



Die Beitragskalkulation in der Privaten Krankenversicherung

Inhalt

1. Wie werden die Beiträge kalkuliert?	3
1.1 Rechtliche Grundlagen der Beitragskalkulation.....	5
1.2 Vorsorge fürs Alter.....	5
2. Wie funktioniert eine Beitragsanpassung?	8
2.1 Rechtliche Vorgaben für die Beitragsanpassung	9
2.2 Prüfung und Aufsicht.....	10
2.3 Der Einfluss der Alterungsrückstellungen.....	10
3. Wie kann der Versicherte den Beitrag beeinflussen?.....	11
3.1 Der Selbstbehalt	11
3.2 Die Beitragsrückerstattung.....	11
3.3 Der Tarifwechsel	12
3.4 Der Unternehmenswechsel	13
3.5 Beitragsentlastungstarife.....	14

Wie kommt ein Krankenversicherungsbeitrag zustande? In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist das für den Versicherten verhältnismäßig einfach nachzuvollziehen: Die Krankenkasse erhebt einen festgelegten Beitragssatz und gegebenenfalls einen prozentualen Zusatzbeitrag auf das Einkommen. Diese Regel gilt für jedes zahlende Mitglied.

In der Privaten Krankenversicherung (PKV) funktioniert die Beitragsberechnung anders und ist unabhängig vom Einkommen. Hier sind die Beiträge so individuell wie der jeweilige Versicherungsschutz. Das bedeutet aber nicht, dass die Unternehmen völlig frei in der Kalkulation ihrer Tarife sind. Vielmehr befolgen sie dabei strenge mathematische Regeln, die alle eine gesetzliche Grundlage haben. Beiträge wie Beitragsveränderungen ergeben sich immer aus der Anwendung zahlreicher Statistiken und Rechnungsformeln. Die wichtigsten Regeln verständlich zu machen, ist das Anliegen dieser kleinen Broschüre.

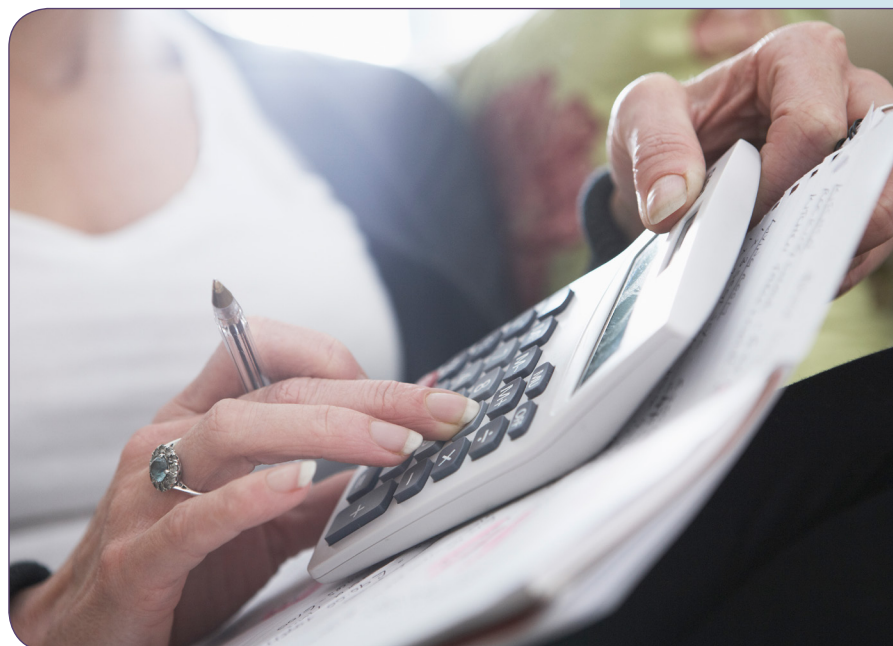
Jeder Kalkulation liegen stets die Prinzipien der Privaten Krankenversicherung zugrunde:

- Die Gesunden stehen für die Kranken ein.
- Der Versicherungsschutz soll den persönlichen Bedürfnissen des Versicherten entsprechen.
- Jede Altersgruppe sorgt für sich selbst vor und belastet nicht nachfolgende Generationen.

1. Wie werden die Beiträge kalkuliert?

Die Berechnung der Beiträge erfolgt in der Privaten Krankenversicherung (PKV) nach dem sogenannten Äquivalenzprinzip. Dabei wird stets ein Kollektiv betrachtet, das zu Versicherungsbeginn gleichaltrig ist. In jedem einzelnen Kollektiv muss die Summe aller zu erwartenden Versicherungsleistungen über die gesamte Versicherungszeit gleich der Summe aus den Beitrags-einnahmen sein.

Diese Berechnung erfolgt zu Beginn der Versicherung. Verschlechtert sich im Laufe der Zeit der Gesundheitszustand eines Versicherten im Kollektiv, hat das keine Auswirkungen auf dessen individuellen Beitrag. Denn es ist ja gerade der Sinn einer Versicherung, dass der einzelne Versicherte im Schadensfall von der Versichertengemeinschaft aufgefangen wird. Eine individuelle Beitrags-erhöhung wegen einer Erkrankung gibt es also nicht.



Um den Beitrag risikogerecht kalkulieren zu können, sind zunächst die folgenden Informationen wichtig:

- **der Umfang der versicherten Leistungen**
Ist das Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer im Krankenhaus versichert? Wie hoch ist die Erstattung bei Zahnersatz? Sind Naturheilverfahren im Versicherungsschutz enthalten? usw.
- **das Alter des Versicherten bei Versicherungsbeginn**
Mit zunehmendem Alter nehmen Versicherte ihre PKV stärker in Anspruch. Deswegen gilt: Je früher der Wechsel in die PKV erfolgt, desto niedriger sind die Beiträge.
- **der Gesundheitszustand des Versicherten bei Versicherungsbeginn**
Bereits vorhandene Erkrankungen sind zusätzliche Gesundheitsrisiken, die in den Beitrag einkalkuliert werden müssen. Im Falle einer Vorerkrankung können die PKV-Unternehmen deshalb den Aufnahmeantrag ablehnen. Alternativ bieten sie dann einen Versicherungsschutz an, in dem für die Erkrankung ein Risikozuschlag zu zahlen ist oder damit verbundene Leistungen ausgeschlossen sind.

Eine Besonderheit gilt bei neugeborenen Kindern: Bei ihnen ist der Gesundheitszustand irrelevant für das Zustandekommen des Versicherungsvertrages. Sofern ein Elternteil seit mindestens drei Monaten vor der Geburt des Kindes privat krankenversichert ist, wird das Neugeborene vom selben Versicherungsunternehmen im gleichen Versicherungsumfang ohne Risikozuschläge versichert. Voraussetzung ist, dass der Antrag auf Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt erfolgt.

- **das Geschlecht** (bei Versicherungsbeginn vor dem 21. Dezember 2012)
Da Frauen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, war lange Zeit eine geschlechtsspezifische Kalkulation vorgeschrieben. Doch seit dem 21. Dezember 2012 greift eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs: Seither müssen die Versicherungsunternehmen die Beiträge für den Neuzugang geschlechtsneutral kalkulieren und sogenannte Unisex-Tarife anbieten. Bestandsversicherte können aus ihren geschlechtsspezifischen, den sogenannten Bisex-Tarifen in die Unisex-Tarifwelt wechseln. Ein Wechsel von Unisex zu Bisex ist hingegen nicht möglich.

Anders als die Gesetzliche Krankenversicherung erhält die Private Krankenversicherung keinen jährlichen Bundeszuschuss in Milliardenhöhe zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen wie die Familienmitversicherung. Auch deshalb kennt die PKV keine beitragsfreie Familienmitversicherung. Das Kalkulationsprinzip der individuellen, risikogerechten Beiträge wird auch bei Ehepartnern ohne eigenes Einkommen und Kindern angewendet.

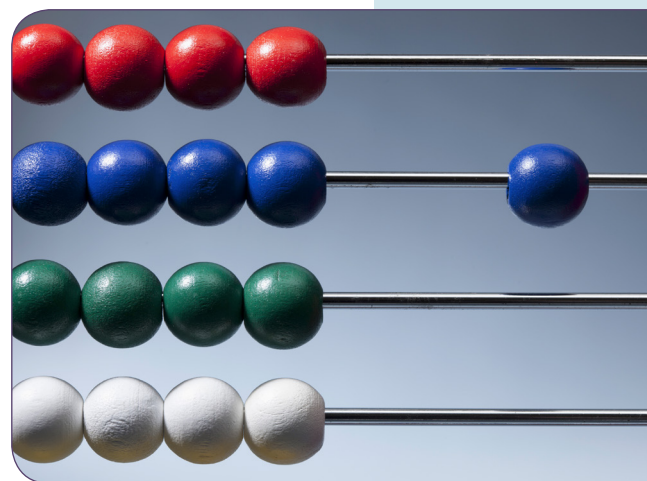
1.1 Rechtliche Grundlagen der Beitragskalkulation

Bei der Beitragskalkulation müssen die Privaten Krankenversicherungen zahlreiche gesetzliche Vorschriften beachten. Die drei wichtigsten Quellen sind

- das Versicherungsvertragsgesetz (Gesetz über den Versicherungsvertrag – VVG)
- das Versicherungsaufsichtsgesetz (Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen – VAG) und
- Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung – KVAV).

Im Versicherungsvertragsgesetz sind die grundsätzlichen Rechte und Pflichten der Versicherten wie auch der Versicherungen festgehalten. Das Versicherungsaufsichtsgesetz schreibt unter anderem vor, welche Bedingungen Unternehmen erfüllen müssen, um ihr Versicherungsgeschäft betreiben zu dürfen. Die Einhaltung der Vorschriften wird von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) überwacht (www.bafin.de). Zu den Vorgaben des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die private Krankheitsvollversicherung gehört, dass die Versicherungsunternehmen auf ihr ordentliches Kündigungsrecht verzichten müssen, die Versicherten ein Recht auf Tarifwechsel haben müssen und das Versicherungsunternehmen Alterungsrückstellungen bilden muss. Auch müssen die Beiträge auf versicherungsmathematischer Grundlage berechnet werden.

Die Rechnungsgrundlagen werden in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung näher bezeichnet. Danach müssen die Versicherungsunternehmen ihrer Beitragskalkulation unter anderem sogenannte Kopfschäden und die „Ausscheideordnung“ zugrunde legen. Unter Kopfschäden versteht man die Durchschnittsleistungen der PKV je Versicherten für jedes Alter. Diese statistischen Werte ermöglichen es, aus der Vergangenheit Rückschlüsse für den zukünftigen Bedarf an Versicherungsleistungen zu ziehen. In der sogenannten Ausscheideordnung spiegeln sich die Wahrscheinlichkeiten von Todesfällen und von Kündigungen des jeweiligen PKV-Tarifs wider.



1.2 Vorsorge fürs Alter

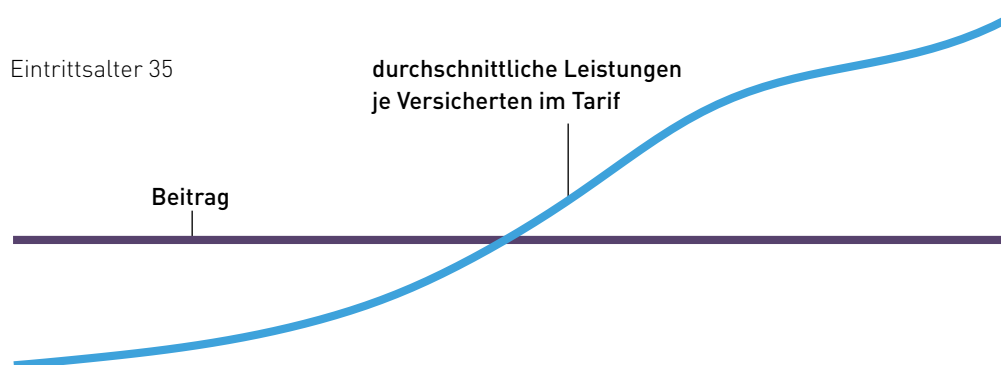
Mit dem Alter steigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. So verbrauchen 80- bis 84-Jährige laut Arznei-Verordnungsreport 2015 der GKV 21 Mal mehr Arzneimittel als 20- bis 24-Jährige. Die Pro-Kopf-Ausgaben der Privaten Krankenversicherung für die Krankenhausbehandlung von 76- bis 80-jährigen weiblichen Versicherten waren 2015 fast 5 Mal höher als für die 41- bis 45-jährigen. Für männliche Versicherte der gleichen Altersgruppen lagen die Ausgaben sogar 8,5 Mal höher.

Anders als in der GKV müssen diese höheren Ausgaben für ältere Versicherte in der PKV nicht von den jüngeren finanziert werden. Vielmehr sorgt hier jede Generation für sich selbst vor. Dafür kalkulieren die privaten Krankenversicherungen

nach dem sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahren. Das heißt, es werden Rückstellungen für die mit dem Alter steigenden Versicherungsleistungen gebildet. Für deren Berechnung sind laut Krankenversicherungsaufsichtsverordnung die gleichen Rechnungsgrundlagen zu verwenden wie für die Berechnung der Beiträge.

Die folgende Grafik ist ein stark vereinfachtes Modell, um die Grundzüge der Beitragskalkulation in der PKV zu veranschaulichen. Die blaue Linie gibt die mit dem Alter steigenden Gesundheitsausgaben wieder. Die violette Linie zeigt den Beitrag, der in der PKV über die Lebensdauer konstant kalkuliert wird.

Schematisches Modell der Beitragskalkulation in der PKV



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

- in jungen Jahren oberhalb der durchschnittlich zu erwartenden Ausgaben je Versicherten und
- in späteren Jahren darunter liegt.

Der sich in jungen Jahren ergebende Mehrbeitrag wird in der sogenannten Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die tatsächlichen Ausgaben für Gesundheitsleistungen über dem Beitrag liegen, wird die Differenz durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen des Versichertenkollektivs finanziert. Ab welchem Alter die Alterungsrückstellungen abgebaut werden, hängt vom jeweiligen Tarif ab.

Grundsätzlich gilt: Je später der Wechsel in die PKV erfolgt, desto kürzer ist die Zeit, in der die Alterungsrückstellungen aufgebaut werden können. Deshalb müssen bei einem späteren Versicherungsbeginn die monatlichen Zuführungen höher sein. Dies führt zu einem höheren Beitrag.

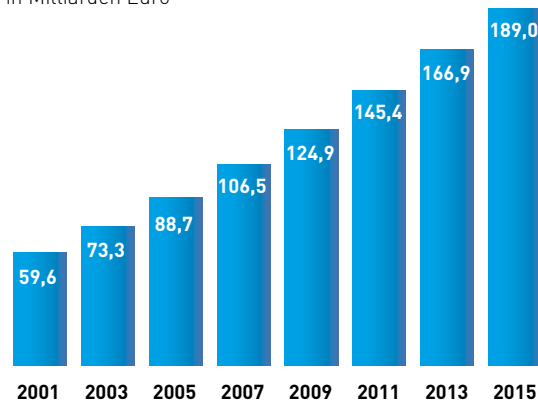
Bei der Kalkulation der Beiträge und der daraus resultierenden Alterungsrückstellungen legen die Unternehmen einen bestimmten Zinssatz zu Grunde, den Rechnungszins. Wenn das Versicherungsunternehmen am Kapitalmarkt eine Verzinsung oberhalb des Rechnungszinses erreicht, entstehen die sogenannten Überzinsen. 90 Prozent der Überzinsen werden für zusätzliche Beitragsent-

Die Alterungs-
rückstellung

lastungen im Alter genutzt. Der überwiegende Teil davon wird den Alterungsrückstellungen aller Versicherten des jeweiligen Unternehmens gutgeschrieben. Der geringere Anteil wird innerhalb von drei Jahren zur Beitragsentlastung der über 65-jährigen Versicherten eingesetzt. Die verbleibenden 10 Prozent der Überzinsen werden den freien Unternehmensmitteln zugeführt.

Entwicklung der Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung

in Milliarden Euro



Eine dritte Zuführungsquelle der Alterungsrückstellungen ist neben Rechnungs- und Überzinsen die Vererbung. Endet ein Versicherungsverhältnis durch Tod oder Kündigung der versicherten Person, verbleiben die Alterungsrückstellungen, die sich durch den Beitrag gesammelt haben, beim bisherigen Versicherer und werden für die übrigen Versicherten derselben Tarifstufe und Altersgruppe genutzt. Wurde der Vertrag allerdings erst 2009 oder später geschlossen bzw. umgestellt, wird bei einem Wechsel des Versicherten zu einem anderen PKV-Unternehmen ein Teil der Alterungsrückstellungen an den neuen Versicherer übertragen.

Ein weiteres Instrument zur Beitragsentlastung im Alter ist der gesetzliche Zehn-Prozent-Zuschlag, den Neuversicherte seit dem 1. Januar 2000 auf ihren Beitrag zahlen. Er wird in der Regel ab dem 22. Lebensjahr bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres berechnet. Das Polster, das durch Zahlung des Zehn-Prozent-Zuschlags gebildet wird, ist individuell unterschiedlich. Je früher ein Versicherter in die Private Krankenversicherung eintritt, desto länger ist der Versicherungszeitraum und desto höher ist der Betrag, der durch den Zehn-Prozent-Zuschlag angespart wird. Damit fällt auch die spätere Beitragsentlastung höher aus. Sobald der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat, wird die Summe aus Zuschlag, Zinsen und Überzinsen dazu eingesetzt, Beitragserhöhungen zu verhindern oder zu begrenzen. Gemäß Versicherungsaufsichtsgesetz muss das Versicherungsunternehmen ab dem 80. Geburtstag des Versicherten die dann noch vorhandenen Mittel aus dem Zuschlag dafür verwenden, seine Beiträge zu senken.

Wer bereits vor dem 1. Januar 2000 privat krankenversichert war, konnte den Zuschlag bei dessen Einführung ablehnen. Für diejenigen Versicherten, die nicht widersprochen hatten, wurde er 2001 in Höhe von zunächst zwei Prozent eingeführt und dann bis zum Erreichen von 10 Prozent der Bruttoprämie jährlich um zwei Prozent erhöht. Die beitragsentlastende Wirkung des Zehn-Prozent-Zuschlags wird sich deshalb bei denjenigen Versicherten optimal entfalten, deren Zahlphase nach Einführung des Zuschlags ausreichend lange währte.

Stichwort Generationengerechtigkeit

In der Privaten Krankenversicherung sorgt jeder Versicherte mit seinen Beiträgen in jungen Jahren für die im Alter steigenden Gesundheitsausgaben vor. In der Gesetzlichen Krankenversicherung werden die höheren Ausgaben für ältere Ver-

Der 10-Prozent-Zuschlag

sicherte von den Beiträgen der erwerbstätigen Versicherten getragen. Das ist Teil des Solidarprinzips der Gesetzlichen Krankenversicherung. Doch in den kommenden Jahren und Jahrzehnten wird sich das Verhältnis von Erwerbstätigen zu Rentnern stark verändern, da die Geburtenrate in Deutschland auf niedrigem Niveau stagniert. Heute ist jeder vierte Einwohner 60 Jahre oder älter. Bis 2030 steigt der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes auf 37 Prozent. Dank des medizinischen

Fortschritts werden die Menschen zudem immer älter. Sind heute fast fünf Millionen Bürger über 80 Jahre alt, werden es 2050 mehr als zehn Millionen sein. Die Belastung der jüngeren Beitragszahler in der Gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung wird deshalb deutlich ansteigen. Die privat Krankenversicherten entlasten das Krankenversicherungssystem an dieser Stelle. Denn dank der Alterungsrückstellungen sind die älteren Versicherten hier nicht auf die Beiträge der jüngeren Versicherten angewiesen.



2. Wie funktioniert eine Beitragsanpassung?

Mit Abschluss einer privaten Krankenversicherung erhält der Versicherte einen dauerhaften Versicherungsschutz, dessen Umfang der Versicherer nicht einseitig erweitern oder reduzieren kann. Hingegen können sich die Leistungen, die der Versicherer erstattet, durchaus ändern. Hierfür gibt es verschiedene Ursachen:

- Es etablieren sich neue Behandlungsmethoden und medizinisch-technische Geräte.
- Die Versicherten benötigen mehr Versicherungsleistungen, als anhand der Rechnungsgrundlagen für die Beiträge einkalkuliert werden konnten.
- Die allgemeine Entwicklung der Preise im Gesundheitswesen betrifft auch die Private Krankenversicherung.

Diese Veränderungen bedeuten meistens eine Erhöhung der Leistungen. Ohne sie blieben die Versicherungsbeiträge durch die Art ihrer Kalkulation konstant. Um aber die Leistungssteigerungen unter Beibehaltung des vertraglich garantierten Versicherungsschutzes finanzieren zu können, haben die PKV-Unternehmen nur die Möglichkeit einer Beitragsanpassung.

Über eine anstehende Beitragsanpassung müssen die Unternehmen ihre Versicherten einen Monat im Voraus schriftlich informieren.

2.1 Rechtliche Vorgaben für die Beitragsanpassung

Die Beitragsanpassung erfolgt auf den gleichen rechtlichen Grundlagen wie die ursprüngliche Kalkulation. Nach Vorgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes müssen die Versicherungsunternehmen für ihre Tarife jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Leistungen vergleichen. Dieser Vergleich erfolgt nicht für den Tarif insgesamt, sondern für die sogenannten Beobachtungseinheiten. Als solche gelten Frauen, Männer, Kinder sowie weibliche und männliche Jugendliche. In den Unisex-Tarifen gibt es nur noch die drei Beobachtungseinheiten Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Beitragsanpassung heißt nicht automatisch Beitragserhöhung: Verringern sich die Ausgaben dauerhaft, senkt das Versicherungsunternehmen die Beiträge. Dies war insbesondere in der Privaten Pflegepflichtversicherung bereits öfter der Fall, aber ebenso in einzelnen Krankenversicherungstarifen.

Neben den steigenden Versicherungsleistungen gibt es noch einen weiteren möglichen Grund für Beitragsanpassungen in der Privaten Krankenversicherung: die allgemein steigende Lebenserwartung. Das Versicherungsunternehmen muss die Beiträge so kalkulieren, dass die Alterungsrückstellungen bis ans Lebensende der Versicherten reichen. Erhöht sich die durchschnittliche Lebenserwartung, müssen mehr Alterungsrückstellungen gebildet werden. Deshalb hat jedes Versicherungsunternehmen jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten zu vergleichen.

Ergibt die Gegenüberstellung von erforderlichen und kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von zehn Prozent oder mehr, so müssen alle Rechnungsgrundlagen der betreffenden Beobachtungseinheit überprüft werden. Die Versicherer können in ihren Versicherungsbedingungen auch eine Überprüfung ab einer Abweichung von mindestens fünf Prozent vorsehen. Beim Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten wird die Überprüfung immer schon bei einer Abweichung von über fünf Prozent notwendig. Man spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die „Auslösenden Faktoren“ angesprochen haben.

Bestätigt mindestens eine der Überprüfungen eine dauerhafte Abweichung von der bisherigen Kalkulation, so muss die Kalkulation neu erfolgen. Dabei kann das Versicherungsunternehmen auch vereinbarte Selbstbehalte erhöhen.

Handelt es sich um eine nur vorübergehende Abweichung, erfolgt keine Beitragsanpassung. Ursache hierfür können einmalige Ereignisse wie eine Grippe-welle sein, die viele Versicherte betreffen, oder besondere Schadenfälle wie die Ebola-Erkrankung eines einzelnen Versicherten.

Die strengen Vorgaben, wann der Versicherer Beitragsüberprüfungen und daraus folgend Beitragsanpassungen vornehmen darf, können zu Nachholeffekten führen. So kann der Anstieg der Versicherungsleistungen einige Jahre lang jeweils unter fünf Prozent liegen und deshalb keine Beitragserhöhung nach sich ziehen. Wird die Grenze schließlich überschritten, müssen bei der Neukalkulation alle Rechnungsgrundlagen an die Entwicklung seit der letzten Kalkulation angepasst werden. Manche PKV-Tarife haben dadurch jahrelang keine, dann aber eine deutlich spürbare Beitragsänderung.

Auslösender Faktor
Leistung

Auslösender Faktor
Sterblichkeit

2.2 Prüfung und Aufsicht

Für die Erstellung der Kalkulation ist im Versicherungsunternehmen der Verantwortliche Aktuar zuständig. Er leitet zudem jährlich die kommentierten auslösenden Faktoren an den vom Versicherungsunternehmen beauftragten unabhängigen mathematischen Treuhänder sowie an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), weiter.

Der Treuhänder kontrolliert und überprüft, ob die Berechnung der auslösenden Faktoren nach den Festlegungen der Kalkulation und der Rechtsvorschriften erfolgt ist. Ferner muss er einer Beitragsanpassung zustimmen, bevor diese gegenüber den Versicherten wirksam wird.

Der mathematische Treuhänder muss zuverlässig, fachlich geeignet und von dem Versicherungsunternehmen unabhängig sein. Beaufsichtigt wird der Treuhänder von der BaFin.

2.3 Der Einfluss der Alterungsrückstellungen

Die Versicherungsleistungen werden aus dem Beitrag und in zunehmendem Maße aus den Alterungsrückstellungen finanziert, je älter der Versicherte wird. Steigen die Versicherungsleistungen, reichen Beitrag und Alterungsrückstellungen zusammen nicht mehr aus, um alle Leistungen zu decken. Der Beitrag kann nicht stabil gehalten werden und muss angepasst werden, und zwar auf Basis der bis zum Vertragsende notwendigen Leistungen.

Erhöhte Leistungen bedeuten insbesondere im Alter einen verstärkten Bedarf an Alterungsrückstellungen. Deshalb ist bei einer Beitragsanpassung stets auch die laufende Zuführung zur Alterungsrückstellung zu erhöhen. Die absolute Beitragserhöhung ist für alle gleichaltrigen Versicherten eines Tarifs identisch – egal wie lange sie bereits versichert sind. Langjährig Versicherte haben allerdings von Beginn an einen niedrigeren Beitrag und damit einen niedrigeren Ausgangswert. Dadurch fällt die prozentuale Erhöhung bei ihnen stärker aus.

Grundsätzlich gilt: Der Beitrag ist umso niedriger, je früher der Versicherte in die PKV eintritt. Allerdings werden nicht in jedem Tarif in gleicher Höhe Alterungsrückstellungen gebildet. Da sie die künftigen Leistungen finanzieren, hängen die Alterungsrückstellungen stark vom Versicherungsschutz des jeweiligen Tarifes ab. Wechselt der Versicherte in einen anderen Tarif, so wird damit eine höhere oder auch eine niedrigere Zuführung zu den Alterungsrückstellungen als bisher erforderlich. Infolgedessen können zwei Versicherte gleichen Alters, die zum selben Zeitpunkt in die PKV gewechselt und heute im gleichen Tarif versichert sind, unterschiedliche Beiträge zahlen. Vorausgesetzt, einer von beiden hat seinen Tarif gewechselt.

3. Wie kann der Versicherte den Beitrag beeinflussen?

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, den eigenen Krankenversicherungsbeitrag zu verringern. Welche der folgenden Optionen möglich und empfehlenswert sind, hängt von der individuellen Situation ab.

3.1 Der Selbstbehalt

Die gängigste Form, den monatlichen Beitrag zu reduzieren, ist ein jährlicher Selbstbehalt. Die Höhe des Selbstbehaltes ist variabel, darf aber für ambulante und stationäre Leistungen zusammen die Grenze von 5.000 Euro nicht überschreiten. Der Versicherte begleicht die Rechnungen bis zum Selbstbehalt. Erst wenn er diesen ausgeschöpft hat, reicht er alle Rechnungen ein. Die Versicherung erstattet ihm dann die Ausgaben, die über den Selbstbehalt hinausgehen. Prinzipiell gilt: Je höher der Selbstbehalt, desto niedriger ist der Versicherungsbeitrag.

Eine weitere Variante des Selbstbehalts ist die prozentuale Erstattung. Hier erstattet der Versicherer von jeder eingereichten Rechnung einen vereinbarten Prozentsatz. Der gesamte jährliche Eigenanteil des Versicherten ist allerdings vertraglich begrenzt. Überschreitet die Summe der nicht erstatteten Anteile die Grenze, wird ab diesem Zeitpunkt jede vertraglich vereinbarte Leistung zu 100 Prozent erstattet.

Vor einer Erhöhung des Selbstbehaltes ist zu bedenken:

- Sinkt der Beitrag, so sinkt auch die Beitragsrückerstattung, die bei Leistungsfreiheit gezahlt wird. Schließlich wird die Beitragsrückerstattung in Monatsbeiträgen berechnet.
- Arbeitnehmer erhalten einen Arbeitgeberzuschuss zu ihrem Versicherungsbeitrag. Sinkt dieser Beitrag aufgrund der Vereinbarung eines Selbstbehaltes, reduziert sich auch der Zuschuss. An den im Rahmen des Selbstbehaltes anfallenden Ausgaben beteiligt sich der Arbeitgeber nicht.
- Eine spätere Reduzierung des Selbstbehaltes ist eine Art der Leistungsausweitung. Deshalb muss sich der Versicherte in den meisten Tarifen einer erneuten Gesundheitsprüfung unterziehen. Hat er relevante Erkrankungen, kann der Versicherer für die Leistungsausweitung einen Risikozuschlag verlangen oder auch die Senkung des Selbstbehaltes ablehnen.

3.2 Die Beitragsrückerstattung

Hat der Versicherte einen Tarif mit Beitragsrückerstattung gewählt, kann er einen Teil seiner Beiträge vom Versicherer zurückerhalten. Voraussetzung ist, dass er ein Jahr lang keine Versicherungsleistungen in Anspruch nimmt. Das Versicherungsunternehmen spart Verwaltungsaufwand und gibt diesen Vorteil weiter. Häufig steigt die Beitragsrückerstattung, je länger die Leistungsfreiheit dauert. Nach drei Jah-



ren können es beispielsweise vier bis sechs Monatsbeiträge sein. Die Höhe der Beitragsrückerstattung ist vertraglich festgelegt und gilt für den jeweiligen Tarif. Die Versicherung kann also für eine Zahnbehandlung aus einem Zahntarif leisten und dennoch für den eigenständigen ambulanten Tarif Beiträge zurückerstatten, wenn der Versicherte dort keine Leistungen in Anspruch genommen hat.

Darüber hinaus bieten viele Versicherer eine Beitragsrückerstattung an, wenn der Versicherte nur ein oder zwei Mal im Jahr Rechnungen einreicht. Leitet der Versicherte gar keine Rechnungen weiter, erhält er diese Beitragsrückerstattung zusätzlich zu der für Leistungsfreiheit.

3.3 Der Tarifwechsel

Jeder Privatversicherte hat einen Rechtsanspruch darauf, ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz seines Versicherungsunternehmens zu wechseln. Hierauf müssen die Versicherungsunternehmen ihre Versicherten im Falle einer Beitragsanpassung hinweisen. Gibt es für einen über 60-jährigen Versicherten günstigere Tarifangebote, muss das Unternehmen ihm diese mitsamt den Beiträgen nennen. Zudem muss es ihn über die Möglichkeit des Wechsels in den Standard- und/oder Basistarif informieren. Die meisten Krankheitsvollversicherer haben sich gemäß den Leitlinien der PKV für den Tarifwechsel freiwillig verpflichtet, über diese gesetzlichen Vorgaben hinauszugehen. Sie garantieren eine umfassende persönliche und bedarfsgerechte Beratung aller wechselwilligen Versicherten und sichern eine Beantwortung von Tarifwechsel-Anfragen innerhalb von 15 Arbeitstagen zu. Darüber hinaus schlagen sie bei Beitragserhöhungen ihren Versicherten bereits ab einem Alter von 55 Jahren von sich aus konkrete Tarifalternativen vor.

Wer über einen Tarifwechsel nachdenkt, sollte seinen Versicherungsschutz einer genauen Prüfung unterziehen. Welche Leistungen sind versichert – und welche sind notwendig, gewünscht oder weniger wichtig? Krankenhauswahlleistungen, der Versicherungsschutz bei Zahnbehandlung und -ersatz, Heilpraktikerbehandlung: Es gibt zahlreiche Beispiele, wie der Versicherte seinen Versicherungsschutz reduzieren kann und dennoch im Krankheitsfall gut versorgt ist.

Zahlt der Versicherte bereits einen Risikozuschlag, bleibt dieser bei einem Tarifwechsel grundsätzlich erhalten. Wenn der neue Tarif zudem Mehrleistungen gegenüber dem alten Tarif bietet, ist – nur für diese – eine neue Gesundheitsprüfung zulässig. Bei relevanten Erkrankungen des Versicherten kann der Versicherer für die Mehrleistungen einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Auch eine Wartezeit für die Mehrleistungen ist erlaubt. Der Versicherte kann den Risikozuschlag vermeiden, indem er die Mehrleistungen aus dem Versicherungsschutz ausschließen lässt. Anders als bei einem Risikozuschlag hat der Versicherte allerdings kein Recht darauf, dass der Ausschluss der Mehrleistungen überprüft und aufgehoben wird, wenn die zugrunde liegende Erkrankung ausgeheilt ist.

Ist durch den Wechsel in einen anderen unternehmensindividuellen Tarif keine Beitragssenkung zu erreichen, bieten sich als Alternativen der Standardtarif oder der Basistarif an. Diese beiden Tarife werden von allen PKV-Unternehmen angeboten, die die Vollversicherung betreiben; der Zugang ist allerdings beschränkt.

§ 204 VVG,
Tarifwechsel-
Leitlinien

Standardtarif und
Basistarif

Sofern der Versicherte in einen der Tarife wechseln kann, informiert ihn der Versicherer hierüber bei einer Beitragsanpassung.

Die Leistungen in den beiden Tarifen sind mit denen der gesetzlichen Krankenkassen vergleichbar. Sie sind aber nicht mit diesen identisch und unterscheiden sich auch untereinander. Der Beitrag ist auf die Höhe des GKV-Höchstbeitrags begrenzt. Durch die Anrechnung der Alterungsrückstellungen liegt der Beitrag für den Standardtarif bei langjährig Versicherten meistens deutlich unter dem GKV-Höchstbeitrag. Im Basistarif erreicht der Beitrag erwachsener Versicherter in der Regel die Höchstgrenze. Allerdings muss ein Versicherter bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit nur die Hälfte des Höchstbeitrags zahlen. Ist der Versicherte auch dann noch mit der Zahlung überfordert, leistet das Sozialamt oder die Arbeitsagentur einen Zuschuss.

Weitere Informationen können Sie den Broschüren „Sozialtarife der PKV“, „Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Standardtarif (MB/ST 2009)“ und „Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif (AVB/BT 2009)“ unter www.pkv.de/service/broschueren entnehmen.

3.4 Der Unternehmenswechsel

Für langjährig Privatversicherte ist der Neuabschluss einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen selten eine Option für eine Beitragssenkung. Denn bei einer Kündigung verbleiben die Alterungsrückstellungen, die im Laufe der Versicherung erworben wurden, vertragsgemäß beim bisherigen Versicherungsunternehmen und kommen den übrigen Versicherten zugute. Das neue Versicherungsunternehmen legt für die Beitragskalkulation das aktuelle Alter zugrunde. Je älter der Versicherte beim Wechsel der Versicherung ist, desto höher ist deshalb sein neuer Beitrag (siehe Kapitel 2.3). Hinzu kommt, dass auch der aktuelle Gesundheitszustand berücksichtigt wird. Erkrankungen, die während der Versicherungszeit aufgetreten sind und deshalb im bestehenden Vertrag keinen Einfluss auf den Beitrag haben, können bei der neuen Versicherung zu einem Risikozuschlag führen.

Für Versicherte, die ihre private Krankheitsvollversicherung 2009 oder später abgeschlossen haben, ist ein Unternehmenswechsel gegebenenfalls attraktiver. Sie können Alterungsrückstellungen übertragen lassen – begrenzt auf die Höhe, wie sie bei einer Versicherung im Basistarif gebildet worden wären. Wenn der Wechsel bei seinem bisherigen Versicherer eine Zusatzversicherung abschließt, können darüber hinaus auch darauf Alterungsrückstellungen angerechnet werden.

Die Versicherungsunternehmen müssen die Versicherten jährlich darauf hinweisen, dass sie zu den genannten Bedingungen den Versicherer wechseln können, und ihnen die Höhe des Übertragungswertes für die Alterungsrückstellungen mitteilen.

In der Pflegeversicherung gilt: Bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer werden die für den Versicherten kalkulierten Alterungsrückstellungen an den neuen Versicherer übertragen.

3.5 Beitragsentlastungstarife

Da die Private Krankenversicherung einkommensunabhängig kalkuliert, ändert sich mit Renteneintritt am Beitrag zur Krankenversicherung grundsätzlich nichts. Allerdings ersetzt ein Zuschuss des Rentenversicherers den wegfallenden Arbeitgeberzuschuss, und die Alterungsrückstellungen kommen immer mehr zum Tragen. Zudem verringert sich der Gesamtbeitrag dadurch merklich, dass ab Alter 60 der gesetzliche Zehn-Prozent-Zuschlag und mit Renteneintritt eine eventuell vereinbarte Krankentagegeldversicherung entfallen. Zur weiteren Reduzierung bieten darüber hinaus viele Unternehmen Beitragsentlastungstarife an. Dabei zahlt der Versicherte einen zusätzlichen Beitrag, der verzinslich angelegt und für eine spätere garantierte Beitragssenkung verwendet wird. Die Angebote der Versicherungsunternehmen unterscheiden sich, grundsätzlich gilt aber Folgendes:

- Die Beitragssenkung erfolgt in der Regel im Alter von 65 Jahren, kann aber auch vorverlegt oder nach hinten verschoben werden (auf zum Beispiel 55, 60 bzw. 70 Jahre).
- Die Beitragsermäßigung ist je nach Versicherungsunternehmen begrenzt auf 60 bis 100 Prozent des Beitrags, den der Versicherte bei Abschluss des Entlastungstarifs für den eigentlichen Versicherungsschutz zahlt.
- Der Zusatzbeitrag kann nachträglich erhöht und auch verringert werden. Die Veränderung wirkt sich dann auf die spätere Beitragsentlastung aus.
- Auch in der Zeit der Beitragsentlastung ist der Beitrag für den Entlastungstarif weiter zu zahlen.
- Der Beitrag ist arbeitgeberzuschussfähig.

Die Beitragsentlastungstarife werden wie die übrigen Tarife kalkuliert. Deshalb gilt auch für sie: Je früher sie abgeschlossen werden, desto besser. Denn wer sich früher entscheidet, muss weniger für eine Beitragsentlastung im Alter zahlen bzw. genießt eine höhere Beitragsermäßigung.



Anschauliche Informationen zum Thema bieten Ihnen auch unsere Videos „Niedrig-Zins & PKV-Beitrag“, „Medizinischer Fortschritt & PKV-Beitrag“, „Beitragskalkulation“ und „Beitragsentwicklung“ unter

www.pkv.de/presse/mediathek/video-service

Dort finden Sie ebenso weitere Videos zur Privaten Krankenversicherung.

Stand: Januar 2017

Bestell-Nr. 11-010117-21

Bildnachweis: Titel: contrastwerkstatt/Fotolia; S. 3: Nick White; S. 5: Larry Washburn;
S. 8: Lacey B. Photography; S. 11: Image Source; S. 14: Hero Images



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Glinkastraße 40 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de