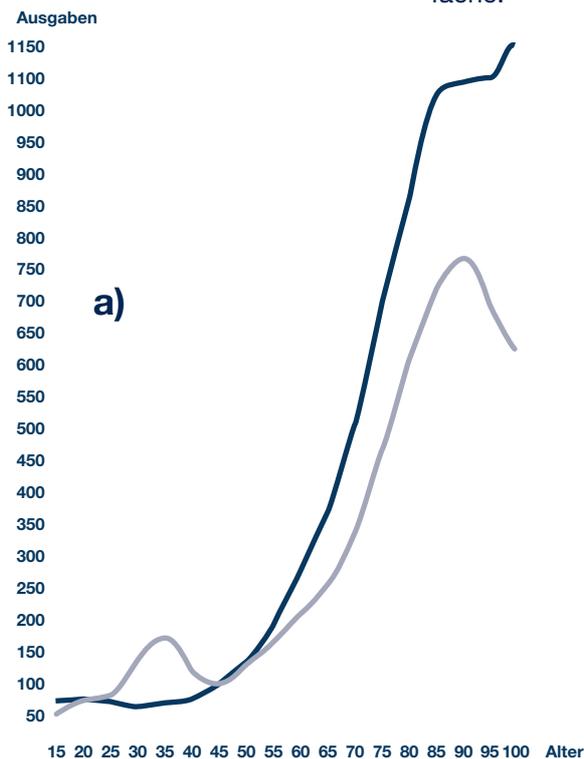
Wie sich der Gesamtbeitrag innerhalb der Vertragslaufzeit voraussichtlich verändern wird, ist ein wichtiges Kriterium für die Entscheidung, zur PKV und zu einem bestimmten Unternehmen der PKV zu wechseln. Diese Vorausschau ist schwierig und nicht exakt möglich. Es gibt aber gewisse Anzeichen, die Rückschlüsse auf die künftige Beitragsentwicklung zulassen. So kann man prüfen, welche Maßnahmen zur **Beitragsstabilisierung** die Unternehmen schon heute eingeleitet haben.

Nachstehend die wichtigsten Kriterien für **Beitragsanpassungen**:

## >> Steigende Leistungsanspruchnahme

Mit dem Alter steigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. 80-jährige Männer benötigen 8-mal so hohe Aufwendungen für Arzneimittel wie 41-jährige. Die Aufwendungen für Krankenhausleistungen steigen zwischen dem 30. und dem 80. Lebensjahr um das Zehn- bis Zwölf-fache.

Angaben in Prozent



### Altersabhängigkeit der Ausgaben für a) Krankenhausbehandlung b) Arzneien und Verbandmittel

Index: 41–45 Jahre = 100 gesetzt,  
Beobachtungsjahr 2003.  
Quelle: Zahlenbericht 2003/2004,  
Verband der privaten Kranken-  
versicherung



Diese wegen des zunehmenden Alters steigenden Versicherungsleistungen führen nicht zu einer Erhöhung der **Beiträge**, weil dafür **Alterungsrückstellungen** gebildet worden sind.

Berechtigt ist die Frage, warum es trotzdem zu Beitragserhöhungen kommt, die besonders ältere Personen stark treffen. Keineswegs ist es so, dass die PKV junge Personen mit niedrigen **Beiträgen** zunächst anlockt, um sie dann später mit hohen Beitragssteigerungen zu konfrontieren. Der Beitrag junger Personen ist – gemessen am Risiko – zu hoch, weil in ihm ein **Sparanteil** zum Aufbau einer **Alterungsrückstellung** enthalten ist.

### >> Steigende Gesundheitskosten

Beitragserhöhungen sind die Folge allgemeiner **Kostensteigerungen im Gesundheitswesen**. Der medizinische Fortschritt hat es ermöglicht, dass viele Krankheiten erkannt und auch behandelt werden können, bei denen dies früher nicht möglich gewesen wäre. Viele Operationen gerade bei älteren Menschen sind in der Vergangenheit undenkbar gewesen und heute schon der Regelfall. Die Diagnostik hat sich in den letzten Jahren erheblich ausgeweitet, so dass allein dadurch Kostenschübe entstanden sind. Kosten treibend ist auch, dass neue **Diagnoseverfahren** oft neben etablierten unterstützend angewandt werden. Darüber hinaus sind in den letzten Jahren neue behandlungsfähige Krankheitsbilder wie beispielsweise Aids oder seltene Enzymmangelkrankungen aufgetreten. Ein Aidskranker benötigt während seiner letzten drei Lebensjahre durchschnittlich 100.000 Euro an Behandlungskosten.

Nicht vernachlässigt werden darf, dass sich die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche – zum Teil auch wegen eines falsch verstandenen Gesundheitsbewusstseins – sowie der ärztlichen Verrichtungen pro Behandlungsfall weiter erhöht hat.

***Fortschritt kostet Geld –  
auch der medizinische!***

## 64 >> Beitragsentwicklung

### **Medizinischer Fortschritt – mehr Nutzen als Last?**

Ein zunehmendes **Gesundheitsbewusstsein**, das verstärkte Auftreten so genannter Zivilisationskrankheiten (wie z. B. Allergien), aber auch die Ärzteschwemme sowie ein stationäres Überversorgungsangebot tragen ebenfalls zur Leistungsmengenausweitung bei.

Die hier genannten Leistungsausweitungen können in der Kalkulation des PKV-**Beitrages** nicht berücksichtigt werden, da sie in ihrer finanziellen Auswirkung völlig ungewiss sind. Sie müssen gewissermaßen nachkalkuliert werden, wenn sie eintreten, und das trägt danach zu Beitrags-erhöhungen bei.

Ein wichtiger Aspekt ist auch die ständige Zunahme der **Lebenserwartung**. Die auf der Basis der früher angenommenen Lebenserwartung kalkulierten **Alterungsrückstellungen** reichen nicht mehr aus, weil die Versicherten länger leben. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass privat Krankenversicherte eine noch höhere Lebenserwartung haben als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Für ältere Versicherte ergibt sich daraus das Problem, dass nur wenig Beitragszeit verbleibt, um die zusätzlich erforderliche Alterungsrückstellung aufzubauen.

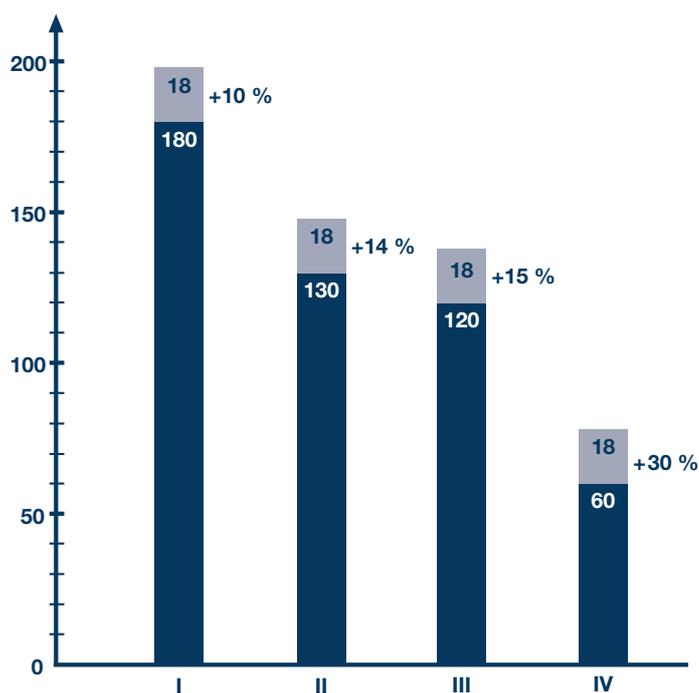
**Kostensteigerungen im Gesundheitswesen** müssen sich in Beitrags-erhöhungen niederschlagen, weil die PKV keine anderen Auswege hat. Die mit dem Versicherungsnehmer vereinbarte Leistung darf nicht nach unten korrigiert werden, wie dies in der GKV z.T. durch gesetzliche Leistungskürzungen geschehen ist. Die Kündigung eines Versicherungsvertrages durch den Versicherer ist ausgeschlossen, eine Aussteuerung wegen zu langer Krankheit unzulässig.

Das **Verfahren zur Beitragsänderung** ist gesetzlich in § 12 b Abs. 2 VAG geregelt (s. **Anhang**). Danach hat das Versicherungsunternehmen für jeden Tarif einmal im Jahr die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen zu vergleichen. Ergibt die dem unabhängigen **Treuhänder** vorzulegende Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 % (sofern nicht in den AVB der Unternehmen ein geringerer Prozentsatz vorgesehen ist), hat das Unternehmen alle **Beiträge** dieses Tarifs zu prüfen und, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen. Voraussetzung für eine Anpassung ist immer die Zustimmung eines unabhängigen, von der Aufsichtsbehörde zugelassenen Treuhänders. Im Interesse der Versicherten achtet er darauf, dass die Berechnungsgrundlagen und die Ermittlung der Beiträge im Einklang mit den Rechtsvorschriften stehen und der Beitragsanstieg durch Einsatz der dafür zur Verfügung stehenden Mittel des Unternehmens begrenzt wird.

## >> Überproportionale Steigerungseffekte

Durch den zum erreichten Alter berechneten Mehrbeitrag entsteht ein überproportionaler Effekt zusätzlich zur Kostensteigerung. Einfach ausgedrückt: 10 % Kostensteigerung können Beitragserhöhungen von 15 % und mehr bewirken.

Die folgende Grafik veranschaulicht an einem Beispiel diesen Effekt.



**Auswirkung einer Beitragsanpassung von 10% oder der „Fluch der guten Tat“**  
(Anrechnung der Deckungsrückstellung)

Erhöhung des Tarifbeitrags für

- I - den Neuzugang
- II - 15 Jahre Versicherte
- III - Tarife mit Beitragslimitierung
- IV - Verträge mit Reduktion des Versicherungsschutzes

Die hier dargestellten Gesetzmäßigkeiten gelten für alle Versicherungsunternehmen. Trotzdem ist die Beitragsentwicklung einzelner Gesellschaften in einem langjährigen Vergleich äußerst unterschiedlich. Woran liegt das?

Die unterschiedliche Beitragsentwicklung beruht auf folgenden Faktoren:

1. Hat der Versicherer den Anfangsbeitrag vorsichtig oder sehr knapp kalkuliert?
2. Hat das Unternehmen eine gute Risikostruktur, sind also Personengruppen bei ihm versichert, die durchschnittlich weniger Leistungen in Anspruch nehmen?
3. Hat das Unternehmen die Möglichkeit, durch Kosteneinsparungen und hohe Kapitalerträge Überschüsse zu erzielen, die zur Dämpfung von Beitragserhöhungen eingesetzt werden können?

## 66 >> Beitragsentwicklung

Ein Versicherter, der einem bestimmten PKV-Unternehmen beigetreten ist, ist dieser Beitragsentwicklung ausgeliefert. Ein Wechsel zu einem anderen privaten Versicherer ist schwierig (erneute Risikoprüfung, u. U. erneute Wartezeiten) und nur mit erheblichen Einbußen möglich (Verlust der **Alterungsrückstellung**). Der „Rückzug“ in die GKV ist nach dem **Gesundheitsreformgesetz 2000** nahezu unmöglich.

In diesem Zusammenhang ist auch das Thema der **Neugründungen** anzusprechen. Junge PKV-Unternehmen haben in den letzten Jahren überdurchschnittliche Wachstumsraten erzielt, weil sie mit **Beiträgen** auftraten, die unter Marktdurchschnitt lagen. Das liegt daran, dass junge Versicherungsbestände unrealistische Schadenssituationen zeigen. Fast alle stark leistungsbeanspruchenden chronischen Erkrankungen (Allergien, Rheuma usw.) haben mehrjährige Karenz- und Inkubationszeiten und kommen deshalb in jungen Beständen schon wegen der Altersstruktur selten vor.

**Jung und dynamisch**  
– auch auf Dauer erfolgreich?

Es gilt die Faustregel, dass eine Versichertengemeinschaft ihren ehrlichen Preis erst zeigt, wenn eine durchschnittliche Bestandsdauer von sieben Jahren erreicht ist. Da in den neu eingeführten Tarifwerken häufig nicht in allen Altersgruppen Kunden vorhanden sind, unterliegt die Preiskalkulation starken Schwankungen, der statistische Stabilisierungseffekt aufgrund des Gesetzes der großen Zahl fehlt. Wichtig ist, dass bei zu günstig kalkulierten **Beiträgen** auch die **Alterungsrückstellungen** zu niedrig angesetzt sind. Das führt schon nach relativ kurzer Zeit zu einem hohen Anpassungsbedarf.

Im Übrigen haben junge Unternehmen noch keinen hohen Kapitalstock. Ihnen fließen also weniger Kapitalerträge zu, die sie zur Begrenzung von **Beitragsanpassungen** einsetzen können.

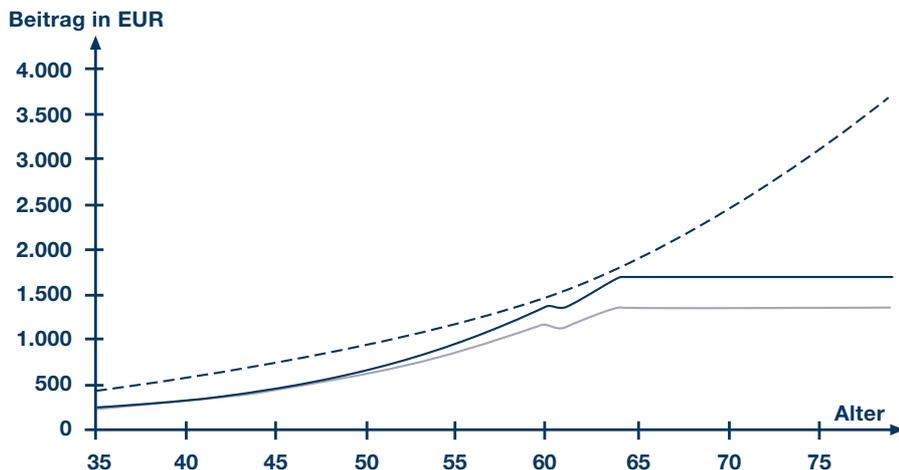
### >> Dämpfung der Beitragsentwicklung

Die privaten Krankenversicherer haben zur Sicherstellung der dauerhaften Finanzierbarkeit der **Beiträge** und zur Begrenzung von **Beitragsanpassungen** bereits in der Vergangenheit Erhebliches geleistet. So wurden **Alterungsrückstellungen** von rd. 100 Mrd. DM 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.

Die **Gesundheitsreform** hat zum 01.01.2000 noch weitere Maßnahmen zur Stabilisierung der **Beiträge** im Alter getroffen. Es wird u. a. ein **gesetzlicher Zuschlag** von 10 % auf die Beiträge einer Krankheitskostenvollversicherung erhoben, um daraus zusätzliche individuelle Rückstellungen zur **Beitragsstabilität** im Alter zu bilden. Der gesetzliche Zuschlag ist vom 21. bis 60. Lebensjahr zu zahlen. Ab dem 65. Lebensjahr werden die angesparten Mittel dazu verwendet, den Beitrag auch bei **steigenden Kosten im Gesundheitswesen** möglichst konstant zu halten. Bei Verträgen, die vor dem 01.01.2000 abgeschlossen wurden, kann der Versicherte dem gesetzlichen Zuschlag widersprechen oder sich damit einverstanden erklären, dass vom 01.01.2001 ab ein gesetzlicher Zuschlag von 2 % entrichtet wird, der sich von Jahr zu Jahr um weitere zwei Prozentpunkte erhöht, bis er ab 01.01.2005 die für Neumitglieder geltende Höhe von 10 % erreicht.

Diese zusätzlichen Maßnahmen führen dazu, dass Personen, die heute Mitte 30 oder jünger sind und eine private Versicherung abschließen, ab dem 65. Lebensjahr mit stabilen **Beiträgen** rechnen können. Das gilt jedenfalls für den heutigen Stand der Dinge und unter der Voraussetzung, dass der medizinisch-technische Fortschritt in Zukunft nicht zu exorbitanten Kostensteigerungen führt und vor allem auch einer ausreichenden Kapitalmarktentwicklung.

**Die PKV garantiert  
Beitragssicherheit  
im Alter**



**Beitragsentwicklung 5 % Trend  
Gutschrift gemäß Änderung des  
VAG zum 01.01.2000**

- Männer
- Frauen
- GKV

## 68 >> Beitragsentwicklung

Neben dieser Maßnahme hat die PKV für ihre älteren Versicherten noch weitere **Beitragsentlastungsmöglichkeiten**.

- **Umtarifierungsangebote**

Bei jeder **Beitragsanpassung** müssen den älteren Versicherten (ab 60. Lebensjahr) **Umtarifierungsangebote** unterbreitet werden, die zu einer Beitragsreduzierung führen.

- **Standardtarif**

Älteren Versicherten steht der Wechsel in den so genannten **Standardtarif** offen. Die Leistungen dieses Tarifs liegen auf GKV-Niveau. Sein **Beitrag** darf den durchschnittlichen **Höchstbeitrag** der GKV nicht überschreiten. Für Ehepaare gilt eine Begrenzung auf 150 % des GKV-Höchstbeitrages, sofern das jährliche Gesamteinkommen die **Jahresarbeitsentgeltgrenze** nicht übersteigt. Dieser Tarif steht allen Versicherten ab dem 65. Lebensjahr offen, ab dem 55. Lebensjahr, wenn das Gesamteinkommen geringer als die Jahresarbeitsentgeltgrenze ist.

Bisher wird der **Standardtarif** nur selten in Anspruch genommen, da die Versicherten im Alter nur in Ausnahmefällen auf ihren Status als Privatpatient verzichten wollen. Im Übrigen bieten viele Unternehmen ihren Kunden Alternativen, die leistungsmäßig besser und dennoch beitragsgünstiger sind als der Standardtarif.

## >> Unternehmenseigene Steuerungselemente

Auch die Unternehmen können mit **Steuerungselementen** zum wirtschaftlichen Umgang mit Versicherungsleistungen anregen. Ein Instrument ist die **Beitragsrückerstattung**.

- Ist eine **erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung** bei Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen versprochen, hat der Versicherte darauf einen festgeschriebenen Anspruch, und zwar unabhängig vom Geschäftsergebnis des Unternehmens. Diese Form der Beitragsrückerstattung spielt eine untergeordnete Rolle.
- Die **erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung** wird dagegen häufiger eingesetzt. Sie ist davon abhängig, ob das Unternehmen Überschüsse erwirtschaftet. Weil das so ist, muss sie von Jahr zu Jahr neu beschlossen werden. Positiv ist es, wenn ein Unternehmen in der Lage ist, eine Beitragsrückerstattung schon um ein Jahr im Voraus zu deklarieren. Zu beachten ist auch, wie lange ein Unternehmen schon die Beitragsrückerstattung erbringt und ob es Reduzierungen oder Erhöhungen gegeben hat.

Die Kapitalmarktentwicklung in den letzten Jahren führte dazu, dass manche Unternehmen diese erfolgsabhängige BR reduzieren oder ganz

einstellen mussten. Dies ist letztlich auch ein Aspekt, der bei der Entscheidung für diese Form der Rückerstattung oder für garantierte Modelle Beachtung finden sollte.

**Beitragsrückerstattungen** regen dazu an, Bagatellschäden nicht regulieren zu lassen. Der Kunde bezahlt die Rechnung selbst, um seinen Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht zu gefährden. Damit werden auch die Verwaltungskosten des Unternehmens reduziert.

**Günstige Beitragsentwicklung durch finanzielle Anreize**

Die Gewährung einer **Beitragsrückerstattung** ist in der Regel von folgenden Voraussetzungen abhängig:

- Die Versicherung muss mindestens ein Kalenderjahr bestanden haben.
- Die versicherte Person muss 12 oder mehr Monate leistungsfrei gewesen sein.
- Der Tarif muss über den 30.06. des Folgejahres hinaus bestehen und im betreffenden Zeitraum ununterbrochen bestanden haben.
- Der **Beitrag** muss laufend bezahlt worden sein.

Weil immer mehr Überschüsse zur Aufstockung der **Alterungsrückstellung** nach § 12 a VAG (s. **Anhang**) verwendet werden müssen, stehen künftig weniger Mittel für **erfolgsabhängige Beitragsrückerstattungen** zur Verfügung. Nur die finanzstärksten Unternehmen werden es sich in Zukunft erlauben können, die Beitragsrückerstattung in der bisherigen Höhe aufrechtzuerhalten.

Neben den Modellen der **Beitragsrückerstattung** gibt es weitere Rückerstattungsmodelle, wie z. B. Bonifikationen, Pauschalleistungen und Rabattierungen in unterschiedlichsten Ausprägungen, jedoch häufig als echter Anspruch im Versicherungsvertrag verankert, so dass diese Leistungen vom Unternehmungserfolg und damit auch der Kapitalmarktentwicklung unabhängig sind.

Ein weiteres **Steuerungselement** ist die **Risikopolitik**. Um die Beitragsentwicklung stabil zu halten, ist eine strenge Risikopolitik erforderlich. Je besser die Risiken, die ein Unternehmen aufnimmt, desto günstiger ist die langfristige Beitragsentwicklung für den gesamten Versichertenbestand. Wenn ein Unternehmen seine Risikopolitik ändert und von einer strengen zu einer laxen Aufnahmepraxis wechselt, schadet das dem alten Versicherungsbestand.





Allein mit der materiell-inhaltlichen Flexibilität eines Versicherungsschutzes ist es nicht getan, auch die Vertragsgestaltung muss sich elastisch an geänderte Bedürfnisse des Kunden anpassen lassen. Berufliche Entwicklung und Berufswechsel, Familienplanung und Einkommensveränderungen erfordern Gestaltungsmöglichkeiten, die unabhängig vom versicherungstechnischen Risiko vertraglich zugesichert sein müssen. Je vielseitiger ein Unternehmen ist, desto besser kann es unterschiedlichen Bedarfssituationen gerecht werden.

Jeder Krankenversicherungsschutz muss wegen seiner lebenslangen Bedeutung individuellen Veränderungen angepasst werden können. Die Versicherungsunternehmen müssen die Voraussetzungen schaffen, dass der Kunde diese Anpassungen jederzeit vornehmen kann.

### >> Persönliche Veränderungen

Der Versicherungsschutz ist schon deshalb flexibel, weil er auf privatrechtlicher Basis beruht. Will der Kunde beispielsweise aus Beitragsgründen (z. B. wegen Heirat oder Familiennachwuchs) den Umfang seines Versicherungsschutzes reduzieren, kann er jederzeit auf bisher versicherte Leistungen verzichten. Umgekehrt kann er seinen Versicherungsschutz ausweiten, beispielsweise durch Wahl eines Ein-Bett-Zimmers statt des bisher versicherten Zwei-Bett-Zimmers bei stationärer Heilbehandlung. Für die Leistungsausweitung wird ein risikogerecht kalkulierter zusätzlicher **Beitrag** berechnet.

**Garantie für optimalen  
Versicherungsschutz  
in allen Lebensphasen**

Zusätzlich hat der Gesetzgeber in § 178 f VVG (s. **Anhang**) geregelt, dass beim Wechsel von einem Tarif in einen anderen mit gleichartigen Leistungen die bisher erworbenen Rechte und **Alterungsrückstellungen** angerechnet werden. Mit dieser gesetzlichen Regelung soll dem Kunden die Möglichkeit garantiert werden, seinen einmal gewählten Versicherungsschutz zu modifizieren.

Da nahezu jedes Versicherungsunternehmen eine Auswahl unterschiedlicher Tarife für differenzierte Bedarfssituationen hat, dürfte es kein Problem sein, jeweils den für die individuelle Situation richtigen Versicherungsschutz zu erhalten.

### >> Berufliche Veränderungen

Noch wichtiger ist, dass niemand aus beruflichen Gründen das Unternehmen wechseln muss, weil es dort nicht möglich ist, den Versicherungsschutz der neuen beruflichen Situation anzupassen.

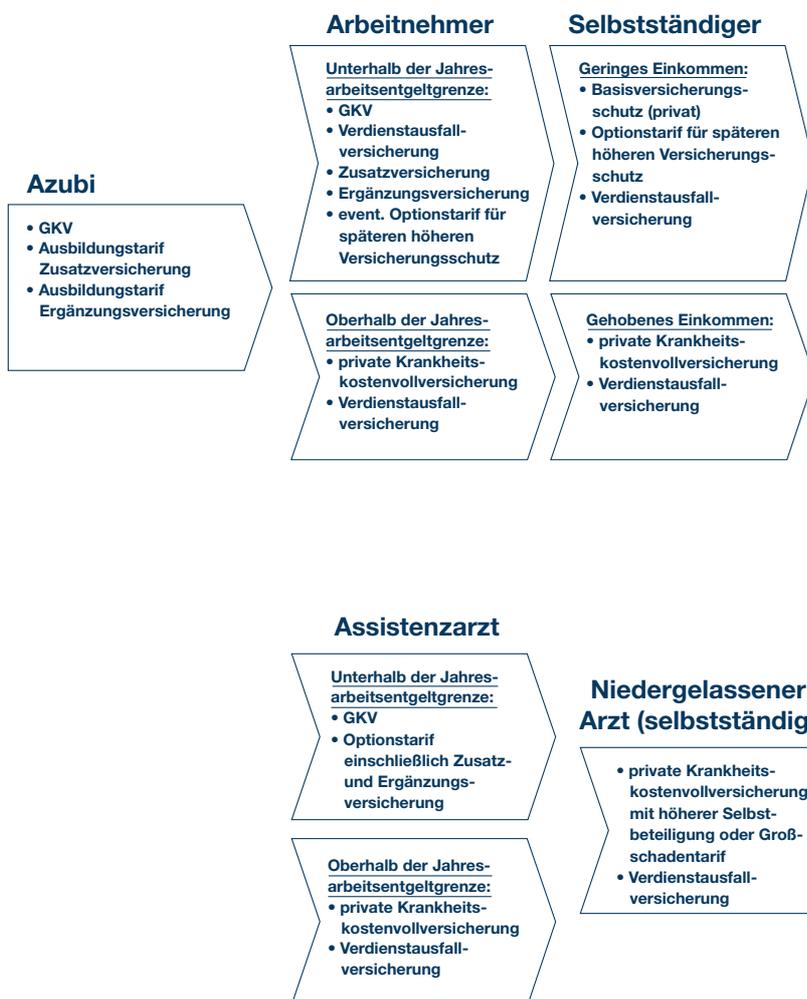
Für **Juristen** beispielsweise gilt diese **Flexibilität** vom Studenten über den Rechtsreferendar in den öffentlichen Dienst, in eine Angestellten-tätigkeit oder in die freiberufliche Tätigkeit eines Anwalts.

**Mediziner** begleitet der Versicherungsschutz von der Studienzeit bis hin zum angestellten Arzt im Krankenhaus oder zum Arzt in niedergelassener Berufsausübung.

**Existenzgründer**, die sich in jungen Jahren selbstständig machen, benötigen in dieser Phase oft nur einen Basisversicherungsschutz mit günstigen **Einstiegsbeiträgen**. Sie sollten sich aber mit **Optionstarifen**

die Möglichkeit sichern, später, wenn sie sich im Beruf etabliert haben, den Versicherungsschutz erweitern zu können.

**Flexibilität** heißt nicht nur, neuen Bedarfssituationen (Ein-Bett- statt Zwei-Bett-Zimmer, niedrigere Erstattung bei Zahnersatz statt höhere) gerecht zu werden, sondern wegen der lebenslangen Kundenbeziehung Möglichkeiten zu bieten, die für jede Lebensphase das geeignete Produkt zur Verfügung stellen.



Zu beachten ist, ob neben den **Optionstarifen** auch bedarfsgerechte **Anwartschaften** angeboten werden. Nur damit können Rechte aufrechterhalten oder erworben werden, wenn z. B. wegen eines Auslandsaufenthalts kein aktiver Versicherungsschutz im Inland erforderlich ist.

### >> Innovative Angebote der Unternehmen

**Flexibilität** zeichnet sich auch dadurch aus, dass ein Unternehmen innovativ auf Veränderungen des Marktes reagiert. Waren es vor Jahren nur die ambulante Behandlung beim Privatarzt oder die bessere Unterbringung im Krankenhaus, die im Vordergrund der Wünsche standen, sind heute weitere Kriterien maßgebend: **Alternative Heilverfahren**, bedarfsgerechte Versorgung mit **Hilfsmitteln/Heilmitteln** oder umfassende Leistungen bei Zahnersatz.

Heute sind auch neuartige Tarifkonzepte gefragt, die es dem Kunden erlauben, selbst auf seine Beitragsentwicklung Einfluss zu nehmen. Die aktive Gestaltung des Versicherungsschutzes und damit der Beitragsentwicklung steht im Mittelpunkt vieler Kundenwünsche. Die Erwartung, dass das Unternehmen dem Kunden nicht nur Versicherungsleistungen erbringt, sondern schon im Vorfeld der Behandlung behilflich ist bei der Suche nach dem richtigen Arzt bzw. Krankenhaus oder der Auswahl der richtigen **Hilfsmittel**, spielt eine wachsende Rolle.

Zur Anpassung an veränderte Lebenssituationen gehört auch, dass im **Beihilfebereich** der Versicherte seinen Versicherungsschutz sofort neuen gesetzlichen Gegebenheiten anpassen kann. Dies nicht nur durch spezielle Ergänzungstarife, sondern auch durch Umstellung in bedarfsgerechte Beihilfestufen. Schließlich müssen die fortschreitenden Einschränkungen im Beihilfebereich so abgesichert sein, dass der Beihilfeberechtigte nicht unerwartet mit unübersehbaren Krankheitskosten konfrontiert wird.

Auch beim Krankentagegeld muss jederzeit bei Veränderungen ohne **Risikoprüfung** und ohne Wartezeiten eine Anpassung an die neue Einkommenssituation möglich sein (Statuswechsel, Veränderung der Karenzzeit, Erhöhung des Einkommens).

Bei **Selbstständigen** ist es wichtig, dass bei der Bemessung des Krankentagegeldes nicht nur der Krankenversicherungsschutz, sondern auch die sonstigen Betriebsausgaben für den Fall der Krankheit abgedeckt werden.

### Resümee zum Thema Flexibilität

Solange eine berufliche Ausbildung noch nicht abgeschlossen oder nach der Ausbildung noch mit **beruflichen Veränderungen** zu rechnen ist, sollte bei Prüfung des Tarifwerks eines Unternehmens stets beachtet werden, dass die notwendige **Flexibilität** gegeben ist. Je vielseitiger ein Unternehmen ist, desto eher kann es unterschiedlichen Bedarfs-situationen gerecht werden.

Das Vorhandensein von Options- und Anwartschaftstarifen ist zu prüfen, ebenso die Anpassungsmöglichkeit von Krankentagegeldern.

Wichtig ist auch, mit dem Kunden darüber zu sprechen, ob für ihn Tarife das Richtige sind, die ihm viele Einflussmöglichkeiten einräumen, oder Tarife, die wenig Gestaltungsspielraum lassen.



## Kundenorientierung als Versicherungsleistung >> 77

>>

Bekanntlich endet auch in der Krankenversicherung die Beratung und Betreuung nicht mit der Unterschrift des Kunden unter den Antrag. In der weiteren Vertragsbeziehung eröffnet sich ein weites Betätigungsfeld, zusätzlich zur versicherten Tarifleistung als kompetenter und hilfsbereiter Partner in allen Gesundheitsfragen effektive Hilfe zu bieten.

Neben dem „**Kernversicherungsschutz**“ bieten die meisten Versicherungsunternehmen heute auch zusätzliche Serviceleistungen und weisen in Werbeaussagen häufig auf einen optimalen Service hin.

### >> Beratungsservice

Die **Continentale-Studie** bestätigt, dass Kunden selbst dann noch über wesentliche Aspekte ihres Versicherungsvertrages nicht informiert sind, wenn sie schon seit Jahren privat versichert sind.

Ein umfassender **Beratungsservice** ist deshalb unverzichtbar. Er endet nicht bei Abschluss des Versicherungsvertrages, sondern muss sich fortsetzen in verständlichen Policen sowie klaren **Versicherungs-** und **Tarifbedingungen**.

Zum **Beratungsservice** gehört eine regelmäßige **Information der Kunden** über verschiedene Themenbereiche, etwa zum Abrechnungssystem der **Ärzte**, zum Verhalten gegenüber Ärzten, zur Inanspruchnahme von **Hilfsmitteln**, zu den Vorkehrungen bei längeren Auslandsaufenthalten oder Aufenthalten in tropischen Ländern.

Der **Beratungsservice** wird einmal durch den Vertriebspartner erbracht, zum anderen auch durch das Unternehmen, etwa durch Informationschriften/Kundenzeitschriften.

Der Kunde muss auch die Möglichkeit haben, sich jederzeit persönlich fachmännisch beraten zu lassen. Eine Organisationsform, die es dem Kunden erlaubt, relativ einfach Informationen vom Spezialisten einzuholen, ist ein wichtiger Faktor der **Kundenorientierung**.

### >> Leistungsservice

Wie die **Continentale-Studie** zeigt, haben viele potenzielle PKV-Kunden Bedenken, zur PKV zu wechseln, da sie die Gefahr sehen, jeden Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt vorfinanzieren zu müssen. Um diese Angst auszuräumen, müssen die Unternehmen garantieren, dass vollständige Rechnungen in einem angemessenen Zeitraum (normalerweise eine Woche) erstattet werden.

Unabhängig von der Erstattungszeit gehört zum **Leistungsservice** auch, dass jeder Kunde die Möglichkeit hat, schon im Vorfeld einer Leistungserstattung mit seinem Unternehmen darüber zu sprechen, ob die Rechnung vom **Arzt** richtig erstellt worden ist.

Dass ein Unternehmen, das **Beitragsrückerstattungen** gewährt, bei der Einreichung von Rechnungen klärt, ob es für den Kunden günstiger ist, die Leistung zu erstatten oder besser die Beitragsrückerstattung in Anspruch zu nehmen, sollte ein selbstverständlicher Service sein.

Ein Kunde sollte auch zumindest einmal im Jahr einen Hinweis erhalten, wie hoch seine **Beitragsrückerstattung** ist, wenn er keine Leistungen in Anspruch nimmt.

Bei Bedarf von **Hilfsmitteln** sollte der Kunde eine entsprechende Beratung von seinem Unternehmen erhalten. Auch dass die Auslieferung von Hilfsmitteln mit Einweisungsmaßnahmen begleitet wird, müsste selbstverständlich sein.

Schließlich ist eine **Rundum-Erreichbarkeit** in Notfällen wesentlicher Bestandteil des **Leistungsservice**.

### >> **Beschwerdemanagement**

Viele Unternehmen haben losgelöst von den Fachabteilungen ein eigenes **Beschwerdemanagement** geschaffen. Damit ist sichergestellt, dass nicht derjenige, über den der Kunde sich beschwert, die Beschwerde beantwortet, sondern eine unabhängige Instanz.

Häufig wird empfohlen, darauf zu achten, wie hoch die **Beschwerdequote** eines Unternehmens nach der jährlich von der **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht** veröffentlichten Beschwerdestatistik ist. Eine niedrige Quote gilt als Indiz für die Servicefreundlichkeit eines Unternehmens. Unternehmen, die eine strenge **Risikopolitik** betreiben oder ihr Schadenmanagement effektiv einsetzen, können unter Umständen höhere Beschwerdezahlen haben, ohne dass dies ein Hinweis auf mangelnden Kundenservice ist.

Häufig wird **Zusatznutzen** als besondere Leistung eines Unternehmens herausgestellt. Dabei ist zu unterscheiden, ob dieser nur einen optischen Aspekt darstellt oder ob er einen materiellen Gehalt für den Kunden besitzt. Auch darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass der Zusatznutzen mit in die **Beitragskalkulation** einfließt, also den **Beitrag** verteuert. Umgekehrt kann ein sinnvoller Zusatznutzen die Qualität der gesundheitlichen Versorgung verbessern und möglicherweise auch Kosten (und damit auch Beiträge) stabil halten, u. U. sogar senken.

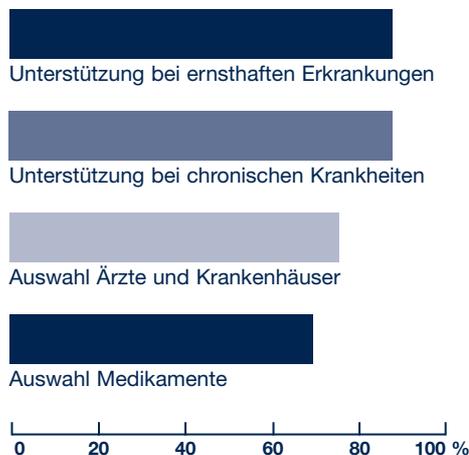
### >> Managed Care

In der Öffentlichkeit wird immer stärker betont, wie wichtig es ist, dem Patienten Hilfestellung zu geben, die für ihn sinnvollsten Versorgungsangebote zu finden (**Managed Care**). Dabei geht es um die laufende Unterstützung bei chronischen Erkrankungen (Disease-Management) oder speziellen schwer wiegenden Einzelfallerkrankungen (Case-Management). Ziel von Managed Care ist es, die optimale Behandlung und die notwendigen Anschlussheilbehandlungen sicherzustellen.

Für einen Außenstehenden ist es schwierig festzustellen, welches Unternehmen tatsächlich seinen Kunden effektive Hilfestellungen anbietet. Verschiedene Unternehmen haben sich zum Beispiel zusammengeschlossen, um gemeinsam Managed-Care-Maßnahmen sicherzustellen. Es geht dabei um Disease-Management, das Case-Management sowie die spezielle Versorgung und den günstigsten Einkauf von **Hilfsmitteln**.

Das Thema **Managed Care** muss auch unter dem Aspekt gesehen werden, nicht nur dem Kunden zu helfen, sondern durch ein gezieltes Patientenmanagement schon vor bzw. bei Behandlungsbeginn zu vermeiden, dass überflüssige Mehrfach- und Parallelbehandlungen durchgeführt werden, die nicht nur unter Kosten-, sondern auch unter Qualitätsaspekten problematisch sind. Managed Care sucht die optimale und dabei kostengünstigste Behandlungsmethode, trägt also dazu bei, dass die Gesundheitskosten insgesamt nicht zu stark steigen und die Versicherungsgemeinschaft mit einer vernünftigen Beitragsentwicklung rechnen kann. Eine sinnvolle Umsetzung von Managed-Care-Aktivitäten setzt jedoch voraus, dass auch der Kunde bereit ist, entsprechende Angebote anzunehmen bzw. dass dem Anbieter als dem Versicherer entsprechende Kompetenz zugewiesen wird.

#### Interesse an Unterstützung durch Krankenkassen und Versicherer



Wie die, von der Continental in Auftrag gegebene repräsentative TNS Emnid-Umfrage\* zeigt, ist ein grundsätzliches Interesse der Bevölkerung am Thema **Managed Care** vorhanden. Ganz pauschal gefragt gaben 91 Prozent der Deutschen an, sie seien an Betreuung bei chronischen Krankheiten oder an der Organisation der Behandlung ernsthafter Erkrankungen interessiert. Im Rahmen der Studie hatte die Continental die Bevölkerung dann aber auch gefragt, wie viel Mehrbeitrag in der Krankenversicherung sie für Beratungsangebote zahlen würden. Zur Erläuterung: Ein Mehrbeitrag ist zwar nicht geplant, gilt aber in der Meinungsforschung als wichtiger Indikator für ein ernsthaftes Interesse an einem Angebot.

\* Continentale-Studie 2001: Die Deutschen und ihr Gesundheitssystem Teil III Managed Care

Das Ergebnis: Nur 9 Prozent der Deutschen würden 20 Mark oder mehr für Beratungsangebote ausgeben. Angesichts der immer intensiveren öffentlichen Diskussion über dieses Thema muss dieses Ergebnis überraschen.

Abgesehen vom nur oberflächlich vorhandenen Interesse gibt es für **Managed Care** ein zentrales Problem: Die Bürger müssen den Versicherern im hohen Maß vertrauen. Dieses Vertrauen ist zurzeit in dem erforderlichen Ausmaß nicht erkennbar, die Einstellung der Bevölkerung ist allenfalls diffus. Wenn es um die Motivation der Versicherer für Angebote im Bereich Managed Care geht, ist die Meinung der Deutschen eindeutig: 73 % sind der Ansicht, den Versicherern gehe es in erster Linie um Kosteneinsparungen. Wenn man den Versicherern unterstellt, Geld sparen zu wollen, ist das an sich nicht einmal negativ, entscheidend ist dann der Verwendungszweck. Und genau hier haben die Deutschen gar keine Vorstellung. Ob Beitragssenkung, Serviceverbesserung oder bessere Bezahlung der Mitarbeiter, die Bevölkerung hält alles für ähnlich möglich.

Den aus diesen Ergebnissen erkennbaren Aufklärungsbedarf sollte der Berater als persönlichen Auftrag verstehen und den Kunden über die Thematik **Managed Care** informieren. Für den Kunden ist es wichtig zu wissen, dass der Leistungsumfang seiner Krankenversicherung vertraglich garantiert ist und es daher nicht um Einschränkungen zu Lasten der Versicherten geht, vielmehr ist das Ziel die Optimierung der Versorgung. Eine daraus resultierende beitragsstabilisierende Wirkung nutzt dem Kunden, dem Vermittler und dem Versicherungsunternehmen gleichermaßen. Der Berater sollte gegebenenfalls auch entsprechende Anfragen an das Versicherungsunternehmen richten, ob die Grundsätze des Managed Care Eingang in die Unternehmensphilosophie gefunden haben, und zwar unter dem Aspekt einer konkreten, nachvollziehbaren Hilfestellung. Dabei sollten auch die Erkenntnisse, die die von der Continentale in Auftrag gegebene Studie zum Gesundheitswesen\* ergeben hat, berücksichtigt werden.

\* Continentale-Studie 2001: Die Deutschen und ihr Gesundheitssystem  
Teil III Managed Care

**Bereitschaft, für Beratungsangebote zu bezahlen**



**Einsatz eingesparter Mittel in der PKV**



## >> Assistance-Leistungen

In Notsituationen erwartet jeder Kunde Hilfestellung, gerade auch von seinem Versicherungsunternehmen.

Befindet sich ein Kunde z. B. im Ausland und ist dort auf einen Krankenhausaufenthalt dringend angewiesen, benötigt er einen Ansprechpartner, der sich mit den örtlichen **Ärzten** sprachlich auseinandersetzen kann. Wichtig ist auch, ob sich in der Nähe ein geeignetes Krankenhaus befindet. Falls nicht, muss ein Rücktransport in die Heimat organisiert werden.

## 82 >> Kundenorientierung

**Assistance-Leistungen** für den Auslandsaufenthalt sind heute für viele Unternehmen selbstverständliche Bestandteile eines privaten Krankenversicherungsschutzes.

Wichtig ist auch, dass ein Versicherer seinem Kunden Empfehlungen für den Aufenthalt in bestimmten Ländern, abgestimmt auf seine spezielle Gesundheitssituation, geben kann. Eine Urlaubsberatung unter dem Gesichtspunkt der Vorbeugung sollte zu den Standards von **Assistance-Leistungen** gehören.

Das Feld der **Assistance-Leistungen** wird immer umfangreicher. Entscheidend für die Beurteilung ist, ob die angebotenen Assistance-Leistungen dem Kunden tatsächlich effektive Hilfe geben. Eine Anfrage bei den einzelnen Unternehmen führt hier weiter. Der Berater kann auch entsprechende Broschüren von den Unternehmen anfordern.

### >> Gesundheitsmanagement

Immer mehr Kunden versuchen, selbst Einfluss auf die Beitragsgestaltung zu nehmen. Damit sie das effektiv tun können, ist ein Unterstützungsservice des Unternehmens notwendig. Ein derartiges **Gesundheitsmanagement** umfasst Informationsmaterialien für den Kunden, etwa über Stressbewältigungsprogramme, Ernährungsberatung, Rückenschule und Ähnliches. Einige Unternehmen bieten auch in Zusammenarbeit mit Sportinstituten spezielle Kurse zu den genannten Themen an.

#### Resümee zum Thema *Kundenorientierung*

Das Feld „**Zusatznutzen**“ ist für den Kunden äußerst weit und breit gefächert. Für den Berater ist es sinnvoll, zunächst die Gesamthematik mit dem Kunden zu besprechen und dessen Interesse daran zu klären.





|  |            |
|--|------------|
| <b>Kurzvita des Expertenbeirats</b><br>Dr. iur. utr. Peter Ollick, Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der<br>Schulenburg, Arno Surminski, Prof. Dr. Jürgen Wasem | <b>86</b>  |
| <b>Die Continentale-Studien</b>  | <b>87</b>  |
| <b>Informationen für die Praxis</b>  | <b>88</b>  |
| <b>Gesundheitsreform 2000</b><br>Zusammenstellung der wichtigsten Gesetzes-<br>änderungen, die Auswirkungen auf die PKV<br>haben                             | <b>89</b>  |
| <b>Systemunterschiede GKV - PKV</b>  | <b>92</b>  |
| <b>Leistungsunterschiede GKV - PKV</b>   | <b>94</b>  |
| <b>GKV-Versicherungsschutz</b><br>Übersicht über dessen Entwicklung  | <b>102</b> |
| <b>Informationsblatt des Bundesaufsichtsamtes<br/>für das Versicherungswesen (BaFin)</b>   | <b>104</b> |
| <b>Gegenüberstellung der Beitragsberechnung<br/>in der GKV für Rentner</b>   | <b>106</b> |
| <b>Berechnungsmuster des Jahresarbeitsentgeltes</b>  | <b>107</b> |
| <b>Wechseltermine GKV/PKV</b>  | <b>108</b> |
| <b>Synopse Mutterschutz und Erziehungsurlaub</b>   | <b>110</b> |
| <b>Standardtarif</b>   | <b>114</b> |
| <b>Vergleiche Ratings/Rankings (Übersicht)</b>   | <b>120</b> |
| <b>Auszug aus dem PKV-Kennzahlenkatalog</b>  | <b>122</b> |
| <b>Gesetzestexte/Bedingungen</b><br>(Auszug aus SGB, VAG, VVG, MB/KK, MB/KT, MB/PPV),<br>KaiV  | <b>132</b> |
| <b>Stichwortverzeichnis</b>  | <b>141</b> |

- >> **Dr. iur utr. Peter Ollick\***, Jahrgang 1937, studierte Rechtswissenschaft in Berlin und Würzburg. Sein erstes Staatsexamen legte er 1960 in Würzburg und sein zweites 1965 in Berlin ab, 1967 promovierte er zum Dr. iur. utr. in Würzburg. Herr Dr. Ollick begann 1966 seine Tätigkeit für das Bundesaufsichtsamt für Versicherungswesen, dessen ständiges Mitglied er ab 1974 war. 1986 übernahm er dort die Leitung der Abteilung Krankenversicherung und wurde 1990 Abteilungspräsident. Mitte 2002 trat er in den Ruhestand. Herr Dr. Ollick kommentierte eine Vielzahl von Versicherungsbedingungen und ist Mitautor der Loseblattsammlung „Quellen zum Individualversicherungsrecht“.
- >> **Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg\***, Jahrgang 1950, ist Ordinarius für Betriebswirtschaftslehre und Direktor des Instituts für Versicherungsbetriebslehre an der Universität Hannover sowie ordentliches Mitglied der Akademie der Wissenschaften und der Literatur zu Mainz. Prof. Schulenburg ist u.a. für seine gesundheitsökonomischen Untersuchungen bekannt, die sich nicht zuletzt in einer Reihe von Buchveröffentlichungen niedergeschlagen haben, wie z. B. „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“, „Health Maintenance Organizations“ oder auch „Die demografische Herausforderung“. Neben seiner Tätigkeit als Mitherausgeber vieler Zeitschriften, darunter „Health Economics“, ist Prof. Schulenburg auch Mitglied des Vorstandes des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health. Viele Ehrungen und Auszeichnungen bestätigen den prägenden Einfluss auf unser Gesundheitswesen.
- >> **Arno Surminski\***, Jahrgang 1934, ist nicht nur als Autor viel gelesener Bücher, vornehmlich auf dem Hintergrund seiner ostpreußischen Heimat, wie z. B. „Jokehnen“, weithin bekannt. Als Wirtschaftsjournalist ist er durch seine äußerst sachkundigen, aber auch kritisch hinterfragenden und ausleuchtenden Betrachtungen der deutschen Versicherungsbranche eine allseits anerkannte Persönlichkeit und letztlich schon eine aus der Versicherungslandschaft nicht mehr hinweg zu denkende Institution.
- >> **Prof. Dr. Jürgen Wasem\***, Jahrgang 1959, ist Inhaber des Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen. Durch eine Vielzahl von Veröffentlichungen zum Gesundheitsbereich, aber auch zu anderen Themen, wie z.B. Ratings und Rankings, wurde Prof. Wasem nicht nur einem breiten Fachpublikum bekannt. Darüber hinaus ist er in verschiedenen Gesundheitsausschüssen, wie z.B. dem Ausschuss für Gesundheitsökonomie und für Sozialpolitik, vertreten. Gerade in letzter Zeit wurde Prof. Wasem durch seine die Krankenversicherungslandschaft beeinflussende Funktion als Vorsitzender der von der Bundesregierung eingesetzten unabhängigen Expertenkommission „PKV und ältere Versicherte“ sowie als Mitglied der Herzog-Kommission auch der allgemeinen Öffentlichkeit bekannt.

\* vgl. auch [pkv-ratgeber.de](http://pkv-ratgeber.de)

Wie gut sind die Deutschen über ihr Gesundheitswesen informiert? Was wissen sie beispielsweise über Zusatzversicherungen und wie viel Geld würden Sie dafür ausgeben? Und vor allem: Wie zufrieden sind die Menschen mit dem Gesundheitssystem? Die Antworten auf diese Fragen ermittelt die Continentale seit 2000 mit ihrer jährlich durchgeführten, repräsentativen Continentale-Studie.

In Zusammenarbeit mit dem renommierten Meinungsforschungsinstitut TNS Emnid erforscht der Versicherungsverband seit fünf Jahren kontinuierlich die Einstellung der Bevölkerung zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in Form einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. Hierzu wird die Meinung von durchschnittlich 1.300 Menschen zu verschiedenen Schwerpunktthemen eingeholt. Einzelne, wichtige Fragen werden jedes Jahr gestellt, zum Beispiel: „Wie zufrieden sind Sie mit dem Gesundheitswesen?“.

Die Continentale ist somit in der Lage, Vermittlern wichtige, objektive Basisinformationen über ihre Kunden zur Verfügung zu stellen. Denn aktuelle Themen wie die Bedeutung von Zusatzversicherungen oder die von Kooperationen zwischen GKV und PKV werden kurzfristig aufgegriffen, während sich abzeichnende, langfristige Trends frühzeitig erkannt werden können.

Detaillierte Informationen bieten folgende Broschüren:

Continentale-Studie 2000:  
Informiertheit und Kriterien zur PKV und GKV

Continentale-Studie 2001:  
Die Deutschen und ihr Gesundheitssystem

Continentale-Studie 2002:  
Zusatzversicherung und GKV: Die Einstellung der Bevölkerung

Continentale-Studie 2003:  
Zusatzversicherung: Leistung im Mittelpunkt

Continentale-Studie 2004:  
Die Deutschen und ihr Gesundheitssystem: Unzufriedenheit und Ängste

Continentale-Studie 2005:  
Versicherungsvergleiche – Anhänger und Kritiker

Die Broschüren sind über die Außendienstberatung der Continentale erhältlich. Ihre zuständige Maklerdirektion finden Sie unter <http://www.contactm.de>. Die Continentale-Studien stehen darüber hinaus als Download unter <http://www.continentale.de/continentale-studien> zur Verfügung.

## 88 >> Informationen für die Praxis

Die statistischen Erhebungen der Continentale-Studien bieten Vermittlern wichtige, objektive Erkenntnisse über die Bedürfnisse ihrer Kunden. Eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse aller Studien samt handfester Tipps für die Kundenberatung bietet die Broschüre „Informationen für die Praxis“ – denn nicht jeder hat Zeit und Lust, sich intensiv mit den Auswertungen der Bevölkerungsbefragungen auseinander zu setzen.

Auf 40 Seiten bietet „Informationen für die Praxis“ Antworten auf viele konkrete Fragen, die Vermittler sich stellen – wie: „Welche Kriterien sind den Interessenten beim Abschluss einer Krankenvollversicherung wichtig?“ Oder: „Welche Leistungsarten sind bei privaten Zusatzversicherungen besonders wichtig?“ Die Antworten ergeben sich aus der Interpretation der Bevölkerungsbefragungen, aus denen sich darüber hinaus auch weiterführende Hinweise für das Beratungsgespräch ableiten lassen. Denn wenn die Continentale-Studien beispielsweise beim Thema Zusatzversicherung zeigen, dass sich junge Menschen wenig für stationäre Leistungen interessieren, ältere aufgrund von eigenen Erfahrungen im Krankenhaus aber umso mehr, heißt dies für die Beratung: Jüngeren Menschen sollte man deutlich machen, dass stationäre Leistungen zwar für viele Menschen erst im Alter als sehr wichtig empfunden werden, aber dann nicht mehr abschließbar sind. Also müssen sie in jungen Jahren versichert werden.

Die Broschüre „Informationen für die Praxis“ mit vielen weiteren Tipps wird jährlich aktualisiert und kann unter <http://www.continentale.de/praxis> bestellt werden. Auch die Außendienstberatung der Continentale hilft gerne weiter. Ihre zuständige Maklerdirektion finden Sie unter <http://www.contactm.de>.

## 1. Änderung

Einführung einer Verpflichtung für die PKV, Versicherte, die ihre PKV gekündigt haben und zur GKV wechseln, zu den alten Bedingungen wieder aufzunehmen, falls die Versicherung in der GKV nicht zustande kommt (§ 5 Abs. 10 SGB V).

### **Auswirkung:**

In diesen Fällen wird nicht der risikogerechte Beitrag erhoben, die Neuregelung bedeutet also praktisch eine kostenlose Anwartschaftsversicherung.

## 2. Änderung

Statuierung der absoluten Versicherungsfreiheit für Personen nach Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn sie in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht mindestens 2,5 Jahre versicherungspflichtig in der GKV waren (§ 6 Abs. 3 a SGB V).

**Die 55-Jahres-Grenze gilt nicht, wenn Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von ALG II eintritt.**

### **Auswirkung:**

Festigung der Position der PKV im System der gegliederten Krankenversicherung.

## 3. Änderung

Für PKV-versicherte Ehefrauen keine beitragsfreie Mitversicherung mehr in der GKV des Ehepartners für die Dauer der Schutzfristen des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit (§ 10 Abs. 1 S. 3 SGB V).

### **Auswirkung:**

Ggf. Dämpfung des Neugeschäfts bei Frauen, aber auch Stärkung der klaren Abgrenzung zwischen GKV und PKV.

## 4. Änderung

Erweiterung des zugangsberechtigten Personenkreises für den Standardtarif (§ 257 Abs. 2 a SGB V):

- Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und deren jährliches Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt, können bei vorliegender Vorversicherungszeit beitreten.
- Rentner bzw. Pensionäre bei Erfüllung der Vorversicherungszeit und einem Gesamteinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- Beihilfeberechtigte Personen mit Vorversicherungszeit
- Behinderte Beamte ohne Risikozuschlag und ohne Vorversicherungszeit

- Begrenzung des Höchstbeitrages für Ehegatten auf 150 % des durchschnittlichen Höchstbeitrages der GKV, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt.

Ergänzend hierzu werden die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte dahingehend geändert, dass bei Standardtarif-Versicherten nur das 1,7-fache des einfachen Satzes der Gebührenordnungen liquidiert werden darf.

**Auswirkung:**

Erhöhung des Finanzbedarfs für den Standardtarif, aber auch Stärkung der Abgrenzung zwischen GKV und PKV und verstärkte Sicherheit im Alter.

### 5. Änderung

10 % Beitragszuschlag für die substitutive Krankheitskostenversicherung mit Widerspruchsrecht für den Bestand.

**Auswirkung:**

Höherer Beitrag im Alter zwischen 21 und 60 Jahren, aber auch eine weitgehende Beitragsstabilität im Alter, ein Abbau der Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der PKV sowie ein Rückgang der Anzahl der Wechsler innerhalb der PKV.

### 6. Änderung

Erhöhung der Zuführung der über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge von 80 % auf 90 %. Wegfall der Begrenzung auf 2,5 % der jeweiligen Alterungsrückstellung.

**Auswirkung:**

Verstärkte Beitragsentlastung im Alter, aber ggf. auch weniger Geld für Beitragsrückerstattungen.

### 7. Änderung

Erweiterung der Rechte des mathematischen Treuhänders bei Einsatz von RFB-Mitteln.

**Auswirkung:**

Stärkere Einflussmöglichkeit durch die mathematischen Treuhänder.

## 8. Änderung

Befristung des Testats für den Arbeitgeberzuschuss auf 3 Jahre.

### **Auswirkung:**

Höherer Verwaltungsaufwand, aber auch die Sicherheit, dass das Testat aktuell ist.

## 9. Änderung

Unzulässigkeit einer Beitragsanpassung, wenn die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend berücksichtigt waren und der verantwortliche Aktuar dies hätte erkennen müssen.

### **Auswirkung:**

Für ein ordnungsgemäß kalkulierendes Unternehmen keine Auswirkungen, Warnfunktion insbesondere für junge PKV-Unternehmen.

## 10. Änderung

Ergänzungen der Verbraucherinformation:

- Hinweis darauf, dass eine Rückkehr in die GKV in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist.
- Für die substitutive Krankenversicherung bei Prämien erhöhungen Hinweis auf das Umstufungsrecht unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung. Darüber hinaus bei Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, Hinweis auf eine konkrete Umstufungsmöglichkeit unter Angabe der möglichen Neuprämie bei einer Beitragsanpassung.
- Vor Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages ist vom VN der Empfang eines amtlichen Informationsblattes des BaFin zu bestätigen, welches über die verschiedenen Prinzipien von GKV und PKV aufklärt.

### **Auswirkung:**

Erhöhter Verwaltungsaufwand für die PKV. Der sinnvolle Verbraucherschutz wird z. T. übertrieben.

### 1. In der PKV ist jeder freiwillig versichert

#### GKV

In der GKV sind die meisten Mitglieder pflichtversichert. Insbesondere Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 3.900 Euro im Monat (Stand 2005) haben keine Wahl. Sie müssen Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse sein und können lediglich unter den gesetzlichen Krankenkassen wählen.

Wer mehr verdient, kann zur PKV wechseln. Außerdem haben Beamte, Selbstständige und Freiberufler die Möglichkeit, sich privat zu versichern, und zwar unabhängig vom Einkommen.

Wer von der GKV zur PKV wechselt, der ist an diese Entscheidung gebunden. Eine Rückkehr zur GKV ist grundsätzlich ausgeschlossen. Ausnahmen bestehen beispielsweise bei Arbeitslosigkeit oder wenn das Gehalt zu einem späteren Zeitpunkt die Bemessungsgrenze unterschreitet, jedoch bleiben Personen nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungsfrei, wenn sie in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht mindestens 2,5 Jahre versicherungspflichtig in der GKV waren (§ 6 Abs. 3 a SGB V).

#### PKV

Die PKV kennt nur freiwillig Versicherte; sie muss sich daher am Markt behaupten und durch ihr Leistungsangebot und durch ihre Beiträge überzeugen.

### 2. In der PKV sind Sie selbst Vertragspartner Ihres Arztes oder im Krankenhaus

#### GKV

In der GKV gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip. Die Versicherten können unter den Vertragsärzten und z. B. auch Masseuren wählen. Sie erhalten keine Rechnungen. Alle Leistungen werden unmittelbar von der Krankenkasse bezahlt. Zahlreiche Zuzahlungen sind allerdings direkt in bar zu entrichten. Eine Ausnahme hierzu stellt seit dem 1.01.2005 der Zahnersatz dar. (s.h. Seite 98)

#### PKV

In der PKV sucht sich der Versicherte selbst seinen Arzt, sein Krankenhaus oder seinen Masseur aus. Der Behandlungsvertrag wird zwischen ihm und seinem Arzt, Krankenhaus oder sonstigen Heilbehandlern geschlossen. Er erhält für alle Leistungen eine Rechnung, die er selbst überprüfen kann und die die Grundlage für die Kostenerstattung seines PKV-Unternehmens ist.

### 3. In der PKV wird jede Person einzeln und individuell nach ihrem Bedarf versichert.

#### GKV

In der GKV können Familienmitglieder unter bestimmten Bedingungen beitragsfrei mitversichert werden. Minderjährige Kinder sind grundsätzlich mitversichert. Der nicht erwerbstätige Ehegatte ist nur dann kostenfrei mitversichert, wenn er über kein oder nur ein minimales eigenes Einkommen (maximal 345 Euro, Stand 2005) verfügt. Der Leistungskatalog

einer gesetzlichen Krankenkasse ist, von wenigen Ausnahmen abgesehen, einheitlich festgelegt. Eine individuelle Erweiterung des Versicherungsschutzes kann durch den Abschluss privater Zusatzversicherungen erreicht werden.

In der PKV gilt der Grundsatz der individuellen Versicherung. Für jede Person wird ein eigener Versicherungsvertrag mit einem eigenen Beitrag abgeschlossen. Dafür kann der Umfang des Versicherungsschutzes – vom Basis- bis zum Spitzenschutz – jeweils individuell bestimmt werden.

PKV

#### 4. Die private Krankenversicherung berechnet die Beiträge nach dem Äquivalenzprinzip.

Die Beiträge in der GKV werden abhängig vom Einkommen berechnet (bis zur Beitragsbemessungsgrenze). Ein Bezug zum versicherten Leistungsumfang besteht grundsätzlich nicht. Zur Verkleinerung von Beitragssatzunterschieden zwischen den einzelnen Krankenkassen gibt es einen Risikostrukturausgleich, der den Beitragssatz einzelner Krankenkassen zuweilen in Milliardenumfang zugunsten anderer Krankenkassen belastet.

GKV

Maßgeblich in der PKV sind das Alter und der Gesundheitszustand zu Beginn der Versicherung sowie das Geschlecht und der Umfang des gewählten Versicherungsschutzes. Grundsätzlich gilt, je früher jemand zur Privatversicherung wechselt, desto günstiger ist der Beitrag. Je umfassender der gewählte Versicherungsschutz, desto höher ist auch der Beitrag.

PKV

#### 5. In der PKV wird Vorsorge für das Alter gebildet.

Die GKV arbeitet nach dem Umlageverfahren. Hier müssen Junge durch ihren Beitrag die höheren Gesundheitskosten für Ältere mitfinanzieren. Bereits 1995 waren die Beiträge junger Versicherter mit 52 Mrd. DM zusätzlich belastet für die höheren Gesundheitskosten der Rentner.

GKV

Mit dem Alter steigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dies führt zwangsläufig zu höheren Gesundheitskosten. Der sich schrittweise verändernde Altersaufbau der Bevölkerung wird zu weiteren Belastungen führen. Heute ist jeder fünfte Bundesbürger älter als 60 Jahre; im Jahr 2030 wird jeder dritte Bürger älter als 60 Jahre sein. Deshalb sorgt die PKV vor. Sie bildet so genannte Alterungsrückstellungen zur Verminderung der Beiträge im Alter. Die Gesamthöhe der von der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen betrug Ende 1999 mehr als 101 Mrd. DM.

PKV

### 1. Ärztliche Behandlung

#### GKV

Eine Behandlung ist nur durch Vertragsärzte und Vertragszahnärzte möglich. Seit dem 1. Januar 2004 muss jeder GKV-Versicherte bei einem Arzt- und Zahnarztbesuch eine „Praxisgebühr“ von 10 Euro pro Quartal bezahlen. Das gilt für die erstmalige Inanspruchnahme eines Arztes. Wer mehrfach zum selben Arzt oder mit Überweisung zu weiteren Ärzten geht, braucht die „Praxisgebühr“ nicht noch einmal zu bezahlen. Da die Versicherten Leistungen und Dienste ihrer Krankenkasse als Sachleistung erhalten, müssen sie jeweils zum Quartalsbeginn ihrem Arzt oder Zahnarzt die Versichertenkarte vorlegen. Maßstab ihrer Behandlung ist stets das Wirtschaftlichkeitsgebot, d. h. die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Ebenfalls können GKV-Versicherte seit dem In-Kraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 frei zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip wählen.

#### PKV

Der Versicherte kann sich den Arzt oder Zahnarzt vollständig frei, auch unter den rein privat praktizierenden Ärzten, aussuchen, der ihn ambulant behandeln soll. Auch der Chefarzt im Krankenhaus steht ihm, auch für die ambulante Behandlung, zur Verfügung. Er kann ohne Überweisung jederzeit einen Facharzt aufsuchen. Für die Behandlung stellt ihm sein Arzt oder Zahnarzt eine Rechnung aus, die an den Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte bemessen ist. Als Patient muss er die Rechnung, die er von seinem Versicherungsunternehmen im tariflichen Umfang für medizinisch notwendige Leistungen erstattet bekommt, erst dann bezahlen, wenn sie sachlich und rechnerisch insgesamt korrekt ist. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, Rechnungen auch zunächst unbezahlt zur Erstattung einzureichen.

### 2. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

#### GKV

In der GKV erhalten Versicherte auf Kassenrezepte die vom Arzt verordneten Medikamente. Beim Kauf in der Apotheke müssen sie Zuzahlungen leisten, es sei denn, sie sind unter 18 Jahre oder als Sozial- oder Härtefall davon befreit. Pro Arznei- und Verbandmittel müssen 10 % des Abgabepreises, mind. 5 Euro, max. 10 Euro zugezahlt werden. GKV-Versicherte können alle medizinisch notwendigen, ärztlich verordneten Heilmittel wie z. B. Krankengymnastik und Massagen in Anspruch nehmen. Für Heilmittel sind pro Verordnung 10 Euro sowie 10 % der Kosten des Heilmittels zu leisten. Für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie ist eine Zuzahlung von 10 % der Kosten, mind. 5 Euro, max. 10 Euro zu zahlen. Die Versicherten haben Anspruch auf die medizinisch erforderlichen, ärztlich verordneten Hilfsmittel, wie z. B. Körperersatzstücke und Hörhilfen, einschließlich notwendiger Änderungen, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung. Zu Sehhilfen zahlt ihnen ihre Krankenkasse keinen Zuschuss mehr. Die Gesamtsumme an Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie für Fahrtkosten ist nach

oben begrenzt auf maximal zwei Prozent des Bruttoeinkommens. Für Familienmitglieder werden Freibeträge angerechnet. Chronisch Kranke haben maximal ein Prozent ihres Einkommens an Zuzahlungen zu leisten.

Soweit dem Privatversicherten von seinem Arzt Arznei-, Verband- und Heilmittel verordnet werden, werden ihm die Kosten von seiner Versicherung erstattet, sofern es sich um von der Schulmedizin überwiegend anerkannte Mittel bzw. um Mittel der „Alternativmedizin“ handelt, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Zum Versicherungsschutz gehören selbstverständlich auch Hilfsmittel wie sie nach Art und Umfang im Tarif näher bestimmt werden. Erstattet werden in der Regel die gezahlten Preise. Für Brillen und Kontaktlinsen enthalten die Tarife jeweils genaue Regelungen darüber, bis zu welchen Höchstpreisen z. B. die Kosten für Brillengestelle übernommen werden.

PKV

### 3. Heilpraktiker

Im Allgemeinen keine Leistungen.

Der Versicherungsschutz umfasst auch Leistungen des Heilpraktikers, soweit der Tarif hier nicht ausdrücklich etwas anderes vorsieht. Geleistet wird dabei auch für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden, soweit in der Praxis zumindest Erfahrungswerte über eine ähnliche Wirksamkeit vorliegen.

GKV

PKV

### 4. Krankenhaus

Der Versicherte hat Anspruch auf stationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel z. B. nicht durch ambulante ärztliche Behandlungen einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Zugelassen zur Krankenhausbehandlung sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommen sind und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen haben. Wählt der Patient ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus, kann ihm seine Krankenkasse dadurch anfallende Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegen. Privatkrankenhäuser können nicht in Anspruch genommen werden. Falls der Versicherte älter als 18 Jahre alt ist, muss er für den Klinikaufenthalt für längstens 28 Tage im Jahr 10 Euro jeweils pro Tag an das Krankenhaus entrichten. Bei stationärer Behandlung wird der Versicherte grundsätzlich in einem Mehr-Bett-Zimmer des Krankenhauses untergebracht, seine medizinische Betreuung erfolgt im Allgemeinen durch die dienst habenden Ärzte. Ein Anspruch auf Behandlung durch leitende Krankenhausärzte (Chefärzte) ist in der Regel nicht gegeben.

GKV

### PKV

Der Versicherte kann sich frei entscheiden, in welches Krankenhaus er sich bei einer notwendigen Behandlung begeben möchte. Er kann sich mit seinem Arzt beraten und sich dann für das für seine Behandlung geeignete Krankenhaus entscheiden. Auch reine Privatkrankenhäuser kann er in Anspruch nehmen. Hat er seine Entscheidung getroffen, schließt er bei Aufnahme in die Klinik einen Behandlungsvertrag ab. Neben den allgemeinen Leistungen im Krankenhaus (Unterbringung im Mehr-Bett-Zimmer und Behandlung durch die Dienst habenden Ärzte) bieten ihm das Krankenhaus auch Wahlleistungen an: die Unterbringung im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer und die privatärztliche Behandlung durch die leitenden Krankenhausärzte. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen muss bei der Krankenhausaufnahme vereinbart werden. Für die besondere Unterbringung verlangt das Krankenhaus einen Zuschlag. Für die privatärztliche Behandlung schließt der Versicherte ebenfalls einen gesonderten Vertrag ab. Die Vereinbarung über privatärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an seiner Behandlung beteiligten Chefarzte einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

### 5. Verdienstaufschlag

### GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt dem Versicherten nach dem Ende der Lohn- oder Gehaltsfortzahlung Krankengeld. Es beträgt 70 % des regelmäßigen Arbeitsentgelts, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt, es darf 90 % des entsprechenden Nettoentgelts nicht übersteigen. Es wird für Kalendertage berechnet, wegen derselben Krankheit wird es für längstens 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt. Versicherte haben außerdem Anspruch auf Krankengeld, wenn sie wegen der Betreuung eines kranken – noch nicht 12 Jahre alten – Kindes der Arbeit fern bleiben und keine andere im Haushalt lebende Person sich um das Kind kümmern kann. Das Krankengeld wird gekürzt bei Rentenversicherungspflicht um einen Versichertenanteil am Rentenversicherungsbeitrag von 9,75% und bei Beitragspflicht zur Bundesanstalt für Arbeit um einen weiteren von 3,25 % sowie um den Versichertenanteil zur Pflegeversicherung von 0,85% (Stand 2005).

### PKV

Der Versicherte kann den Einkommensausfall bei Arbeitsunfähigkeit durch eine private Krankentagegeldversicherung absichern. Den Leistungsbeginn kann er in Abhängigkeit von dem Ende der Lohn- oder Gehaltsfortzahlung vereinbaren oder als Selbstständiger nach einigen Karenztagen, z. B. ab dem 4. oder 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe des Tagegeldes bestimmt er selbst. Er kann das volle Nettogehalt mit einer unbegrenzten Leistungsdauer absichern. Wird seine Versicherungspflicht in der Rentenversicherung aufgrund von Arbeitsunfähigkeit unterbrochen, kann er auf Antrag Beiträge aus seinem entsprechend hoch vereinbarten Tagegeld an die Rentenversicherung zahlen. Bei Fest-

legung der Höhe des Tagegeldes braucht er keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung zu berücksichtigen. Die Beiträge an die Bundesanstalt für Arbeit werden von den privaten Krankenversicherungen überwiesen, ohne dass er als Versicherter etwas unternehmen muss.

### 6. Früherkennung

Kinder haben Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen bis zum vollendeten 13. bzw. 14. Lebensjahr. Ab dem 35. Lebensjahr haben Versicherte jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche gesundheitliche Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Zuckerkrankheit. Frauen haben vom Beginn des 20., Männer von Beginn des 45. Lebensjahres an jährlich einen Anspruch auf eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung.

GKV

Der Versicherte kann sich einer Vorsorgeuntersuchung in dem Rahmen zur Früherkennung von Krankheiten unterziehen, wie sie von den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt wird. Das gilt auch für Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Viele Versicherungstarife sehen darüber hinaus gezielte Vorsorgeuntersuchungen, und zwar ohne konkrete Diagnosen und Altersbeschränkungen, vor.

PKV

### 7. Kuren

Die Krankenkasse kann dem Versicherten eine ambulante oder stationäre Vorsorgekur bewilligen. Bei ambulanten Kuren, die in der Regel bis zu drei Wochen dauern können, übernimmt die Kasse einen Zuschuss für Verpflegung und Unterbringung bis zu 13 Euro täglich. Reicht die ambulante Kur nicht aus, kann die Kasse die Vorsorgemaßnahme in einer stationären Einrichtung erbringen. Hier trägt die Kasse die Kosten bis auf eine Zuzahlung von 10 Euro (Stand 2005) täglich für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. In der Regel können die Kassen die Kuren nur alle vier Jahre gewähren. Die Notwendigkeit einer Kur wird in der Regel durch den Medizinischen Dienst der Kassen geprüft.

GKV

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

PKV

### 8. Zahnärztliche Behandlung

**GKV** Für den Versicherten erfolgt zahnärztliche Behandlung als Sachleistung. Sie umfasst die erforderlichen Maßnahmen des Vertragszahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind. Es muss ein Kassenzahnarzt gewählt werden. Abgesehen von seltenen Ausnahmefällen stehen als Füllmaterialien nur Amalgam oder Kunststoff zur Verfügung.

**PKV** Der Privatversicherte bekommt die Kosten für zahnärztliche Behandlung im tariflichen Umfang erstattet. Hierzu gehören auch aufwändige Füllmaterialien wie Gold und Keramik.

### 9. Zahnersatz

**GKV** Für gesetzlich Versicherte gilt seit dem 01.01.2005 ein neues Zuschuss-System für den Zahnersatz. Die Krankenkassen zahlen im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) einen klar kalkulierbaren, festgelegten Betrag. Dieser so genannte „befundbezogene Festzuschuss“ ist ein Erstattungsbetrag der Krankenkasse, der sich am konkreten Befund (z. B. ein fehlender Zahn im Unterkiefer) orientiert.

Das bedeutet: Alle Versicherten bekommen bei gleichem Befund den gleichen Betrag (Festzuschuss) von ihrer Krankenkasse erstattet.

Die neuen Festzuschüsse werden wie bisher im Durchschnitt mindestens 50 Prozent und maximal 65 % der Kosten für die Regelversorgungsleistung abdecken. Weichen die dem Befund zugeordneten Regelversorgungsleistungen von den tatsächlich erbrachten Leistungen ab, können Mehrkosten entstehen, die ausschließlich der Versicherte zu tragen hat. (Mehrkostenvereinbarung)

Das Bonussystem gilt weiterhin: Wer regelmäßig beim Zahnarzt war, erhält einen höheren Zuschuss. Ist das Bonusheft fünf Jahre lang lückenlos geführt, erhöht sich der Festzuschuss um 20 % auf 60 % der Regelversorgung, nach zehn Jahren um 30 Prozent auf 65 % der Regelversorgung. Da der Bezugswert für den Bonus der Festzuschuss (50 %) ist und nicht mehr die Gesamtkosten, entspricht die Höhe des neuen Bonussystems in etwa dem bisherigen.

**PKV** Zu den Leistungen, die dem Versicherten gewährt werden, gehören auch Leistungen für Zahnersatz. Sie erfolgen je nach abgeschlossenem Tarif in Prozenten (z. B. 80 oder 50 %) des Rechnungsbetrages und/oder begrenzt auf Höchstbeträge, gestaffelt nach Versicherungsjahren. In den Tarifen sind auch genaue Regelungen zum Umfang des Zahnersatzes enthalten. In aller Regel sind auch aufwändige Zahnersatzleistungen im Leistungsspektrum enthalten (z. B. große Brücken, implantologische Versorgung).

## 10. Kieferorthopädie

Seit 1993 gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht mehr zur vertragszahnärztlichen Behandlung. Die Kosten für die kieferorthopädische Behandlung Erwachsener werden nur noch bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahme erfordern, von den Kassen erstattet. Bei der kieferorthopädischen Behandlung erstattet die Krankenkasse 80 % der Kosten (bei gleichzeitiger Behandlung von zwei und mehr Kindern 90 %), den Restbetrag erst nach Abschluss der Behandlung.

**GKV**

Der Privatversicherte erhält von seiner PKV Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung je nach Tarif in Prozenten (z. B. 80 oder 50 %) vom Rechnungsbetrag und/oder begrenzt auf Festbeträge, gestaffelt nach Versicherungsjahren.

**PKV**

## 11. Fahrtkosten

Die GKV übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig werden. Die Kasse übernimmt z. B. die Fahrkosten in Höhe des 13 Euro je Fahrt übersteigenden Betrags bei Leistungen, die stationär erbracht werden, bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch ohne stationäre Behandlung, bei Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sowie bei Fahrten zu einer vor- und nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Bei der ambulanten Behandlung werden entsprechende Fahrkosten nur im Rahmen der Härtefallregelungen berücksichtigt. Bei mehrmals erforderlichen Behandlungsterminen innerhalb eines Leistungsfalles ist die Eigenbeteiligung auf die erste und letzte Fahrt beschränkt.

**GKV**

Die PKV trägt die Kosten bei Fahrten im Krankenwagen und im Notfallrettungsdienst im tariflich vereinbarten Umfang.

**PKV**

## 12. Ausland

Versicherungsschutz besteht nur in den Ländern der Europäischen Union und in Ländern, mit denen die Bundesrepublik Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat. Unter Umständen muss der Versicherte aber trotzdem mit Zuzahlungen, z. B. bei Arzneimitteln oder Arzthonoraren rechnen. Die Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports werden nicht übernommen. Rechnungen von Ärzten und Krankenhäusern aus Staaten, mit denen keine Abmachungen getroffen wurden, werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet. Der Abschluss einer privaten Auslandsreisekrankenversicherung ist deshalb unbedingt notwendig.

**GKV**

## 100 >> Leistungsunterschiede

**PKV** Die PKV gilt ganzjährig in Europa einschließlich der osteuropäischen Staaten, bis zu einem Monat auch außerhalb Europas (bei manchen Versicherern auch länger). Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes ist gegen einen Beitragszuschlag möglich. Rücktransportkosten sind mitversichert.

### 13. Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

**GKV** Die Krankenkassen übernehmen die Kosten eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft.

**PKV** Die Kosten werden in der Regel bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch übernommen.

### 14. Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

**GKV** Nur soweit bei Betreuung eines erkrankten Kindes keine Leistungen durch den Arbeitgeber gewährt werden, besteht pro Kind und Jahr ein Anspruch auf Krankengeld von längstens 10 Arbeitstagen (allein Stehende: 20 Arbeitstage).

**PKV** Keine Leistung.

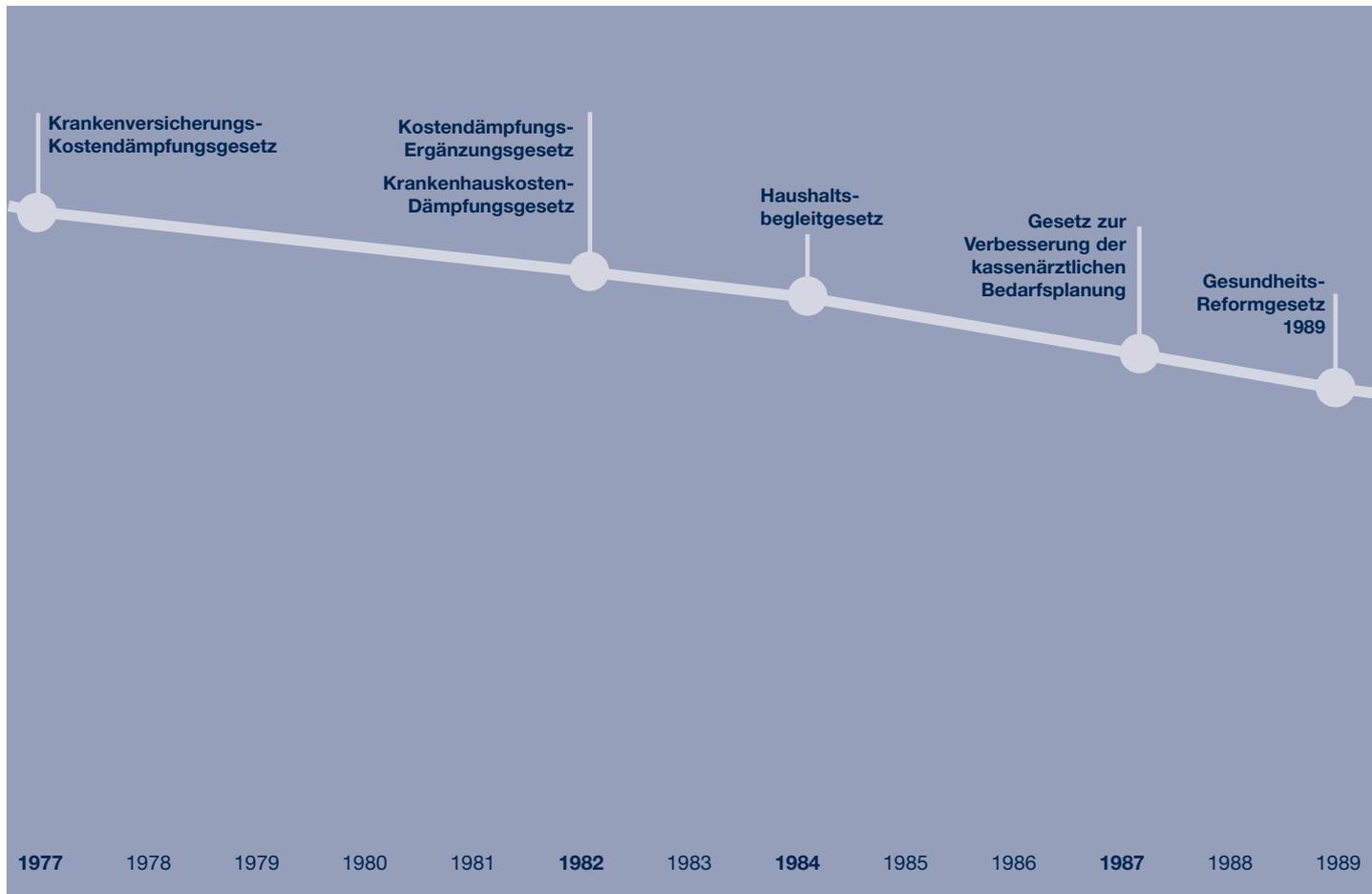
### 15. Versicherung während des Mutterschutzes und während der Elternzeit

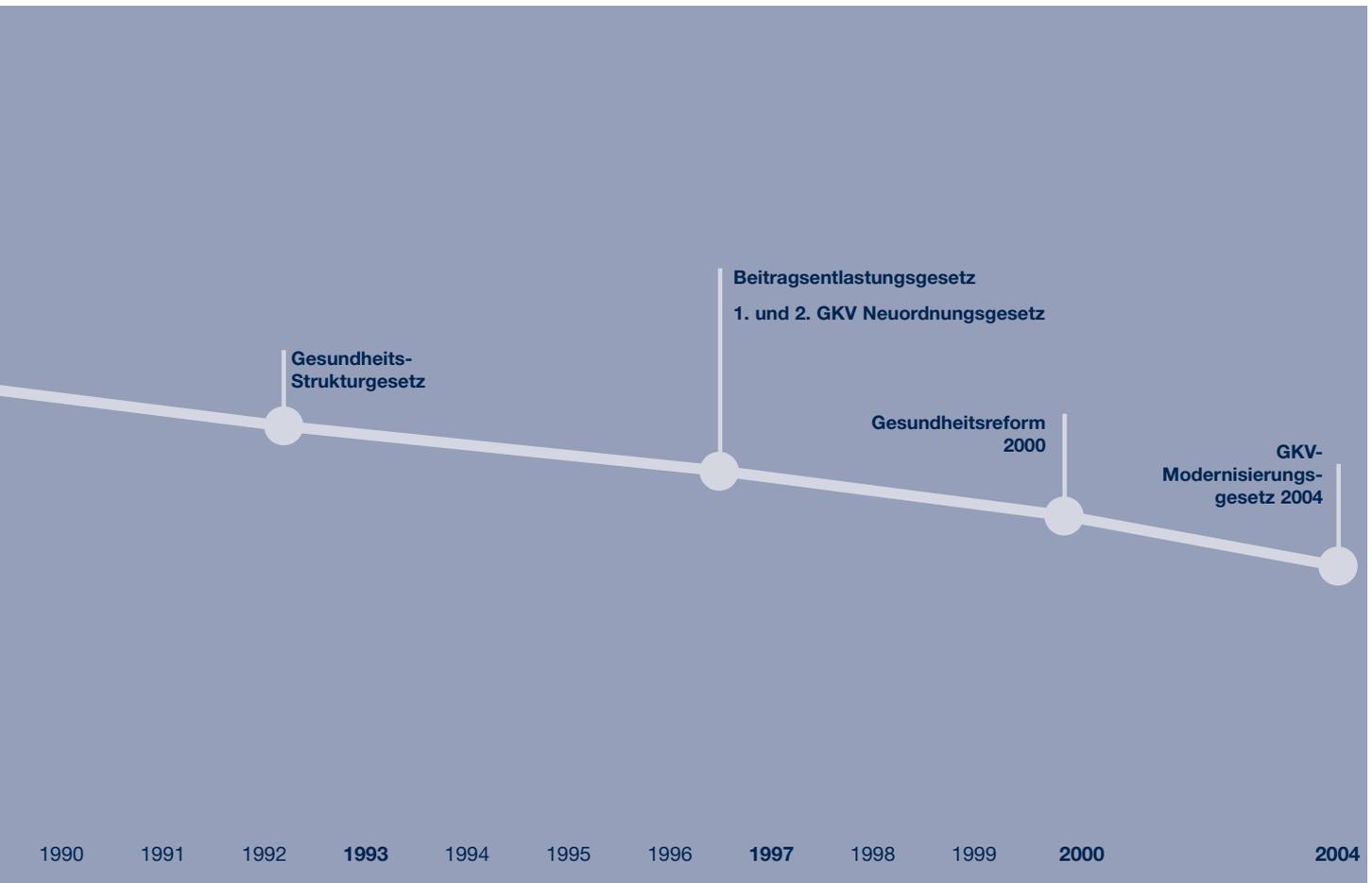
**GKV** Während des Mutterschutzes und während der Elternzeit (solange Erziehungsgeld gezahlt wird) ist die Versicherung beitragsfrei. Mutterschaftsgeld gibt es bis zur Höhe des Nettoeinkommens, aber höchstens bis zu 13 Euro pro Tag, 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Entbindung. Das Mutterschaftsgeld wird auf das Erziehungsgeld angerechnet.

**PKV** Während des Mutterschutzes und während der Elternzeit sind bei fortgesetzter Versicherung weiterhin Beiträge zu entrichten. Privat versicherte Arbeitnehmerinnen erhalten einen Betrag von 210 Euro als Mutterschaftsgeld vom Bundesversicherungsamt in Berlin.



## 102 >> GKV-Versicherungsschutz





### >> Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht\* gemäß § 10 a Abs. 1 a VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

### >> Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzung sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

### >> Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

\* Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

## Gegenüberstellung der Beitragsbelastung von Mitgliedern der KVdR und von in der GKV freiwillig versicherten Rentnern mit Zusatzeinkünften (am Beispiel einer Mitgliedschaft in der DAK)

| Einnahmen                                |              | KVdR  |                          |
|--|--------------|---|--------------------------|
| Rente (mit dem Zahlbetrag)               | 1.800,00 EUR | x 1/2 des allg. Beitragssatzes seiner Kasse + 0,9 % Zusatzbeitrag | 140,40 EUR               |
| Versorgungsbezüge                        | 250,00 EUR   | x 1/1 des allg. Beitragssatzes seiner Kasse + 0,9 % Zusatzbeitrag | 36,75 EUR                |
| Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung | 500,00 EUR   |   | 0,00 EUR                 |
| Einkünfte aus Kapitalvermögen            | 300,00 EUR   |   | 0,00 EUR                 |
| Gesamtbetrag                             | 2.850,00 EUR | <b>KV-Beitrag</b>   | <b><u>177,15 EUR</u></b> |

| Einnahmen                                |              | freiwillig GKV  |                          |
|--|--------------|---|--------------------------|
| Rente (mit dem Zahlbetrag)               | 1.800,00 EUR | x 1/2 des allg. Beitragssatzes seiner Kasse + 0,9 % Zusatzbeitrag | 140,40 EUR               |
| Versorgungsbezüge                        | 250,00 EUR   | x 1/1 des allg. Beitragssatzes seiner Kasse + 0,9 % Zusatzbeitrag | 36,75 EUR                |
| Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung | 500,00 EUR   | x 1/1 des erm. Beitragssatzes seiner Kasse + 0,9 % Zusatzbeitrag  | 69,00 EUR                |
| Einkünfte aus Kapitalvermögen            | 300,00 EUR   | x 1/1 des erm. Beitragssatzes seiner Kasse + 0,9 % Zusatzbeitrag  | 41,40 EUR                |
| Gesamtbetrag                             | 2.850,00 EUR | <b>KV-Beitrag</b>   | <b><u>287,55 EUR</u></b> |

Durchschnittlich  
allg. Beitragssatz  
aller Kassen = **13,30 %**

Zuschuss zur Rente = **6,65 %\***

allg. Beitragssatz DAK = **13,80 %**  
erh. Beitragssatz DAK = **15,00 %**  
erm. Beitragssatz DAK = **12,90 %**

\* Sofern neben der Rente keine beitragspflichtigen Einkünfte erzielt werden, wird der Zuschuss auf die Hälfte des Kassenbeitrags begrenzt.

| Checkliste zur Ermittlung des Jahresarbeitsentgelts   |             |                   |
|---|-------------|-------------------|
| Entgeltarten  | anzurechnen | nicht anzurechnen |
| Bereitschaftsdienstvergütung  | x           |                   |
| Erschwerniszulage   | x           |                   |
| Familienzuschläge   |             | x                 |
| Gewinnbeteiligung*  |             | x                 |
| Jubiläumszuwendung  |             | x                 |
| Schicht-, Schmutzzulage usw.<br>(bei ständiger Zahlung)   | x           |                   |
| Überstundenvergütung/-zulagen   |             | x                 |
| Pauschale Überstundenvergütung  | x           |                   |
| Urlaubsgeld   | x           |                   |
| Weihnachtsgeld  | x           |                   |
| Vermögenswirksame Leistungen des<br>Arbeitgebers, <u>nicht</u> jedoch die Arbeit-<br>nehmersparzulage | x           |                   |

\* bei hinreichender Sicherheit von regelmäßiger Zahlung ist die Gewinnbeteiligung auch anrechenbar

| Im Kalenderjahr                   | 2004       |          |
|-----------------------------------|------------|----------|
|                                   | EUR jährl. | EUR mtl. |
| Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) | 46.350,00  | 3.862,50 |
| Beitragsbemessungsgrenze (BBG)    | 41.850,00  | 3.487,50 |

## Hinweis!

Für die am 31.12.2002 bereits PKV-Versicherten Arbeitnehmer gilt die JAEG von 42.300 Euro jährlich/3.525 Euro monatlich.

### a) GKV - PKV

Freiwillig in der GKV versicherte Personen können ihre Mitgliedschaft jederzeit mit Frist zum Ablauf des übernächsten Monats kündigen (z. B. Kündigung im Januar, Ende der Versicherung zum 31.3. des Jahres).

Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird, sofern auch die Jahresarbeitsentgeltgrenze des Folgejahres überschritten wird.

Die Mitgliedschaft endet zu diesem Zeitpunkt nur, wenn das Mitglied den Austritt innerhalb von 2 Wochen nach Mitteilung der Kasse über die Austrittsmöglichkeit erklärt. Wird diese Frist nicht eingehalten, ist die Kündigung als freiwillige Mitgliedschaft jederzeit zum Ablauf des übernächsten Monats möglich. Die 18-Monatsfrist gilt bei dem Wechsel GKV - PKV nicht.

### b) GKV - GKV\*

Sowohl freiwillig als auch pflichtversicherte GKV-Mitglieder können ihre Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Kalendermonats kündigen. Die Mindestdauer der Mitgliedschaft in der neu gewählten Krankenkasse beträgt 18 Monate.

Im Rahmen einer Beitragserhöhung besteht für beide Gruppen die Möglichkeit, die Kündigung ohne Bindung an die 18-Monatsfrist auszuüben.

### c) PKV - PKV

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit Frist von drei Monaten kündigen.

Damit endet das Versicherungsjahr – je nach PKV-Unternehmen – entweder mit dem zwölften Monat nach dem Versicherungsbeginn oder, wie bei mehrjährigen Verträgen häufig, mit dem Ablauf eines Kalenderjahres. So wird bei unterjährigem Eintritt das 1. Versicherungsjahr zu einem Rumpfsjahr.

\* gültig seit 01.01.2002



## Mutterschutz und Elternzeit bei Arbeitnehmerinnen

### 1. Mutterschutzfristen

Zeiten gesetzlicher Beschäftigungsverbote ohne finanzielle Einbuße für die **Arbeitnehmerin**

- GKV**
- 6 Wochen vor der Geburt
  - 8 Wochen nach der Geburt; bei Früh- und Mehrlingsgeburten 12 Wochen  
Die Frist von 8 bzw. 12 Wochen verlängert sich bei vorzeitiger Entbindung um den Zeitraum, der innerhalb der 6 Wochenfrist nicht in Anspruch genommen werden konnte.

- PKV**
- Mutterschutzfristen siehe GKV

### 2. Mutterschaftsgeld

Leistung der GKV, die auf den Nettolohn des Arbeitgebers angerechnet wird

- GKV**
- max. 13 Euro täglich während der Mutterschutzfristen (max. 1.274 Euro)

- PKV**
- max. 13 Euro täglich während der Mutterschutzfristen (max. 210 Euro)

### 3. Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld

- GKV**
- Differenz zwischen dem auf den Kalendertag umgerechneten Nettogehalt und dem **Mutterschaftsgeld**

- PKV**
- Differenz zwischen dem auf den Kalendertag umgerechneten Nettogehalt und einem fiktiven **Mutterschaftsgeld** in Höhe von 13 Euro täglich

### 4. Erziehungsgeld

Staatliche Sozialleistung für Zeiten der Kindererziehung

- GKV**
- ab Geburt bis max. 24 Monate 300 Euro oder bis max. 12 Monate 450 Euro monatlich
  - Anrechnung des **Mutterschaftsgeldes**

- PKV**
- ab Geburt bis max. 24 Monate 300 Euro oder bis max. 12 Monate 450 Euro monatlich
  - keine Anrechnung des **Mutterschaftsgeldes**

## 5. Elternzeit

- max. 3 Jahre
- Anmeldung beim Arbeitgeber 4 Wochen vor Beginn mit verbindlicher Angabe der Dauer
- Kündigungsschutz für das Arbeitsverhältnis
  
- s. GKV

GKV

PKV

## 6. Beitragszahlung während Mutterschutz und Elternzeit

- Erziehungsgeld ist keine beitragspflichtige Einnahme. Zu beachten ist, dass der Bezug von Erziehungsgeld von bestimmten Einkommensgrenzen abhängig ist, so dass insbesondere ab dem 7. Monat der Elternzeit aufgrund des Einkommens eines Ehegatten Erziehungsgeld in der Regel nicht mehr bezogen wird.
- Versicherungspflichtige Arbeitnehmerinnen sind auch dann beitragsfrei, wenn Erziehungsgeld nicht mehr bezogen wird. Bei versicherungspflichtig Beschäftigten wird der Beitragsbemessung ausschließlich das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zugrunde gelegt, so dass bei Fehlen sonstiger Einkünfte eine Beitragspflicht nicht entstehen kann.
- Freiwillig versicherte Arbeitnehmerinnen, deren Ehemann in der GKV versichert ist, sind während der Elternzeit beitragsfrei mitversichert, wenn sie kein eigenes Einkommen haben, das die Grenze von zurzeit 345 Euro/400 Euro bei geringfügig Beschäftigten übersteigt (Stand 2005).
- Freiwillig versicherte Arbeitnehmerinnen, deren Ehemann PKV-versichert ist, zahlen einen GKV-Beitrag auf Basis des halben monatlichen Bruttoeinkommens ihres Ehemannes.
- Freiwillig versicherte Arbeitnehmerinnen, die ledig sind, zahlen den Mindestbeitrag.
- Bei Selbstständigen kommt in der Regel die Verpflichtung zur Zahlung des Mindestbeitrages in Betracht.

## Selbstständige Frauen mit Krankentagegeldanspruch

### 1. Mutterschutzfristen

**GKV** • Kein Anspruch

**PKV** • Kein Anspruch

### 2. Mutterschaftsgeld

**GKV** • In Höhe des versicherten Tagegeldes

**PKV** • Kein Anspruch

### 3. Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld

**GKV** • Kein Anspruch

**PKV** • Kein Anspruch

### 4. Erziehungsgeld

**GKV** • Ab Geburt bis maximal 24 Monate 300 Euro oder bis max. 12 Monate 450 Euro monatlich

**PKV** • Wie GKV-versicherte Arbeitnehmerinnen

### 5. Elternzeit

**GKV** • Maximal für 3 Jahre

**PKV** • Elternzeit siehe GKV

### 6. Beitragszahlung während Mutterschutz und Elternzeit

**GKV** • Solange Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht oder Erziehungsgeld bezogen wird.

**PKV** • Beitragszahlung zur PKV in voller Höhe sowohl während der Mutterschutzfristen als auch während der Elternzeit.



*Auszug aus dem Merkblatt  
zum Standardtarif  
(Quelle: PKV-Verband  
Stand: 01.07.2000)*

## >> Was ist der Standardtarif?

Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) mit einem gesetzlich begrenzten Höchstbeitrag, dessen Versicherungsschutz vergleichbar ist mit demjenigen der gesetzlichen Krankenkasse (GKV).

Dieser Tarif erfüllt in der PKV vor allem eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich insbesondere an Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen besonders preiswerten Tarif benötigen. Deshalb ist der Standardtarif nur für bestimmte, vom Gesetzgeber definierte Personengruppen geöffnet. Der Standardtarif darf nicht mit Zusatzversicherungen verbunden werden.

## >> Was leistet der Standardtarif?

§ 257 Abs. 2 a Sozialgesetzbuch V (SGB V) legt fest, dass der Standardtarif Leistungen enthält, die mit denjenigen der GKV vergleichbar sind. Das bedeutet nicht, dass die Leistungen vollkommen identisch sein müssen, aber sie müssen weitgehend übereinstimmen. So hat zum Beispiel der Standardtarif im Unterschied zum Versicherungsschutz der GKV uneingeschränkt Europageltung. Eine Übersicht über die Leistungen des Standardtarifs gibt nachfolgende Tabelle:

|                                | <b>Leistungsumfang im Standardtarif</b>                                    | <b>Besonderheiten</b>  |
|--------------------------------|--|--|
| Ambulante ärztliche Behandlung | 100 %  | Der Arzt darf bei Standardtarifversicherten nur maximal das 1,7 fache der ärztlichen Gebührenordnung (bzw. bei medizinisch-technischen Leistungen das 1,3fache und bei Laborleistungen das 1,1 fache) berechnen. Deshalb muss sich der Patient als Standardtarifversicherter gegenüber dem Arzt ausweisen. |
| Psychotherapie                 | maximal 25 Sitzungen pro Jahr  | Maximal ist das 1,7 fache der ärztlichen Gebührenordnung erstattungsfähig.   |
| Rettungsfahrten                | 10 %, min. 5 EUR<br>max. 10 EUR<br>Selbstbeteiligung je Fahrt              |  |
| Häusliche Behandlungspflege    | 100 %  | Maximal werden die von der GKV akzeptierten Höchstpreise erstattet.  |
| Arznei- und Verbandmittel      | 80 %   | Maximal sind pro Jahr 306 EUR an Selbstbeteiligung zu leisten. Darüber hinaus werden 100 % erstattet.<br><br>Es gibt ein Hilfsmittelverzeichnis. Für Brillengläser, Hörgeräte und Krankenfahrstühle gibt es Höchstsätze.   |
| Heilmittel                     | 80 %   |  |
| Hilfsmittel                    | 80 %   |  |
| Zahnärztliche Behandlung       | 100 %  | Der Zahnarzt darf bei Standardtarifversicherten nur das maximal 1,7 fache der zahnärztlichen Gebührenordnung berechnen. Deshalb muss sich der Patient als Standardtarifversicherter gegenüber dem Zahnarzt ausweisen.  |
| Zahnersatz                     | 65 %   |  |
| Kieferorthopädie               | 80 %   |  |
| Krankenhaus                    | 100 % der Regelleistung<br>10 EUR Zuzahlung pro Tag in den ersten 28 Tagen |  |

### >> Was ist ein beihilfekonformer Standardtarif?

Der beihilfekonforme Standardtarif ist speziell für Beamte und ihre Familienangehörigen geschaffen, bei denen der Dienstherr jeweils einen bestimmten Prozentsatz der Krankheitskosten bezahlt. Übernimmt der Dienstherr in Form der Beihilfe z. B. 50 Prozent der Krankheitskosten, dann muss nur ein Versicherungsschutz abgeschlossen werden, der die nicht vom Dienstherrn getragenen 50 Prozent der Krankheitskosten abdeckt. Der Umfang des Versicherungsschutzes im beihilfekonformen Standardtarif ergibt sich präzise aus dem Prozentsatz der nicht vom Dienstherrn abgedeckten Krankheitskosten.

### >> Die Beitragsgarantie im Standardtarif

Bei einem Wechsel in den Standardtarif wird die Alterungsrückstellung des bisherigen Tarifs bei demselben Unternehmen angerechnet. Der Standardtarif ist darüber hinaus mit einer Beitragsgarantie verbunden: Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV – das sind zurzeit 504,08 Euro (einschl. KT) – nicht übersteigen (Stand 2005).

Welcher Beitrag gezahlt werden muss, kann nur im Einzelfall ermittelt werden. Je länger die Vorversicherungszeit und je jünger das Alter, desto günstiger ist der Beitrag im Standardtarif.

Im beihilfekonformen Standardtarif ist der Beitrag anteilig begrenzt. Bei einem 50-prozentigen Versicherungsschutz beträgt der Höchstbeitrag beispielsweise 50 Prozent des GKV-Höchstbeitrags.

Eine Besonderheit gilt für Ehepaare, die beide im Standardtarif versichert sind. Liegt das Gesamteinkommen – das ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts – unter der Bemessungsgrenze von derzeit 42.300 Euro pro Jahr (Stand 2005), dann zahlen beide Ehepartner zusammen maximal 150 Prozent des durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrags. Im beihilfekonformen Standardtarif gilt die entsprechend anteilige Regelung.

## >> Wer kann sich im Standardtarif versichern?

Die im Folgenden beschriebene Rechtslage gilt ab dem 1. Juli 2000.

### 1. Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben

Diese Personen können sich auch schon nach der bisherigen Rechtslage im Standardtarif versichern. Sie müssen seit mindestens 10 Jahren in der PKV versichert sein, und zwar in einem Tarif, der grundsätzlich durch den Arbeitgeber zuschussberechtigt ist. Diese Voraussetzungen erfüllen alle Tarife, die einen vollen Krankenversicherungsschutz bieten. Nicht dazugehören Zusatztarife, die lediglich ergänzend zu einem Versicherungsschutz in der GKV abgeschlossen werden.

### 2. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben

**Diese Personen können in den Standardtarif wechseln, wenn**

- ihr Einkommen unter der Grenze von zurzeit 42.300 Euro jährlich (Stand 2005) liegt und
- sie über eine 10-jährige Vorversicherungszeit in einem zuschussberechtigten Tarif verfügen.

### 3. Beamte und ihre Familienangehörigen ab dem 65. bzw. dem 55. Lebensjahr.

Wenn Beamte in einen beihilfekonformen Standardtarif wechseln wollen, gelten dieselben Voraussetzungen wie oben für Personen ab dem 55. bzw. 65. Lebensjahr erwähnt.

### 4. Unter bestimmten Bedingungen ist auch ein Wechsel vor dem 55. Lebensjahr möglich.

Hier sind Personen angesprochen, die insbesondere aus Gründen der Erwerbsunfähigkeit vorzeitig in Rente oder Pension gehen. Im Einzelnen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Bezug eines Ruhegehalts nach beamtenrechtlichen Vorschriften
- 10 Jahre Vorversicherungszeit in einem zuschussfähigen Tarif
- Gesamteinkommen unter der Grenze von zurzeit 42.300 Euro pro Jahr (Stand 2005).

- Einbezogen sind selbstverständlich auch die Bezieher von Witwengeld oder eines Unfallruhegehaltes sowie ehemalige Berufssoldaten.

Dies gilt auch für die Familienangehörigen, sofern sie bei einer GKV-Versicherung beitragsfrei mitversichert wären.

### 5. Sechsmontatige Öffnung für neue Beamte

Wer neu verbeamtet wird und in den Normaltarifen der PKV nicht oder nur unter Berechnung eines Risikozuschlags aufgenommen werden würde, kann sich innerhalb von sechs Monaten nach der Verbeamtung oder innerhalb von sechs Monaten nach einer Feststellung der Behinderung ebenfalls ohne Risikozuschlag im Standardtarif versichern. Diese Regelung gilt auch für alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

### >> **Wo kann ein Standardtarif abgeschlossen werden?**

Wer bereits in der PKV versichert ist, kann in den von diesem Unternehmen angebotenen Standardtarif wechseln.

Wer im Zuge der PKV-Öffnungsaktion für noch GKV-versicherte Beamte zur PKV kommt, kann sich an jedes Unternehmen wenden, das generell Beamte versichert. Da der Standardtarif brancheneinheitlich konzipiert ist, ergeben sich keine Unterschiede im Höchstbeitrag und im versicherten Leistungsumfang.



# 120 >> Ratings/Rankings

|                     | Map-Report 1993 | Finanztest 6/93 | DM 11/94 | Finanztest 2/95 | Capital 12/94 | Manager Magazin 9/95 | Impulse 1/96 | Capital 3/96 | Kurs 11-12/96 | Manager Magazin 1/97 | Finanztest 3/97 | Capital 4/97 | Arzt und Wirtschaft 4/97 | Agamus Research 5/98 | Capital 5/98 | Morgen & Morgen | Privatärztliche Praxis 5-6/98 | Capital 8/98 | DM 9/98 | Versicherungsvermittlung 1/99 | Arzt und Wirtschaft 2/99 | Capital 3/99 | ASS 4/99 | Map-Report 1999 | DM 9/99 | Schutz und Sicherheit 2000 | Finanztest 12/01 |
|---------------------|-----------------|-----------------|----------|-----------------|---------------|----------------------|--------------|--------------|---------------|----------------------|-----------------|--------------|--------------------------|----------------------|--------------|-----------------|-------------------------------|--------------|---------|-------------------------------|--------------------------|--------------|----------|-----------------|---------|----------------------------|------------------|
| Barmenia            | →               | ↓               | ↓        |                 | →             | →                    | →            | ↑            | →             | →                    | →               | →            |                          | →                    |              | →               |                               | →            | →       | →                             |                          |              | ↓        | →               | ↑       | →                          | →                |
| Berlin-Kölnische    |                 | ↑               |          |                 | →             | →                    | →            |              | →             | →                    | →               | →            |                          | →                    |              | →               |                               | →            | →       | →                             | →                        |              | ↓        | →               | ↑       |                            | →                |
| BKK                 |                 | ↑               |          |                 | →             | →                    | →            | ↑            | →             | →                    | →               | →            |                          |                      | ↑            | →               |                               | →            |         | →                             |                          | ↑            | →        |                 |         | →                          | →                |
| Central             | →               | →               | ↓        | ↑               | →             | →                    | →            |              | →             | →                    | →               | →            | ↑                        | →                    | ↑            | →               | ↑                             | →            | →       | →                             | →                        | ↑            | →        | →               | →       | →                          | →                |
| Colonia             | ↑               | ↓               |          |                 | →             | →                    | →            |              | →             | →                    | →               | →            |                          | →                    | ↑            | →               |                               | →            | →       | →                             | →                        |              | →        | →               | →       | →                          | →                |
| Continental         | →               | →               | ↓        |                 | →             | →                    | →            |              | →             | →                    | →               | →            |                          | →                    |              | →               |                               | →            |         | →                             |                          |              | →        | →               | →       | →                          | →                |
| DBV                 |                 | ↑               |          |                 | →             | →                    | →            |              | →             | →                    | →               | →            |                          | →                    |              | →               |                               | →            |         | →                             |                          |              | →        | →               |         | →                          | →                |
| Deutscher Ring      | →               | →               | ↓        |                 | →             | →                    | →            |              | →             | →                    | →               | →            |                          |                      | ↑            | →               |                               | →            |         | →                             | →                        |              | →        | →               | →       | →                          | →                |
| DKV                 | ↑               | →               | ↓        |                 | →             | →                    | →            |              | →             | →                    | →               | →            | →                        | →                    | →            | →               | →                             | →            |         | →                             | →                        |              | →        | →               |         | →                          | →                |
| Gothaer             | →               | ↑               |          |                 | →             | →                    | →            |              |               | →                    | →               | →            | →                        | →                    | →            | →               | →                             | →            | →       | →                             | →                        |              |          | →               |         | →                          | →                |
| Hallesche Nationale | ↓               | ↑               | ↓        | ↑               | →             | →                    | →            | ↑            | →             | →                    | →               | →            |                          |                      |              | →               |                               | →            | →       | →                             |                          |              | →        | →               |         | →                          | →                |
| Hanse-Merkur        |                 | →               | ↓        | ↑               |               | →                    | →            |              | →             | →                    | →               | →            |                          |                      |              | →               |                               | →            |         | →                             |                          |              | →        | →               |         | →                          | →                |
| Inter               | ↓               | →               | →        |                 | →             | →                    | →            |              | →             | →                    | →               | →            | →                        |                      |              |                 | →                             | →            | →       | →                             | →                        |              | →        | →               |         | →                          | →                |
| Münch.Verein        |                 | →               | →        |                 | →             | →                    | →            | ↑            | →             | →                    | →               | →            |                          |                      |              | →               |                               | →            | →       | →                             | →                        | →            |          |                 |         | →                          | →                |
| Signal              | →               | →               | →        |                 | →             | →                    | →            | ↑            | →             | →                    | →               | →            |                          |                      | ↑            | →               |                               | →            | →       | →                             |                          | ↑            | →        | →               | →       | →                          | →                |
| Union               |                 | ↑               |          |                 | →             | →                    |              |              |               | →                    | →               | →            |                          |                      | ↑            | →               |                               | →            |         | →                             | →                        |              | →        | →               |         | →                          | →                |
| Vereinte            | ↓               | →               | →        |                 | →             | →                    | →            | ↑            | →             | →                    | →               | →            | →                        | →                    |              | →               | →                             | →            | →       | →                             | →                        | →            | →        | →               |         | →                          | →                |
| Victoria            |                 | ↑               |          |                 | →             | →                    | →            | ↑            | →             | →                    | →               | →            |                          | →                    | →            | →               |                               | →            | →       | →                             | →                        |              | →        | →               | →       | →                          | →                |

Quellen: Sonderdruck Central Krankenversicherung, eigene Recherche

- ↑ überdurchschnittlich
- durchschnittlich
- ↓ unterdurchschnittlich



## >> Eigenkapitalquote

### Definition:

$$\frac{\text{Eigenkapital}^1}{\text{Verdiente Brutto-Beiträge}} \times 100$$

<sup>1</sup> gegebenenfalls zu kürzen um noch nicht eingeforderte ausstehende Einlagen

### Aussage:

Die PKV-Unternehmen müssen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verträge ausreichendes Eigenkapital bilden. Die Höhe bemisst sich aufgrund einer zu bedeckenden Solvabilitätsspanne. Ein Maß für die Solvabilität eines Unternehmens ist die Eigenkapitalquote. Das Eigenkapital dient somit dem Unternehmen zum Ausgleich kurzfristiger Verluste.

### Hinweise:

Die Eigenkapitalbildung ist nach § 53 c VAG gesetzlich vorgeschrieben. Dabei kann eine Eigenkapitalquote unter fünf Prozent im Hinblick auf die notwendige Solvabilität als problematisch angesehen werden. Wird die Mindestanforderung an die Solvabilität unterschritten, dann muss das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen im Rahmen seiner Finanzaufsicht einschreiten. Andererseits sind Erhöhungen des Eigenkapitals aus dem Jahresergebnis durch Rechtsvorschriften (u.a. § 12 a Abs. 1 und 81 d VAG in Verbindung mit § 4 der Überschussverordnung) Grenzen gesetzt, da im Allgemeinen mindestens 90 Prozent des Rohergebnisses nach Steuern den Versicherten zugute kommen müssen.

Bei einer Aufstockung des Eigenkapitals muss die darauf entfallende Steuer an das zuständige Finanzamt abgeführt werden. Unter Berücksichtigung der derzeit geltenden Steuersätze für die Körperschaftsteuer, den Solidaritätszuschlag sowie für die Gewerbesteuer, entsteht für jeden Euro Eigenkapitalzufuhr eine Steuerbelastung von ca. 0,66 Euro. Unter Berücksichtigung der Mindestbesteuerungsregel des § 21 KStG, d.h. der Steuer auf die Bewirtschaftung des Eigenkapitals, kann jede Eigenkapitalbildung darüber hinaus zu einer zusätzlichen dauerhaften Steuerbelastung führen.

Da Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit ihr Eigenkapital nur aus dem Jahresüberschuss bilden können, während Aktiengesellschaften zumindest die grundsätzliche Möglichkeit haben, ihr Eigenkapital auch über die Aktionäre zu finanzieren, sind bei einer Beurteilung der Eigenkapitalquote auch die Unterschiede zwischen den Rechtsformen der Unternehmen zu beachten.

>> **RfB-Quote****Definition:**

$$\frac{\text{RfB}^1}{\text{Verdiente Brutto-Beiträge}} \times 100$$

<sup>1</sup> e.a. RfB zuzüglich poolrelevante RfB aus der PPV

**Aussage:**

Diese Quote bringt zum Ausdruck, in welchem Umfang bezogen auf die Beitragseinnahmen in einem Unternehmen zusätzliche Mittel für Beitragsentlastungen – über die Alterungsrückstellungen und § 12 a VAG hinaus – oder für Barausschüttungen in der Zukunft zur Verfügung stehen.

**Hinweise:**

Unter Beitragsentlastungen sind folgende Maßnahmen zu verstehen:

- Beitragsreduzierungen
- Milderung von Beitragsanpassungen
- Finanzierung von Mehrbeiträgen in Verbindung mit Leistungserhöhungen

Wird die Alternative Barausschüttung vorgesehen, so kommt sie grundsätzlich für Versicherte in Betracht, die keine Leistung in Anspruch genommen haben. Die Höhe kann nach der Anzahl der schadenfreien Jahre gestaffelt sein.

Die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelten Mittel sind zeitnah zu verwenden. Dies ergibt sich u.a. aus den steuerlichen Vorschriften (§ 21 KStG); wenn die Mittel danach nicht innerhalb von drei Jahren den Versicherten zugute kommen oder zumindest in ihrer Verwendung nach Art und Umfang verbindlich festgelegt werden, müssen diese Mittel wie ein Jahresüberschuss versteuert werden.

Für die Beurteilung der Höhe der Quote kommt es auch darauf an, in welchem Umfang in dem Unternehmen Gruppenversicherungsverträge bestehen, für die gegebenenfalls andere Regelungen zur Überschussbeteiligung bestehen.

### >> RfB-Zuführungsquote

#### Definition:

$$\frac{\text{Zuführung zur RfB}^1}{\text{Verdiente Brutto-Beiträge}} \times 100$$

<sup>1</sup> Zuführung zur e.a. RfB zuzüglich poolrelevante RfB aus der PPV

#### Aussage:

Die RfB-Zuführungsquote gibt an, wie viel für die Finanzierung zukünftiger beitragsentlastender Maßnahmen oder Barausschüttungen der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (e.a. RfB zuzüglich poolrelevante RfB aus der PPV) zugeführt wird.

#### Hinweise:

Mit dieser Quote wird die aktuelle Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung beleuchtet. Diese Kennzahl ist immer in Verbindung mit der RfB-Quote zu sehen.

Wie viel vom Überschuss insgesamt, d.h. unter Berücksichtigung von § 12 a VAG, an die Versicherten weitergegeben wird, zeigt die Kennzahl Überschussverwendungsquote.

>> **RfB-Entnahmeanteile****Definition:**

$$\frac{\text{Einmalbeiträge aus der RfB}^1}{\text{Gesamtentnahme aus der RfB}^1} \times 100$$

$$\frac{\text{Barausschüttung aus der RfB}^1}{\text{Gesamtentnahme aus der RfB}^1} \times 100$$

<sup>1</sup> e.a. RfB zuzüglich poolrelevante RfB aus der PPV

**Aussage:**

Diese Kennzahlen sagen aus, wofür das PKV-Unternehmen die Entnahmen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (e.a. RfB zuzüglich poolrelevante RfB aus der PPV) schwerpunktmäßig verwendet.

**Hinweise:**

Verwendet werden die Entnahmen zum einen für Einmalbeiträge, d.h. für dauerhafte Beitragsreduzierungen, für die Milderung von Beitragsanpassungen und für die Finanzierung von Leistungserhöhungen sowie zum anderen für Barausschüttungen. Die Barausschüttung, wie sie aus der Gewinn- und Verlustrechnung sowie der Bilanz ableitbar ist, kann auch in Ausnahmefällen geringe Mittel zur Finanzierung kurzfristiger Beitragsentlastungen enthalten.

Da die Mittel zeitnah verwendet oder zumindest verbindlich festgelegt werden müssen, sind relativ stark ausgeprägte Schwankungen der Quoten möglich. Des Weiteren ist daran zu denken, dass die benötigten Einmalbeiträge aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung auch davon abhängen, wie sich die Kosten im Gesundheitswesen entwickeln. In Jahren mit starken Kostensteigerungen besteht in der Regel auch eher die Notwendigkeit für Beitragsanpassungen und damit ein höherer Bedarf an zusätzlichen Einmalbeiträgen. In Jahren mit nur geringen Kostensteigerungen und einem entsprechend niedrigeren Beitragsanpassungsbedarf besteht deshalb in der Regel auch nur ein niedrigerer Bedarf an Einmalbeiträgen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

Diese Kennzahl sollte immer in Verbindung mit der Kennzahl RfB-Quote gesehen werden.

## >> Überschussverwendungsquote

### Definition:

$$\frac{\text{verwendeter Überschuss}}{\text{Rohergebnis nach Steuern}} \times 100$$

### Aussage:

Diese Kennzahl zeigt an, in welchem Umfang der wirtschaftliche Gesamterfolg an die Versicherten weitergegeben wird.

### Hinweise:

Nach den bestehenden Rechtsvorschriften muss der überwiegende Teil der Überschüsse, die in der PKV erzielt werden, wieder für die Versicherten verwendet werden. Nach dem VAG ist der Überschuss (= Rohergebnis nach Steuern) eines Unternehmens in folgender Weise zu verwenden:

- § 12 a Abs. 1 VAG verpflichtet die Unternehmen, einen genau definierten Betrag für Beitragsentlastungsmaßnahmen im Alter zurückzustellen.
- Der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung ist grundsätzlich ein Betrag zuzuführen, der zusammen mit den Verpflichtungen gemäß § 12 a Abs. 1 VAG und der poolrelevanten RfB aus der PPV mindestens einen Betrag von 90 Prozent des Rohergebnisses nach Steuern ergibt.
- Die nach der Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung noch vorhandenen Mittel werden zur Auffüllung des Eigenkapitals benötigt, um den Solvabilitätsvorschriften Rechnung zu tragen. Bei Aktiengesellschaften werden aus den Rohergebnissen nach Steuern zudem die Dividenden an die Aktionäre geleistet.

Die Quote ist immer vor dem Hintergrund der absoluten Höhe des Rohergebnisses nach Steuern zu sehen. Deshalb muss die Quote in unmittelbarem Zusammenhang mit dem versicherungsgeschäftlichen Ergebnis und der erzielten Nettoverzinsung betrachtet werden.

>> **Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote****Definition:**

$$\frac{\text{Versicherungsgeschäftliches Ergebnis}}{\text{Verdiente Brutto-Beiträge}} \times 100$$

**Aussage:**

Die Quote gibt in Prozent der Jahresbeitragseinnahmen an, wie viel von den Jahresbeitragseinnahmen nach Abzug der Aufwendungen für Schäden und Kosten übrig bleiben.

**Hinweise:**

Die so definierte Ergebnisquote ermöglicht eine zusammenfassende Betrachtung der Schaden-Kosten-Situation des Versicherers:

- Ist die Ergebnisquote positiv, so war der kalkulierte Beitrag insgesamt ausreichend bemessen; allerdings kann das Schaden-Ergebnis (oder das Kosten-Ergebnis) dennoch negativ gewesen sein.
- Ist die Ergebnisquote negativ, so hat der kalkulierte Beitrag nicht ausgereicht, um alle Aufwendungen abdecken zu können. Ursächlich dafür kann das Schadenergebnis und/oder das Kostenergebnis gewesen sein (siehe Kennzahlen Schadenquote, Verwaltungskostenquote, Abschlusskostenquote). Im Falle eines negativen versicherungsgeschäftlichen Ergebnisses stehen andere Überschussquellen, z.B. überrechnungsgemäße Zinserträge (siehe Kennzahl Nettoverzinsung), nicht mehr in vollem Umfang als Basis für die Überschussverwendung zur Verfügung.

## >> Schadenquote

### Definition:

$$\frac{\text{Schadenaufwand}}{\text{Verdiente Brutto-Beiträge}} \times 100$$

### Aussage:

Diese Quote zeigt auf, in welchem Umfang die Beitragseinnahmen unmittelbar in Versicherungsleistungen und Alterungsrückstellungen fließen.

### Hinweise:

Der Schadenaufwand umfasst dabei nicht nur die Aufwendungen für gegenwärtige Erstattungsleistungen, sondern auch die Zuführungen zu den Rückstellungen für das mit dem Alter wachsende Risiko (kurz: Alterungsrückstellungen). In dieser Hinsicht unterscheidet sich die so neu definierte Schadenquote auch von der bisherigen Schadenquote, bei der ausschließlich die Aufwendungen für gegenwärtige Erstattungsleistungen auf die Beitragseinnahmen bezogen sind. Dadurch, dass nun auch die Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen berücksichtigt sind, trägt die neue Quote dem für die PKV typischen Kalkulationsprinzip Rechnung.

Die Höhe der Quote wird durch mehrere Faktoren beeinflusst. Zunächst ist zu bedenken, dass sich Beitragsanpassungen in dieser Quote bemerkbar machen. So führen Beitragsanpassungen dazu, dass die Quote zunächst sinkt. Umgekehrt kann eine sehr hohe Quote auch darauf hinweisen, dass künftig mit Beitragsanpassungen gerechnet werden kann. Die Ursachen für eine ungünstige Schadensituation können sowohl in den gegenwärtigen Erstattungsleistungen liegen (weil sie höher als erwartet sind) als auch in der Zuführung zu den Alterungsrückstellungen (weil die tatsächlichen Abgänge niedriger sind als erwartet). Des Weiteren kann eine hohe Schadenquote auf eine günstige Kostensituation des Versicherers hinweisen, da in den Beitragseinnahmen auch die Beitragsteile zur Deckung aller Kosten enthalten sind.

Diese Quote ist nicht isoliert zu sehen; sie ist gemeinsam mit den Kennzahlen Verwaltungskostenquote und Abschlusskostenquote Bestandteil der versicherungsgeschäftlichen Ergebnisquote.

>> **Verwaltungskostenquote****Definition:**

$$\frac{\text{Verwaltungsaufwendungen}}{\text{Verdiente Brutto-Beiträge}} \times 100$$

**Aussage:**

Diese Kennzahl gibt an, wie viel von den Beiträgen für die Verwaltung der Versicherungsverträge aufgewendet wird.

**Hinweise:**

Bei der Interpretation dieser Quote ist zu berücksichtigen, dass ihre Höhe durch die Dienstleistungsqualität in den Bereichen Kundenbetreuung und -beratung, aber auch durch Investitionen, z. B. in die Datenverarbeitung, beeinflusst wird.

Diese Kennzahl ist gemeinsam mit den Kennzahlen Schadenquote und Abschlusskostenquote Bestandteil der versicherungsgeschäftlichen Ergebnisquote und dient insoweit deren Erläuterung.

### >> Abschlusskostenquote

#### Definition:

$$\frac{\text{Abschlussaufwendungen}}{\text{Verdiente Brutto-Beiträge}} \times 100$$

#### Aussage:

Diese Quote zeigt auf, wie viel das Unternehmen für den Vertragsabschluss aufwendet.

#### Hinweise:

Die Abschlusskosten dürfen nicht nur unter Kostenaspekten gesehen werden. Sie stellen in gewisser Weise auch eine Art Investition in die Zukunft dar. Nur so ist es möglich, dem Bestand neue Versicherungen bzw. neue Kunden zuzuführen.

Die Abschlusskostenquote ist abhängig vom Umfang des Neu- und Veränderungsgeschäfts. Dabei sind zudem die Zugangswege und Vertriebsstrukturen des jeweiligen Unternehmens zu beachten. Ohne Berücksichtigung unternehmensspezifischer Gegebenheiten kann die Abschlusskostenquote zu Fehlinterpretationen führen.

Die Abschlusskostenquote dient gemeinsam mit den Quoten Schadenquote und Verwaltungskostenquote zur Erläuterung der versicherungsgeschäftlichen Ergebnisquote.

>> **Nettoverzinsung****Definition:**

$$\frac{\text{Kapitalanlageergebnis}}{\text{Mittlerer Kapitalanlagebestand}} \times 100$$

**Aussage:**

Diese Kennzahl gibt an, welche Verzinsung ein Unternehmen aus den Kapitalanlagen erzielt.

**Hinweise:**

Die Nettoverzinsung berücksichtigt sämtliche Erträge und Aufwendungen aus bzw. für Kapitalanlagen. Einbezogen sind damit auch die Gewinne und Verluste aus dem Abgang von Kapitalanlagen sowie die Abschreibungen auf Wertpapiere, Investmentanteile sowie Grundbesitz.

Aus dem Kapitalanlageergebnis sind die beitragsentlastenden Maßnahmen nach § 12 a VAG zu finanzieren.

## Sozialgesetzbuch (SGB)

### § 257 SGB V - Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss die Hälfte des Beitrags, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuss nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, nach § 249 Abs. 2 Nr. 3 als Beitrag zu tragen hätte.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Abs. 2 bei Versicherungspflicht zu Grunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(2 a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

a) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

b) sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

c) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, oder wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigten einen Zuschuss nach Absatz 2 erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2 b) Zur Gewährleistung der in Absatz 2 a Satz 1 Nr. 2 und 2 a bis 2 c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2 a Satz 1 Nr. 2 c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

(2 c) Wer bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist, das die Voraussetzungen des Absatzes 2 a nicht erfüllt, kann ab 1. Juli 1994 den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuss nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Beitrags, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuss nach Absatz 2 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des aus dem Vorruhestandsgeld bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) und neun Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen als Beitrag errechneten Betrages, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden.

## Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

### § 12 a VAG - Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4 a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

(2 a) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass an Stelle einer Prämienerrmäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienerrmäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

### § 12 b VAG - Prämienänderung in der Krankenversicherung

(1) Bei der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung dürfen Prämienänderungen aufgrund einer Änderungsklausel erst in Kraft gesetzt werden, nachdem ein unabhängiger Treuhänder der Prämienänderung zugestimmt hat. Der Treuhänder hat zu prüfen, ob die Berechnung der Prämien mit den dafür bestehenden Rechtsvorschriften in Einklang steht. Dazu sind ihm sämtliche für die Prüfung der Prämienänderungen erforderlichen technischen Berechnungsgrundlagen einschließlich der hierfür benötigten Nachweise und Daten vorzulegen. In den technischen Berechnungsgrundlagen sind die Grundsätze für die Berechnung der Prämien und Alterungsrückstellung einschließlich der verwendeten Rechnungsgrundlagen und mathematischen Formeln vollständig darzustellen. Die Zustimmung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 2 erfüllt sind.

(1 a) Der Zustimmung des Treuhänders bedürfen

1. Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 12 a Abs. 3 zu verwenden sind;

2. die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Der Treuhänder hat in den Fällen des Satzes 1 Nr. 1 und 2 darauf zu achten, dass die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämienerrhöhungen hat er insbesondere auf die Angemessenheit der Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Prämienzuschlag nach § 12 Abs. 4 a und ohne einen solchen zu achten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämienerrsteigerungen für die älteren Versicherten ausreichend Rechnung zu tragen.

(2) Das Versicherungsunternehmen hat für jeden nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarif zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen zu vergleichen. Ergibt die der Aufsichtsbehörde und dem Treuhänder vorzulegende Gegenüberstellung für einen Tarif eine Abweichung von mehr als 10 vom Hundert, sofern nicht in den allgemeinen Versicherungsbedingungen ein geringerer Vomhundertsatz vorgesehen ist, hat das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs zu überprüfen und, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen. Dabei darf auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Prämienzuschlag entsprechend geändert werden, soweit der Vertrag dies vorsieht. Eine Anpassung erfolgt insoweit nicht, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar

# 134 >> Gesetzestexte/ Bedingungen

dies hätten erkennen müssen. Ist nach Auffassung des Treuhänders eine Erhöhung oder eine Senkung der Prämien für einen Tarif ganz oder teilweise erforderlich und kann hierüber mit dem Unternehmen eine übereinstimmende Beurteilung nicht erzielt werden, hat der Treuhänder die Aufsichtsbehörde unverzüglich zu unterrichten.

(3) Zum Treuhänder darf nur bestellt werden, wer zuverlässig, fachlich geeignet und von dem Versicherungsunternehmen unabhängig ist, insbesondere keinen Anstellungsvertrag oder sonstigen Dienstvertrag mit dem Versicherungsunternehmen oder einem mit diesem verbundenen Unternehmen abgeschlossen hat. Die fachliche Eignung setzt ausreichende Kenntnisse auf dem Gebiet der Prämienkalkulation in der Krankenversicherung voraus.

(4) Der in Aussicht genommene Treuhänder muss vor Bestellung der Aufsichtsbehörde unter Angabe der Tatsachen, die für die Beurteilung der Anforderungen gemäß Absatz 3 wesentlich sind, benannt werden. Wenn Tatsachen vorliegen, aus denen sich ergibt, dass der in Aussicht genommene Treuhänder nicht zuverlässig oder fachlich nicht geeignet ist, kann sie verlangen, dass eine andere Person benannt wird. Werden nach der Bestellung Umstände bekannt, die nach Absatz 3 einer Bestellung entgegenstehen würden, oder erfüllt der Treuhänder die ihm nach diesem Gesetz obliegenden Aufgaben nicht ordnungsgemäß, insbesondere bei Zustimmung zu einer den Rechtsvorschriften nicht entsprechenden Prämienänderung, kann die Aufsichtsbehörde verlangen, dass ein anderer Treuhänder bestellt wird. Erfüllt in den Fällen der Sätze 2 und 3 auch der in Aussicht genommene oder der neue Treuhänder die Voraussetzungen nicht oder unterbleibt eine Bestellung, kann sie den Treuhänder selbst bestellen.

## Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### § 178 e VVG - Anpassung an Beihilfeanspruch

Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.

### § 178 f VVG - Wechsel in einen anderen Tarif

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind, als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch anwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart.

(2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

### § 178 g VVG - Prämie

(1) Bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12 und 12 a in Verbindung mit § 12 c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnen ist, kann der Versicherer nur die sich daraus ergebende Prämie verlangen. Unbeschadet bleibt die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren.

(2) Ist bei einem Versicherungsverhältnis das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadensbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat.

(3) Ist bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12 und 12 a in Verbindung mit § 12 c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnen ist, das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Ist in den Versicherungsbedingungen eine Bestimmung unwirksam, findet Satz 1 entsprechende Anwendung, wenn zur Fortführung des Vertrages dessen Ergänzung notwendig ist.

(4) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

### § 178 h VVG - Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers

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

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken- oder pflegeversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb von einem Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

## § 178 i VVG - Kündigungsrecht des Versicherers

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

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

(3) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können.

## Musterbedingungen (MB)

### § 14 MB/KK - Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der Krankheitskostenversicherung, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

### § 18 MB/KK - Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden

a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,

c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

(2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

(3) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

(4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 3 gilt entsprechend.

### § 14 MB/KT - Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

# 136 >> Gesetzestexte/ Bedingungen

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

## § 18 MB/KT - Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden

a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,

c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

In den Fällen der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

(2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

(3) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

(4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 3 gilt entsprechend.

## § 14 MB/PPV - Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

## § 18 MB/PPV - Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange des Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden.

a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,

b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,

c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,

d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

In den Fällen der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

(2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

(3) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

(4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Absatz 3 gilt entsprechend.

## Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung - KalV)

### § 1 KalV - Versicherungsmathematische Methoden in der Krankenversicherung

Versicherungsmathematische Methoden zur Berechnung der Prämien und Rückstellungen in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung sind die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Verwendung der in den §§ 2 und 4 bis 8 näher bezeichneten Rechnungsgrundlagen erfolgenden Berechnungen der Prämien und der Alterungsrückstellungen nach Maßgabe der §§ 3, 10, 11, 13 und 16.

### § 2 KalV - Rechnungsgrundlagen

(1) Rechnungsgrundlagen sind:

1. der Rechnungszins,
2. die Ausscheideordnung,
3. die Kopfschäden,
4. der Sicherheitszuschlag,
5. die sonstigen Zuschläge.

(2) Weitere Rechnungsgrundlagen sind die Krankheitsdauern und die Leistungstage, die Anzahl der Krankenhaus- und der Pflagestage, die Krankenhaus-, die Pflegehäufigkeiten, die Krankheits- und die Pflegekosten bezogen auf den Leistungstag sowie andere geeignete Rechnungsgrundlagen, die zur Festlegung der Kopfschäden oder Ausscheidewahrscheinlichkeiten erforderlich sind.

(3) Die Rechnungsgrundlagen sind mit ausreichenden Sicherheiten zu versehen.

### § 3 KalV - Gleiche Rechnungsgrundlagen

Für die Berechnung der Prämie und der Alterungsrückstellung sind die gleichen Rechnungsgrundlagen zu verwenden.

### § 4 KalV - Rechnungszins

Der Rechnungszins für die Prämienberechnung und die Berechnung der Alterungsrückstellung darf 3,5 vom Hundert nicht übersteigen.

### § 5 KalV - Ausscheideordnung

Die Ausscheideordnung enthält die Annahmen zur Sterbewahrscheinlichkeit und sonstigen Abgangswahrscheinlichkeiten, die unter dem Gesichtspunkt vorsichtiger Risikoeinschätzung festzulegen und regelmäßig zu überprüfen sind.

### § 6 KalV - Kopfschäden

(1) Kopfschäden sind die im Beobachtungszeitraum auf einen Versicherten entfallenden durchschnittlichen Versicherungsleistungen, die für jeden Tarif in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter des Versicherten zu ermitteln sind. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich auf zusammenhängende zwölf Monate; er ist für jeden Tarif gesondert festzulegen und kann nur aus wichtigem Grund im unmittelbaren Anschluss an eine Prämienanpassung geändert werden.

(2) Werden bei Neueinführung eines Tarifs andere als die vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen veröffentlichten Wahrscheinlichkeitstabellen verwendet, so sind die ihnen zugrunde liegenden Annahmen durch geeignete Statistiken zu belegen. Weichen die tariflichen Leistungen von denen ab, die den vom Bundesaufsichtsamt veröffentlichten Tabellen zugrunde liegen, so sind die für den neuen Tarif vorgesehenen Kopfschäden entsprechend abzuändern.

(3) Bei der Ermittlung der rechnungsmäßigen Kopfschäden für einen bestehenden Tarif sind für die einzelnen Bestandsgruppen die tatsächlichen Schadenergebnisse früherer Jahre mit einzubeziehen und mathematisch-statistische Verfahren zum Ausgleich von Zufallsschwankungen zu verwenden. Ist wegen geringer Bestandsgröße der Ausgleich von Zufallsschwankungen auf diese Weise nicht zu erreichen, so sind Stütztarife zu verwenden. Liegen auch keine Stütztarife vor, so ist der Schadenbedarf nach mathematisch-statistischen Grundsätzen zu schätzen.

### § 7 KalV - Sicherheitszuschlag

In die Prämie ist ein Sicherheitszuschlag von mindestens fünf vom Hundert der Bruttoprämie einzurechnen, der nicht bereits in anderen Rechnungsgrundlagen enthalten sein darf.

### § 8 KalV - Grundsätze für die Bemessung der sonstigen Zuschläge

(1) Die sonstigen Zuschläge umfassen

1. die unmittelbaren Abschlusskosten,
2. die mittelbaren Abschlusskosten,
3. die Schadenregulierungskosten,
4. die sonstigen Verwaltungskosten,
5. den Zuschlag für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung,
6. den Zuschlag für den Standardtarif.

(2) Für die Bemessung der Zuschläge nach Absatz 1 sind die tatsächlichen Aufwendungen jeweils gesondert zu erfassen. Die Zuschläge sind so zu bemessen, dass sie die Aufwendungen rechnungsmäßig decken.

(3) Unmittelbare Abschlusskosten dürfen durch Zillmerung nur in einer solchen Höhe in die Prämie eingerechnet werden, dass die Gesamtalterungsrückstellung eines Zugangsjahres im Tarif höchstens vier Jahre und jede Einzelalterungsrückstellung nicht länger als fünfzehn Jahre und nicht länger als die Hälfte der tariflich vorgesehenen künftigen Vertragsdauer negativ ist. Ist außer in den Fällen des § 10 Abs. 3 Satz 1 vereinbart, dass sich die Prämie während der Vertragslaufzeit verändert, ohne dass dies durch Anpassungen der Prämie an eine Veränderung des tatsächlichen Schadenbedarfs oder Änderungen des Leistungsumfangs bedingt wäre, darf die Höhe der eingerechneten unmittelbaren Abschlusskosten nicht von derjenigen abweichen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben würde. Werden die unmittelbaren Abschlusskosten von Versicherungsverträgen teilweise durch einen

# 138 >> Gesetzestexte/ Bedingungen

laufenden Zuschlag gedeckt, darf dieser betragsmäßig während der Versicherungsdauer nur dann erhöht werden, wenn er nach Vollendung des 65. Lebensjahres entfällt.

(4) In die Prämien dürfen mit Ausnahme der Zillmerung und des Zuschlages für den Standardtarif nur altersunabhängige absolute Kostenzuschläge eingerechnet werden; die Einrechnung laufender Zuschläge für die unmittelbaren Abschlusskosten ist nach Maßgabe des Absatzes 3 Satz 3 zulässig. Soweit in Tarifen die altersmäßige Bestandsverteilung vom Gesamtbestand des Unternehmens erheblich abweicht, sind zur Ermittlung der Stückkostenzuschläge Modellbestände zu verwenden. Hierdurch entstehende Kostenunterdeckungen sind in den anderen, für den Neuzugang offenen Tarifen zu berücksichtigen. Zulässig ist auch ein Kostenzuschlagssystem, bei dem die prozentualen Kostenzuschläge bei Prämienanpassungen auf Dauer nur auf die Teilprämien bezogen werden, die der aktuellen Tarifprämie zum ursprünglichen Eintrittsalter entsprechen. Satz 1 gilt nicht für die Prämienberechnung für Kinder und Jugendliche, für Ausbildungs-, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Kurtagegeld- und Pflegetagegeldtarife.

(5) Soweit vereinbart, muss in die Prämien der Tarife, die zum Wechsel in den Standardtarif nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berechtigten, ein gesonderter Zuschlag zur Gewährleistung der Beitragsgarantie im Standardtarif und des unternehmensübergreifenden Ausgleichs eingerechnet werden. Dieser Zuschlag entfällt für die Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben.

## § 9 KalV - Dokumentationspflichten

Alle rechnungsmäßigen Ansätze hat das Versicherungsunternehmen in überprüfbarer Weise zu belegen.

## § 10 KalV - Prämienberechnung

(1) Die Prämienberechnung hat nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für jede versicherte Person altersabhängig getrennt für jeden Tarif mit einem dem Grunde und der Höhe nach einheitlichen Leistungsversprechen unter Verwendung der maßgeblichen Rechnungsgrundlagen und einer nach Einzelaltern erstellten Prämienstaffel zu erfolgen. Jede Beobachtungseinheit eines Tarifs hat das Versicherungsunternehmen getrennt zu kalkulieren. Es dürfen nur risikogerechte Prämien kalkuliert werden. Bei geschlechtsabhängigen Tarifen dürfen die Geburtskosten auf beide Geschlechter verteilt werden.

(2) Abweichend von Absatz 1 dürfen Versicherte in der Altersgruppe der Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, in der Altersgruppe der Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres geführt werden. Dabei darf die Altersgruppe der Jugendlichen nicht mehr Alter umfassen als die der Kinder. In Ausbildungstarifen können Eintrittsaltergruppen gebildet werden, die höchstens fünf Eintrittsalter umfassen.

(3) Planmäßig steigende Prämien dürfen für Versicherte kalkuliert werden, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie in Ausbildungstarifen bis zum vollendeten 34. Lebensjahr der Versicherten. Für die Prämienberechnung des Neuzuganges sind die Formeln des Abschnitts A des Anhangs I oder andere geeignete Formeln, die den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechen, zu verwenden.

## § 11 KalV - Berechnung der Prämien bei Prämienanpassung

(1) Die Berechnung der Prämien bei Prämienanpassungen hat nach den für die Prämienberechnung geltenden Grundsätzen zu erfolgen. Dabei ist dem Versicherten der ihm kalkulatorisch zugerechnete Anteil der Alterungsrückstellung nach § 341 f des Handelsgesetzbuchs vollständig prämiemindernd anzurechnen; dies gilt nicht für den Teil, der auf die Anwartschaft zur Prämienermäßigung nach § 12 a Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entfällt, und der betragsmäßig anlässlich der Prämienanpassung unverändert bleibt, soweit er nicht prämiemindernd verwendet wird.

(2) Für die Prämienberechnung bei Prämienanpassungen sind die Formeln des Abschnitts B des Anhangs I oder andere geeignete Formeln, die den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechen, zu verwenden. In die Prämien der Versicherten, die das 45. Lebensjahr vollendet haben, dürfen keine erneuten einmaligen Kosten eingerechnet werden.

## § 12 KalV - Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz

(1) Als Krankenversicherungstarife mit gleichartigem Versicherungsschutz, in die der Versicherte zu wechseln berechtigt ist, sind Tarife anzusehen, die gleiche Leistungsbereiche wie der bisherige Tarif umfassen und für die der Versicherte versicherungsfähig ist. Leistungsbereiche sind insbesondere:

1. Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung,
2. Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung sowie Krankenhaustagegeldversicherungen mit Kostenersatzfunktion,
3. Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz,
4. Krankenhaustagegeld, soweit es nicht zu Nummer 2 gehört,
5. Krankentagegeld,
6. Kurtagegeld und Kostenerstattung für Kuren,
7. Pflegekosten und -tagegeld.

(2) Versicherungsfähigkeit ist eine personengebundene Eigenschaft des Versicherten, deren Wegfall zur Folge hat, dass der Versicherte bedingungsgemäß nicht mehr in diesem Tarif versichert bleiben kann.

(3) Keine Gleichartigkeit besteht zwischen einem gesetzlichen Versicherungsschutz mit Ergänzungsschutz der privaten Krankenversicherung und einer substitutiven Krankenversicherung.

## § 13 KalV - Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung bei einem Tarifwechsel

(1) Bei einem Wechsel in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz ist für jeden Leistungsbereich dem Versicherten der ihm kalkulatorisch zugerechnete Anteil der Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs mit Ausnahme des Teils, der auf die Anwartschaft zur Prämienermäßigung nach § 12 a Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entfällt und der betragsmäßig anlässlich des Tarifwechsels unverändert bleibt, vollständig prämiemindernd anzurechnen. Die Anrechnung kann so weit begrenzt werden, dass die für diesen Leistungsbereich zu zahlende anteilige Prämie diejenige zum ursprünglichen

Eintrittsalter nicht unterschreitet. In diesem Fall ist der nicht gutgebrachte Teil der Alterungsrückstellung der Rückstellung zur Prämienermäßigung im Alter des Versicherten zuzuführen. Das ursprüngliche Eintrittsalter ist das Alter des Versicherten, zu dem für ihn erstmals nach Vollendung des 21. Lebensjahres eine auf die gesamte Vertragslaufzeit bezogene Alterungsrückstellung bei dem Krankenversicherungsunternehmen gebildet worden ist.

(2) Der Wegfall eines Leistungsbereiches kann als Teilstorno angesehen werden. Dies gilt auch, wenn der Versicherte lediglich einen Teil des Tagegeldes innerhalb der Leistungsbereiche nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 4 bis 7 kündigt. Ist der Versicherte bedingungsgemäß verpflichtet, seinen Versicherungsschutz herabzusetzen, ist ihm die vorhandene Alterungsrückstellung entsprechend Absatz 1 anzurechnen. Wenn eine Rückstellung für Beitragsermäßigung im Alter nicht zu bilden ist, ist die Alterungsrückstellung über die Begrenzung nach Absatz 1 Satz 2 hinaus prämienmindernd anzurechnen.

(3) Stellt der Versicherte nach einer Herabsetzung nach Absatz 2 Satz 3 seinen ursprünglichen Versicherungsschutz innerhalb von fünf Jahren ganz oder teilweise wieder her, ist der nach Absatz 1 Satz 3 zum Zeitpunkt der Herabsetzung gutgeschriebene Teil der Alterungsrückstellung sofort prämienmindernd anzurechnen.

(4) Für die Prämienberechnung bei Umstufungen sind die Formeln des Abschnitts B des Anhangs I oder andere geeignete Formeln, die den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechen, zu verwenden. Bei einer Umstufung, die zu einer niedrigeren Prämie führt, sowie bei Wiederherstellung des ursprünglichen Versicherungsschutzes nach Absatz 3 dürfen nicht erneut einmalige Abschlusskosten eingerechnet werden.

## § 14 KaIV - Verfahren zur Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen

(1) Die Gegenüberstellung nach § 12 b Abs. 2 Satz 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist jährlich und für jede Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt durchzuführen. Kinder und Jugendliche können als einheitliche Beobachtungseinheit zusammengefasst werden. Der Beobachtungszeitraum ist der nach § 6 Abs. 1 Satz 2 maßgebliche Zeitraum. Die erforderlichen Versicherungsleistungen sind aus den beobachteten abzuleiten. Hierzu sind die Leistungen und die zugehörigen Bestände auf die Beobachtungszeiträume abzugrenzen. Ferner sind Wartezeit- und Selektionsersparnisse sowie erhobene Risikozuschläge zu berücksichtigen.

(2) Die tatsächlichen Grundkopfschäden der letzten drei Beobachtungszeiträume sind nach der Formel des Abschnitts A des Anhangs II zu ermitteln. Soweit sich im Tarif Leistungsänderungen ergeben haben, sind die tatsächlichen Grundkopfschäden auf das aktuelle Leistungsversprechen umzurechnen.

(3) Die Berechnung der erforderlichen Versicherungsleistungen erfolgt nach der Formel des Abschnitts B des Anhangs II. Bei der Gegenüberstellung nach § 12 b Abs. 2 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist der tatsächliche, auf den 18 Monaten nach Ende des letzten Beobachtungszeitraumes liegenden Zeitpunkt extrapolierte Grundkopfschaden mit dem Grundkopfschaden, der für das Ende dieses Zeitraumes rechnungsmäßig festgelegt ist, zu vergleichen. Die Verwendung gleichwertiger Verfahren zur Berechnung der erforderlichen Versicherungsleistungen ist zulässig, wenn das Versicherungsunternehmen zum Zeitpunkt der Einführung eines Tarifes dieses Verfahren der Aufsichtsbehörde unter Angabe der Formeln und Beifügung der versicherungsmathematischen Herleitung darlegt. Bei bestehenden Tarifen kann auf

ein anderes Verfahren nur aus wichtigem Grund in unmittelbarem Anschluss an eine Prämienanpassung übergegangen werden; Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Ist in einer Beobachtungseinheit eines Tarifes die Anzahl der Versicherten nicht ausreichend groß, um die Schadenerwartung statistisch gesichert zu ermitteln, ist die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen anhand des Schadenverlaufs der Tarife vorzunehmen, deren Rechnungsgrundlagen zur Erstkalkulation verwendet worden sind. Sind bei der Erstkalkulation die vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen veröffentlichten Wahrscheinlichkeitstafeln verwendet worden, so sind die erforderlichen Versicherungsleistungen anhand dieser Wahrscheinlichkeitstafeln zu berechnen. Kann das Unternehmen auf die Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation nach Satz 1 nicht zurückgreifen, gilt Satz 2 entsprechend. Ist die Erstkalkulation in anderer Weise vorgenommen worden, so sind die erforderlichen Versicherungsleistungen aufgrund vergleichbar aussagefähiger Grundlagen zu ermitteln.

(5) Abweichend von den Absätzen 3 und 4 sind zur Ermittlung der erforderlichen Versicherungsleistungen in den Tarifen der freiwilligen Pflegeversicherung die Ergebnisse der Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zu verwenden, solange in dem zu beobachtenden Tarif weniger als zehntausend natürliche Personen versichert sind. Ergibt die Gemeinschaftsstatistik, dass im abgelaufenen Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegedauern oder Pflegehäufigkeiten von den rechnungsmäßigen Ansätzen in den technischen Rechnungsgrundlagen für die Pflegekrankenversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. um mehr als zehn vom Hundert abweichen, hat das Versicherungsunternehmen alle Prämien der Pflegetagegeldtarife und Pflegekostentarife zu überprüfen. Zusätzlich hat es die Prämien der Pflegekostentarife zu überprüfen, wenn im abgelaufenen Kalenderjahr nach der Gemeinschaftsstatistik die Pflegekosten pro Tag von dem rechnungsmäßigen Ansatz um mehr als zehn vom Hundert abweichen.

## § 15 KaIV - Vorlagefristen

(1) Spätestens vier Monate nach dem Ende des Beobachtungszeitraumes hat das Versicherungsunternehmen die kommentierte Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen nach § 12 b Abs. 2 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes dem Treuhänder und der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Wird der in den Versicherungsbedingungen festgelegte Vorhundertsatz überschritten, jedoch von einer Neukalkulation abgesehen, so sind die Gegenüberstellungen der tatsächlichen und der rechnungsmäßigen Versicherungsleistungen der letzten vier Beobachtungszeiträume auf der Grundlage der aktuell gültigen Rechnungsgrundlagen beizufügen.

(2) Soweit die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und die Überprüfung der Prämien die Notwendigkeit von Prämienanpassungen ergeben hat, hat das Versicherungsunternehmen die Herleitung der neuen Prämien für die Versicherten einschließlich der statistischen Nachweise für die Rechnungsgrundlagen dem Treuhänder spätestens zwölf Monate nach Abschluss des Beobachtungszeitraumes vorzulegen.

## § 16 KaIV - Alterungsrückstellung

Bei der Berechnung der Alterungsrückstellung nach § 341 f des Handelsgesetzbuchs und § 25 Abs. 5 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen vom 8. November 1994 (BGBl. I S. 3378) ist die Summe der Einzelalterungsrückstellungen am Abschlussstichtag unter Berücksichtigung des Alters des Versicherten an diesem Stichtag zugrunde zu legen. Zur Berechnung der

# 140 >> Gesetzestexte/ Bedingungen

Alterungsrückstellungen nach Satz 1 ist auch ein Näherungsverfahren zulässig, bei dem das arithmetische Mittel der Einzelalterungsrückstellungen, die sich dadurch ergeben, dass die Versicherungsdauern auf ganze Jahre auf- und abgerundet werden, verwendet wird.

## § 17 KaIV - Aufstellung von Wahrscheinlichkeitstafeln

(1) Zur Aufstellung von Wahrscheinlichkeitstafeln haben Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die private Krankenversicherung betreiben, dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen anhand der Daten ihrer Versicherungsbestände jährlich folgende auf das jeweils vorangegangene Kalenderjahr bezogene Daten für die inländischen Versicherungsbestände mitzuteilen:

1. aus allen nach Art der Lebensversicherung betriebenen Versicherungstarifen unter Eliminierung der Abgänge der erst während des Kalenderjahres zugegangenen Personen:

a) die Anzahl der zu Beginn des Kalenderjahres versicherten natürlichen Personen der Krankenversicherung einschließlich der Pflegekrankenversicherung des Unternehmens und die zugehörigen Abgänge durch Tod jeweils getrennt nach erreichtem Einzelalter und Geschlecht, wobei die Krankenversicherungen der Beihilfeberechtigten gesondert zu erfassen sind,

b) die Anzahl der zu Beginn des Kalenderjahres versicherten natürlichen Personen in den Tarifen der substitutiven Krankenversicherung des Unternehmens und die zugehörigen Abgänge durch Stornierungen jeweils getrennt für die Beihilfevollversicherung, für die sonstige Vollversicherung, für die Krankentagegeldversicherung und für die Pflegekrankenversicherung sowie zusätzlich getrennt nach erreichtem Einzelalter und Geschlecht;

2. aus allen Tarifen der substitutiven Krankenversicherung jeweils getrennt nach Einzelalter und Geschlecht und unter Eliminierung der Werte der Neuzugänge der letzten drei Kalenderjahre und der Werte der Personen, deren Versicherung zum Zeitpunkt der Erfassung ruht:

a) die Anzahl der versicherten Personen in dem Tarif,

b) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge jeweils getrennt nach jeder absoluten und prozentualen Selbstbehaltstufe,

c) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 begrenzt auf die Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge jeweils getrennt für Versicherte, die nur allgemeine Krankenhausleistungen, die zusätzlich Unterbringung im Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung, die zusätzlich Unterbringung im Einbettzimmer und wahlärztliche Behandlung oder die zusätzlich Unterbringung im Einbettzimmer, wahlärztliche Behandlung und Ersatzkrankenhaustagegeld bei Nichtinanspruchnahme des Einbettzimmers versichert haben, außerdem getrennt nach jeder absoluten und prozentualen Selbstbehaltstufe,

d) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge jeweils getrennt nach Zahnbehandlung und Zahnersatz einschließlich Kieferorthopädie sowie zusätzlich getrennt nach jeder absoluten und prozentualen Selbstbehaltstufe,

e) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 die abgegrenzte Anzahl der Leistungstage jeweils getrennt nach der Karenzzeit,

f) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 hinsichtlich der Pflegekosten die abgegrenzte Anzahl der Pflegefälle, die abgegrenzte

Anzahl der Pflgetage, die abgegrenzten Rechnungsbeträge und die abgegrenzten Erstattungsbeträge jeweils getrennt nach ambulanten und stationären Leistungen sowie zusätzlich getrennt nach jeder Pflegestufe,

g) für den Leistungsbereich nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 hinsichtlich der Pflgetagegelder die abgegrenzte Anzahl der Pflegefälle und die abgegrenzte Anzahl der Pflgetage.

(2) Das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen gibt innerhalb der ersten zwei Monate eines jeden Kalenderjahres den Versicherern bekannt, für welche Tarife Daten nach Absatz 1 bis spätestens vier Monate nach Ende des Kalenderjahres mitzuteilen sind. Erfolgt in einem Jahr keine Bekanntmachung der mitteilungspflichtigen Daten, so sind die Daten für die Tarife mitzuteilen, die im vorangegangenen Kalenderjahr mitzuteilen waren.

(3) Kleinere Versicherungsvereine im Sinne des § 53 des Versicherungsaufsichtsgesetzes sind von der Vorlagepflicht nach Absatz 1 befreit.

## § 18 KaIV - Ordnungswidrigkeiten

Ordnungswidrig im Sinne des § 144 Abs. 1 a Nr. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes handelt, wer als Mitglied des Vorstands, als Hauptbevollmächtigter, als Verantwortlicher Aktuar oder als Liquidator eines Versicherungsunternehmens vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 15 die dort genannte Gegenüberstellung oder die Herleitung der neuen Prämie nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.

## § 19 KaIV - Ausnahme- und Übergangsvorschriften

(1) Diese Verordnung findet mit Ausnahme der Regelung des § 17 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe f und g keine Anwendung auf die Pflegepflichtversicherung.

(2) Für die vor dem 1. Juli 1994 aufsichtsbehördlich genehmigten Tarife bestimmt sich die Bildung von Altersgruppen in den Prämienstaffeln nach den jeweiligen geschäftsplanmäßigen Regelungen. Bei Versicherungsverhältnissen, die nach dem 30. Juni 1994 und vor In-Kraft-Treten dieser Verordnung nach nicht aufsichtsbehördlich genehmigten Tarifen begründet worden sind, bestimmt sich die Altersgruppenbildung nach den für das Versicherungsverhältnis maßgebenden technischen Berechnungsgrundlagen.

(3) Für Tarife, die nach dem 30. Juni 1994 und vor In-Kraft-Treten dieser Verordnung eingeführt worden sind, gilt § 14 Abs. 3 Satz 3 mit der Maßgabe, dass die Vorlage innerhalb von sechs Wochen nach In-Kraft-Treten dieser Verordnung erfolgen muss.

(4) Werden für Verträge, die vor In-Kraft-Treten dieser Verordnung abgeschlossen worden sind, zur Berechnung der Alterungsrückstellung von § 16 abweichende, auf genehmigten Geschäftsplänen beruhende Verfahren verwendet und ergibt sich hierdurch eine geringere Alterungsrückstellung, so ist der Differenzbetrag, der sich zum Zeitpunkt des dem In-Kraft-Treten dieser Verordnung folgenden Bilanzstichtags ergibt, in jedem folgenden Geschäftsjahr zu mindestens einem Fünftel der Rückstellung zuzuführen.

(5) Auf vor In-Kraft-Treten dieser Verordnung geschlossene Verträge, bei denen die unmittelbaren Abschlusskosten durch einen laufenden Zuschlag gedeckt werden, findet § 8 Abs. 3 Satz 3 keine Anwendung.

## § 20 KaIV - In-Kraft-Treten

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

- Abschlusskosten S. 32, 56, 58
- Abschlusskostenquote S. 31
- Alternative Heilverfahren S. 16, 50, 74
- Alterungsrückstellung S. 6, 13, 20, 21, 22, 33, 41, 57, 59, 63, 64, 66, 72
- Alterungsrückstellung, Mitgabe der S. 15, 20
- Alterungsrückstellung, Portabilität der S. 7, 21
- Anbieter von Versicherungsvergleichen S. 28
- Annahmepolitik S. 58
- Annahmerichtlinien S. 32
- Anwartschaften S. 73
- Anwartschaftsdeckungsprinzip S. 11
- Anwartschaftsdeckungsverfahren S. 10, 57
- Äquivalenzprinzip S. 10, 56, 57, 61
- Arbeitnehmer S. 12, 13, 15, 16, 48
- Ärzte S. 9, 50, 53, 78, 81
- Assistance-Leistungen S. 81, 82
  
- Basisschutz** S. 21, 22
- Basistarif S. 21, 51, 53
- Beamte S. 15, 89, 92
- Beitrag S. 6, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 28, 29, 30, 33, 35, 40, 41, 46, 47, 48, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 74, 79, 80, 81, 82
- Beitragsanpassungen S. 53, 57, 59, 62, 66
- Beitragsbemessungsgrenze S. 10
- Beitragsentlastung im Alter S. 66
- Beitragsersparnis S. 28, 47, 48, 51
- Beitragskalkulation S. 10, 14, 56, 58, 79
- Beitragsrückerstattung S. 10, 30, 40, 46, 68, 69, 79
- Beitragssatz S. 12, 19, 22
- Beitragssicherheit S. 14, 67
- Beitragsstabilität S. 6, 62, 67
- Beitragssystem der GKV S. 12
- Beitragssystem der PKV S. 13
- Bekannte S. 26
- Beratungsservice S. 78
- Berufliche Veränderungen S. 72
- Beschwerdemanagement S. 79
- Beschwerdequote S. 79
- Bilanzanalysen S. 33
- Bruttobeitrag S. 56
- Bürgerversicherung S. 7, 20
  
- Dämpfung der Beitragsentwicklung** S. 66
- Demografiebewältigung S. 20
- Demografieresistenz S. 21, 22
  
- Demografische Entwicklung 12
- Diagnoseverfahren 63
  
- Einfirmenvertreter** S. 26
- Einstiegsbeitrag S. 57, 59
- Eintrittsbeitrag S. 17, 33
- Elternzeit S. 16, 17
- Erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung S. 68
- Existenzgründer S. 53, 72
- Externe Ratings S. 31, 34
  
- Familienplanung** S. 17, 71
- Flexibilität S. 11, 35, 61, 71, 72, 73, 74, 75
- Freunde S. 26
  
- Gegliedertes Krankenversicherungssystem** S. 9, 10
- Gesetzlicher Zuschlag S. 67
- Gesundheitsbewusstsein S. 63, 64
- Gesundheitsmanagement S. 82
- Gesundheitsprämie S. 7, 20
- Gesundheitsreform 2000 S. 6
- Gesundheitsreformgesetz 2000 S. 17, 59, 66
- Großschadentarif S. 48
  
- Heilmittel** S. 51, 74
- Heilpraktikerleistungen S. 50
- Hilfsmittel S. 9, 49, 51, 61, 74, 78, 79, 80
- Höchstbeitrag S. 17, 68
- Höchstbeträge S. 48, 49, 51
  
- Informationsmaterial von Versicherungsgesellschaften S. 27
- Interne Ratings S. 31, 34
- Internet S. 6, 18, 26, 28
  
- Jahresarbeitsentgeltgrenze** S. 12, 17, 68
- Juristen S. 72
- Juristischen Treuhänder S. 41
  
- Kennzahlenkatalog des PKV-Verbandes S. 31, 35
- Kernversicherungsschutz S. 78
- Koexistenz S. 7, 21, 22
- Kommissionspapier S. 15
- Kompakttarife S. 47
- Kontrahierungszwang S. 21
- Kostensteigerung S. 13, 63, 64
- Krankenhaustagegeld S. 46
- Krankenversicherung der Rentner S. 12

# 142 >> Stichwortverzeichnis

Kundenorientierung S. 35, 77, 78, 79, 80, 81, 82  
Kurortklausel S. 51

Lebenserwartung S. 12, 13, 20, 64  
Leistungsbarwert S. 56  
Leistungsgarantie S. 18  
Leistungsanspruchnahme S. 56, 62  
Leistungsservice S. 78, 79  
Leistungsstandards S. 49, 50, 52, 53  
Luxustarife S. 53

**Makler** S. 27  
Managed Care S. 80, 81  
Mathematischer Treuhänder S. 40  
Medien S. 25, 28, 31, 36  
Mediziner S. 72  
Mehrfachagent S. 26, 27  
Moral-Hazard-Prinzip S. 57, 58  
Mutterschaftsgeld S. 17

**Nachhaltigkeit** S. 21  
Nettobeitrag S. 13, 56, 57  
Neugründung S. 66

**Optionstarif** S. 51, 72, 73

**Pacta sunt servanda** S. 11  
Paralleltarife S. 32, 59  
Pauschalprämie S. 20  
Persönliche Veränderungen S. 72  
Pflegezusatzversicherung S. 53  
PKV-Zukunftskonzept S. 7, 21, 22  
Produktrating S. 31, 32  
Psychotherapeutische Behandlungen S. 50

**Ratings/Rankings** S. 26, 28, 29, 31  
Rentner S. 12, 15  
Risikobeitrag S. 13, 56, 57  
Risikomanagement S. 58  
Risikopolitik S. 69, 79  
Risikoprüfung S. 21, 32, 53, 66, 74  
Risikoselektion S. 57, 58  
Risikostrukturausgleich S. 11  
Rückkehrmöglichkeit in die GKV S. 17, 19  
Rundum-Erreichbarkeit S. 79

**Schwangerschaft** S. 17

Selbstbeteiligung S. 10, 16, 19, 30, 41, 46, 47, 48, 51,  
53

Selbstständige S. 13, 15, 74  
Selektionsgewinne S. 32  
Sicherheitszuschlag S. 56  
Solidaritätsprinzip S. 10, 12  
Sparanteil S. 13, 57, 63  
Standardtarif S. 17, 18, 21, 49, 68  
Steuerungselemente S. 33, 68  
Studenten S. 16, 72

**Tarifpolitik** S. 58  
TNS Emnid-Studie/-Befragung S. 6, 18  
Treuhänder S. 40, 64

**Überproportionale Steigerungseffekte** S. 65  
Übersorgungsangebot S. 64  
Umlageverfahren der GKV S. 10  
Umtarifierungsangebote S. 68  
Unternehmensrating S. 31

**Verantwortlicher Aktuar** S. 40, 91  
Verbraucherschutz S. 27, 91  
Verfahren zur Beitragsänderung S. 64  
Vergleichsprogramme S. 6, 31, 32, 34, 35  
Versicherungsbedingungen S. 34, 36, 39, 40  
Versicherungsvertreter S. 26  
Vertriebs-/Beratungsgesellschaft S. 27  
Verwandte S. 26

**Zusatznutzen** 79, 82



Continental  
Krankenversicherung a.G.  
pkv-ratgeber

Ruhrallee 92-94  
44139 Dortmund  
info@pkv-ratgeber.de  
www.pkv-ratgeber.de