

Die Mathematik der Privaten Krankenversicherung.

Ein Leitfaden für PKV-Aktuarinnen und -Aktuare.

– Teil A: Krankenversicherung in Deutschland –

München, Stand: 17. Juli 2017.

ANDREAS LENCKNER, Aktuar DAV.

Hinweise:

- Entstanden zur Vorlesung an der Ludwig-Maximilians-Universität München (Fakultät für Mathematik, Informatik und Statistik – Mathematisches Institut – Arbeitsgruppe Stochastik und Finanzmathematik) im Sommersemester 2017. Zitate der Rechtsgrundlagen zum damals aktuellen Stand.
- Sofern wegen der Übersichtlichkeit im Text die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben selbstverständlich auf Angehörige beider Geschlechter.
- Weiterverarbeitung jeder Art, auch auszugsweise, ausdrücklich nicht gestattet.
- Haftungsausschluss jeglicher Art: alle Angaben sind ohne Gewähr, so dass keine Gewähr für Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität übernommen werden kann, insbesondere dienen die Inhalte lediglich der Information und stellen keine Rechtsberatung dar.

Übersicht.

1. Krankenversicherung in Deutschland.....	4
1.1 Geschichtlicher Rückblick.....	8
1.1.1 Chronologie der Gesundheitsreformen.....	11
1.2 Systemvergleich GKV / PKV.	16
1.2.1 Leistungen und Finanzierungen.....	17
1.2.2 GKV-Gesundheitsfond.	21
1.2.3 Versicherungspflichtgrenze, GKV- und PKV-Versicherte.	22
1.2.4 Krankenversicherungsschutz in Deutschland.....	25
1.2.5 Beitragsbemessungs-/ Versicherungspflichtgrenze.....	26
1.2.6 GKV-Beitrag.....	28
1.2.7 Arbeitgebendenzuschuss für die Krankenversicherung.	32
1.3 Kostenentwicklung GKV/PKV.....	35
1.4 Exkurs: Krankenhausabrechnung.	38
2. PKV-Branche.....	41
2.1 Versicherungsunternehmen.....	41
2.2 Vollversicherungsbestände.....	50
2.3 Vergleich mit anderen Individualversicherungszweigen.	54
2.4 Exkurs: Finanzanlagen.....	55
3. PKV-Angebot (ohne Pflegeversicherung).....	62
3.1 Krankheitskostenvollversicherung.....	67
3.1.1 Allgemeines.	67
3.1.2 Tarife mit festen Leistungssätzen.....	71
3.1.3 Einhundert-Prozent-Tarife.	72
3.1.4 Beihilfetarife.	72
3.1.5 Ausbildungstarife.....	74
3.1.6 Gebührenordnungen.	75
3.1.7 Heilpraktikerleistung.....	79
3.1.8 Stationäre Wahlleistungen.	80
3.1.9 Zahnärztliche Leistungen.....	80
3.1.10 Tarife mit integriertem Leistungs- und Gesundheitsmanagement.....	82
3.1.11 Selbstbehalte.	83
3.1.12 Beitragsrückerstattungen.	87
3.1.13 Optionen.	89
3.2 GKV-Ergänzungsversicherung (Selbständige Teilversicherung).	91
3.3 Krankenhaustagegeldversicherung.....	93
3.4 Krankentagegeldversicherung.	94
3.5 Kurtagegeldversicherung und Kurkostenversicherung.	96

3.6	Besondere Versicherungsformen.....	97
3.6.1	Auslandsreisekrankenversicherung.....	97
3.6.2	Ausländerkrankenversicherung.....	98
3.6.3	Spezielle Ausschnittsversicherung.....	98
3.6.4	Restschuldersicherung.....	98
3.6.5	Beihilfeablöseversicherung.....	99
3.6.6	Lohnfortzahlungsversicherung.....	99
3.7	Anwartschafts- und Optionsversicherungen.....	100
3.7.1	Anspar-, kurzfristige oder große Anwartschaftsversicherung.....	100
3.7.2	Risiko-, langfristige oder kleine Anwartschaftsversicherung.....	101
3.7.3	Teilanwartschaftsversicherung.....	101
3.7.4	Optionsversicherung.....	102
3.8	Spezialversicherungen.....	103
3.8.1	Gruppenversicherung.....	103
3.8.2	Betriebliche Krankenversicherung.....	104
3.9	Beitragsentlastungstarife.....	106
3.10	Branchenweite Tarife.....	107
4.	Pflegeversicherung.....	108
4.1	Pflegebedürftigkeit.....	109
4.2	Verpflichtende Pflegeversicherung.....	112
4.3	SPV-Beitrag, Beitragszuschlag für Kinderlose.....	114
4.4	Private Pflegepflichtversicherung.....	116
4.5	Arbeitgebendenzuschuss und Steuerfreiheit für die Pflegeversicherung.....	119
4.6	Leistungen der verpflichtenden Pflegeversicherung.....	121
4.7	Pflegezusatzversicherung.....	126
4.8	Geförderte ergänzende Pflegezusatzversicherung.....	128
5.	PKV-Spezifika. – In Vorbereitung –.....	130

1. Krankenversicherung in Deutschland.

Die Krankenversicherung ist Teil des fünfsäuligen Sozialversicherungssystems in Deutschland, welche in den Sozialgesetzbüchern [SGB] geregelt ist:

- Arbeitslosenversicherung [AV], SGB II,
- Krankenversicherung [KV], SGB V,
- Rentenversicherung [RV], SGB VI,
- Unfallversicherung [UV], SGB VII,
- Pflegeversicherung [PV], SGB XI.

Dabei zeichnet sich die deutsche Krankenversicherung [KV] i.W. durch seine Zweigliedrigkeit aus, nämlich durch das gesetzlich geregelte Nebeneinander von Gesetzlicher Krankenversicherung [GKV] und Privater Krankenversicherung [PKV], die beide in sich geschlossene Träger dieses bedeutenden Versicherungszweiges sind.

Daneben wird unter dem Begriff des gegliederten Krankenversicherungssystems auch die Aufteilung der GKV in verschiedene selbständige Krankenkassenarten (wie beispielsweise Orts-, Betriebs-, Innungs-, Ersatzkrankenkassen) verstanden, die allerdings nun auf Grund der Wechselmöglichkeiten keine Bedeutung mehr haben.

§ 4 „Krankenkassen“ Absatz 2 SGB V zählt folgende Kassenarten auf, die teilweise Sonderpflichtkassen für die betreffenden Berufszweige sind:

- Allgemeine Ortskrankenkassen [AOK],
- Betriebskrankenkassen [BKK],
- Innungskrankenkassen [IKK],
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Krankenversicherung der Landwirte,
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung,
- Ersatzkassen (Barmer GEK, DAK-Gesundheit, Hanseatische Krankenkasse HEK, Handelskrankenkasse hkk, Kaufmännische Krankenkasse KKH und Techniker Krankenkasse KT).

Die Kassen teilen sich in Pflichtkassen (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) und in Ersatzkassen auf. Der wesentliche Unterschied lag darin, dass den Pflichtkassen die Pflichtmitglieder kraft Gesetzes zugewiesen wurden, während der Beitritt zu einer Ersatzkasse ausdrücklich zu erklären war. Die Ersatzkassen nahmen also ebenfalls die Versicherungspflicht wahr, aber eben „ersatzweise“ auf ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen. Seit

01.01.1997 gilt die freie Kassenwahl, womit die Unterscheidung in Pflicht- und Ersatzkassen entfallen ist.

Die Künstlersozialkasse [KSK] in Wilhelmshaven ist selbst keine Krankenkasse. Ihre Mitglieder – selbständige Künstler und Publizisten – sind bei von ihnen selbst frei gewählten Krankenkassen versichert. Die Hälfte ihres Beitrages entrichten sie selbst, die andere Hälfte wird von der KSK übernommen. Die KSK selbst wird zu 20 Prozent vom Bund aus Steuermitteln und zu 30 Prozent aus Sozialabgaben von Unternehmen, die Kunst und Publizistik verwerten, finanziert.

PETER KOCH in „Versicherungswirtschaft“ 04/2015, 01.04.2015.

Bismarcks Bezug zur Versicherung.

Zum 200. Geburtstag des Reichskanzlers.

In der Kaiserlichen Botschaft wird die Grundkonzeption der deutschen Sozialversicherung entwickelt. Entscheidende Richtlinie für ihren Aufbau war die Anwendung des Versicherungsprinzips in Form der öffentlich-rechtlichen Zwangsversicherung mit der Dreiteilung in die Versicherung gegen Krankheit, Unfall sowie Alter und Invalidität. Die Versicherung sollte durch korporative Genossenschaften auf der Grundlage von Gegenseitigkeit und Selbstverwaltung unter staatlicher Aufsicht durchgeführt werden.

Damit wurde die Sozialversicherung Bestandteil des Phänomens der Versicherung als solcher, indem sie auf Funktionen, Arbeitsweise und Institutionen der Privatwirtschaft zurückgriff. Der Reichskanzler lehnte es jedoch ab, private Versicherungsunternehmen mit der Wahrnehmung von Aufgaben der Sozialversicherung zu betrauen. Die Gefahr des Verlustes durch Konkurs derartiger Gesellschaften verbiete dies. Das Prinzip des Versicherungszwanges war seiner Meinung nach auf „Privatanstalten, welche der Staat nicht garantiert hat“, nicht anwendbar. Der Gedanke der staatlichen Versicherungsaufsicht über Privatunternehmen war ihm offenbar noch sehr fremd, und die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung konnte er noch nicht kennen.

Als erster Zweig der Sozialversicherung fand die Gesetzliche Krankenversicherung nach eingehenden Reichstagsberatungen ihre Regelung durch das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883. Nach der Kaiserlichen Botschaft hatte sie eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Kassenwesens zur Aufgabe.

Dabei ist die Feststellung bedeutsam, dass das Gesetz die Sozialversicherungsträger nicht neu schaffen, sondern nur neu organisieren wollte. Bismarck und das Gesetz haben deshalb bewusst auf bestehende Krankenversicherungseinrichtungen zurückgegriffen, die im Laufe der Jahre – vor allem

auf berufsständischer Basis – entstanden waren. So lassen sich aus der Zeit vor und nach der Wende vom 18. und 19. Jahrhundert Krankenkassen nachweisen, die heute teilweise als Unternehmen der Privaten Krankenversicherung weiterbestehen, teilweise in die Sozialversicherung gemündet sind, ohne dass sich dafür immer eine Begründung aus der Entstehungsgeschichte der einzelnen Institutionen ableiten lässt.

Seit 1883 kann man überhaupt erst im Gegensatz zur Gesetzlichen von einer Privaten Krankenversicherung auf der Grundlage eigenverantwortlicher Entscheidung sprechen.

Die Versicherungspflicht für bestimmte Personengruppen, die die Gesetzliche Krankenversicherung gebracht hatte, regte die nicht einbezogenen Bevölkerungsschichten an, sich entsprechende Versicherungseinrichtungen auf privatwirtschaftlicher Basis zu schaffen.

NORBERT BLÜM in „Süddeutsche Zeitung“, 01.04.2015.

Bismarck bleibt modern.

Ohne die Erfindung des Sozialstaats wäre eine Marktwirtschaft im heutigen Sinne nicht möglich.

Zum 200. Geburtstag von Otto von Bismarck an diesem Mittwoch ist an einen oft vergessenen Zusammenhang zu erinnern: Ohne Bismarck wäre Ludwig Erhard nicht möglich gewesen – und ohne Sozialstaat gäbe es keine Marktwirtschaft. Marktwirtschaft im modernen Sinn wurde erst nach Erfindung des Sozialstaates möglich. Erst nachdem die großen Risiken Krankheit, Unfall, Alter und Invalidität aus dem Betrieb externalisiert und von sozialstaatlichen Institutionen aufgefangen worden waren, konnte sich eine unternehmerische Ratio entfalten, die sich im Wertbereich bewährte und auf Gewinn hin orientierte.

Bismarck schuf mit der Kranken- (1883), der Unfall- (1884) und der Rentenversicherung (1889) das Fundament des Sozialstaates Deutschland. Die heimatlosen Handwerksburschen und die entlaufenen Bauernsöhne bildeten die Reservearmee des beginnenden Industriezeitalters. Die einen waren vom Schutz der Zünfte, die anderen von der Fürsorge der Grundbesitzer „befreit“. Die neuen Proletarier waren jedoch nicht mehr so gefügig wie die Untertanen der Feudalzeit.

[...]

Die Sozialversicherung enthält ein starkes Element der Emanzipation: Beitragsfinanzierte Sozialleistung ist kein „Almosen“, sondern selbst verdient. Nicht mehr das Wohlwollen der Obrigkeit bestimmt ihr Maß, sondern die

Beitrags(vor)leistung der Versicherten. Rente ist Alterslohn, der im proportionalen Verhältnis zur Lebensleistung steht. In das beitragsbezogene Umlagesystem ist ein Verteilungsmechanismus von lebenspraktischer Klugheit eingebaut. In dem Maße, in dem die Jüngeren die Älteren mit ihren Beiträgen finanzieren, erwerben sie Ansprüche an die nachfolgende Generation: Wie du jetzt den Älteren, so später die Jüngeren dir gegenüber. Die Genialität dieser Konstruktion verknüpft die Eigenvorsorge der Jungen mit der Sorge für die Alten.

In der paritätischen Beitragszahlung durch Arbeitnehmende und Arbeitgebende ist die Selbstverwaltung begründet. Selbstverwaltung ist die Quelle partnerschaftlicher Sozialkultur. In der Selbstverwaltung lernten sich einst die Klassenfeinde kennen und schätzen. Die Arbeitnehmenden lernten, dass die Arbeitgebende keine Menschenfresser sind, und die Arbeitgebende erlebten, dass Arbeitnehmende auch mit Messer und Gabel essen können. Alte ressentimentbeladene Schablonen brachen in der praktischen Kooperation zusammen.

[...]

1.1 Geschichtlicher Rückblick.

Geschichtlicher Rückblick.

- Spätes Mittelalter: Selbsthilfeeinrichtungen (Gilden, Zünfte, Innungen).
- 19. Jahrhundert, Industrialisierung, sozialer Strukturwandel: Bildung von Hilfskassen zum Schutz gegen Krankheitsrisiko für Industriearbeiter.
- 15.06.1883: Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter als Gründung der Krankenversicherung in Deutschland. Beginn des langfristigen kontinuierlichen Ausbaus mit Erweiterung der Versicherungspflicht und des Leistungsspektrums.
- 1911: Zusammenführung der Sozialversicherungsgesetze in der Reichsversicherungsordnung [RVO].
- 1924-28: Aufbau der PKV; Kalkulation nach Umlageverfahren, Leistungsversprechen ähnlich wie in der GKV.
- 1930er Jahre: Entwicklung der Versicherungsmathematik, insbesondere durch FRIEDRICH RUSAM und ADOLF TOSBERG.

Bundesrepublik Deutschland:

- Kontinuierlicher Ausbau mit Erweiterung der GKV-Versicherungspflicht und Modifikation des GKV-Leistungsspektrums.
- 1948-57: Umstellung der PKV auf versicherungsmathematische Methoden; Tarife mit festen Leistungsversprechen (ab 1967 mit Leistungsanpassung).
- 1951: Festlegung der Grundlagen im Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG].
- Ab 1965: Einhundert-Prozent-Tarife der PKV.

Deutsche Demokratische Republik:

- 1947-90: DDR: Sozialversicherung des Freien Deutschen Gewerkschaftsbunds [SV FDGB].

Wiedervereinigung:

- 1991: Sozialunion: PKV in den neuen Bundesländern.
- 01.04.2007: Einführung der Pflicht zur Krankenversicherung in Deutschland [GKV].
- 01.01.2008: Verteilung der Leistungen wegen Schwangerschaft und Mutterschaft auf Frauen und Männer.
- 01.01.2009: Einführung der Pflicht zur Krankenversicherung in Deutschland [PKV].
- Einführung des Übertragungswertes (Mitgabe von Teilen der Alterungsrückstellung bei Unternehmenswechsel).
- 21.12.2012: Pflicht zur geschlechtsunabhängigen Beitragskalkulation.

Die Krankenversicherung hat ihren Ursprung – ähnlich wie auch andere Bereiche des heutigen deutschen Sozialsystems – im späten Mittelalter (14.

Jahrhundert), als versicherungsartige Einrichtungen bestimmter ständischer Gruppen, so zum Beispiel in Zünften, Bruderschaften von Gesellen, Innungen oder Gilden, entstanden.

Im Zeitalter der Industrialisierung bildeten sich Mitte des 19. Jahrhunderts mit dem Wandel in den sozialen Strukturen verschiedene Hilfs- und Unterstützungskassen, um so das Krankheitsrisiko der Industriearbeiter abzusichern. Auf diese rudimentären Selbsthilfeeinrichtungen gehen letztlich sowohl die GKV als auch die PKV zurück.

Mit dem „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ [KGV] vom 15. Juni 1883 wurde ein markanter Teil der fortschrittlichen Sozialgesetzgebung unter dem langjährigen Reichskanzler Otto von Bismarck (1815 bis 1898) geschaffen und stellt die Gründung der Krankenversicherung in Deutschland dar. Das damalige Leistungsversprechen umfasste die freie ärztliche Behandlung sowie Arznei- und Hilfsmittel, ein geringes Tagegeld für längstens 13 Wochen, Wöchnerinnenunterstützung für höchstens drei Wochen und Sterbegeld. Versicherungspflichtig waren Gesellen, Gehilfen und Fabrikarbeiter mit einem weit überdurchschnittlichen Jahreseinkommen von 2000 Mark.

1890 waren erst rund 13 Prozent der Bevölkerung erfasst. Durch die zunehmende Industrialisierung und die Zuordnung immer weiterer Personenkreise unter dem Begriff der sogenannten Schutzbedürftigkeit nahm die Zahl der Mitglieder in der Krankenversicherung kontinuierlich zu.

1901 wurde das „Reichsgesetz über die privaten Versicherungsunternehmen“ erlassen, das heutige „Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen“ (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG), 1908 das „Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG). Im Jahre 1911 wurden schließlich die bestehenden Sozialversicherungsgesetze in der Reichsversicherungsordnung [RVO] zusammengefasst.

Die Private Krankenversicherung wurde ursprünglich von den späteren Ersatzkassen, die erst im Jahre 1923 als Pflichtkrankenkassen gleichwertig anerkannt und in den 1930er Jahren weitgehend in die gesetzliche Krankenversicherung eingegliedert wurden, betrieben (heute beispielsweise noch an der Namensähnlichkeit von Barmer Ersatzkasse und Barmenia Krankenversicherung a.G. sichtbar). Bis dahin bestand aber kaum Bedarf an einer PKV.

Die potentiellen Kunden, die sogenannten bürgerlichen Schichten, sahen bis nach dem Ersten Weltkrieg in ihrem Vermögen und ihrem Sparkapital eine ausreichende Vorsorge. Im Vergleich zu den derzeitigen Krankheitskosten war allerdings damals wegen der bei weitem noch nicht so hoch entwickelten wissenschaftlichen, pharmazeutischen und technischen Möglichkeiten

die medizinische Versorgung verhältnismäßig günstig. Erst nach der Inflation im Jahre 1923 erlebte der private Versicherungsgedanke einen beträchtlichen Aufschwung, so dass die Jahre 1924/25 als der eigentliche Beginn der PKV gelten. Im Jahr 1924 waren etwa 2 Millionen Deutsche PKV-versichert. Die Beitragsberechnung erfolgte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts i.d.R. noch nach dem Umlageverfahren.

In den 1930er Jahre entstand die entsprechende Versicherungsmathematik, deren bedeutendste Vertreter FRIEDRICH RUSAM (geb. 1907, im Zweiten Weltkrieg vermisst) und ADOLF TOSBERG (1899 bis 1974) sind. Im Laufe der Jahre wurde sie kontinuierlich insbesondere bei Wirtschaftsunternehmen, Behörden und Vereinigungen weiterentwickelt.

In den Nachkriegsjahren wurde in der Bundesrepublik die Beitragskalkulation auf versicherungsmathematische Methoden umgestellt. 1951 wurden diese mathematischen Grundlagen der Tarifikalkulation im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) festgelegt.

In den bundesrepublikanischen Anfangsjahren wurden von der PKV Tarife mit festen Leistungszusagen vertrieben, dabei erfolgt die Erstattung bis zu bestimmten Höchstbeträgen je Verrichtung oder je Leistungsposition. Diese Tarife berücksichtigen naturgemäß keine monetären Entwicklungen (und deckten teilweise nur Teile der angefallenen Kosten ab). Ab 1967 wurde deshalb die dynamische Entwicklung des Geldwertes durch die Möglichkeit zur Leistungsanpassung (d.h. Anhebung der Leistungs-Höchstbeträge) berücksichtigt. Etwa zur gleichen Zeit kamen die sogenannten Einhundert-Prozent-Tarife auf den Markt, die quasi einen 100-prozentigen Versicherungsschutz (bis auf frei wählbare Selbstbeteiligungen) garantieren.

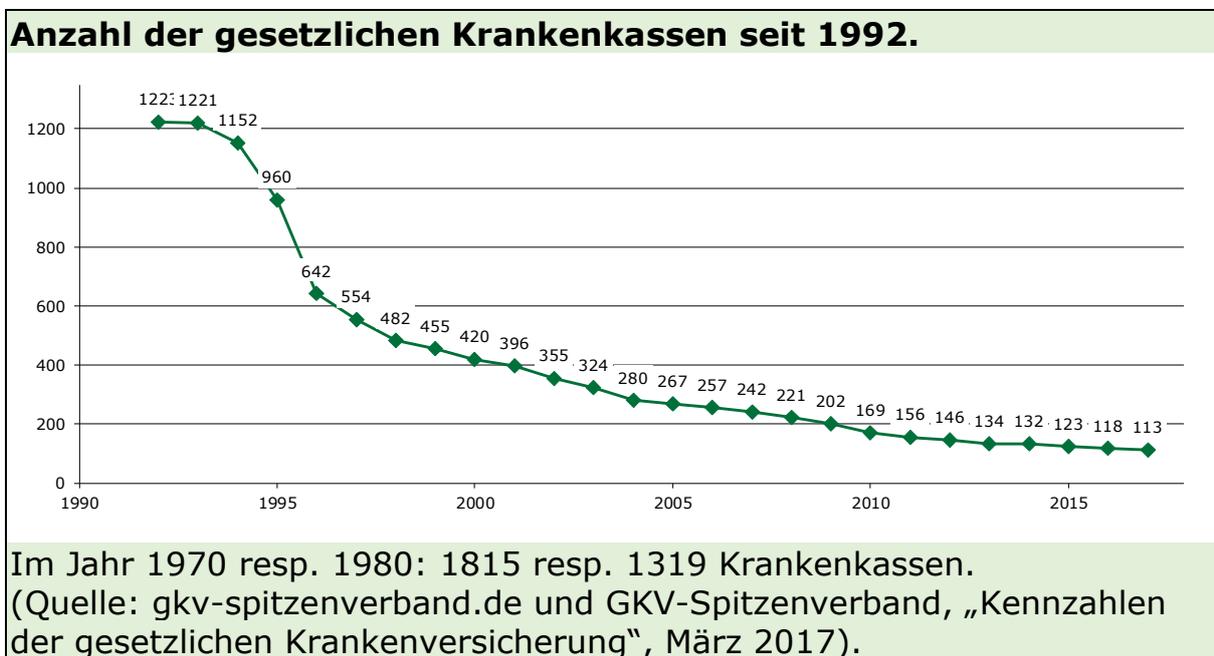
Mit dem zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetz von 1971 wurde die GKV unabhängig von Gesundheitszustand, Alter oder wirtschaftlicher Bedürftigkeit für alle Angestellten und privat versicherten Rentner geöffnet.

Obgleich das Tätigkeitsfeld der PKV durch diese gesetzgeberischen Maßnahmen eingeschränkt wurde, besteht ein weitgehend geordnetes Nebeneinander von GKV und PKV.

Eine entscheidende Veränderung für die PKV ergab sich aus der Wiedervereinigung im Jahr 1990. Die in deren Folge durchzuführende Sozialunion wurde bereits 1990 vorbereitet und trat zum 01.01.1991 in Kraft. Damit konnte die PKV auch im östlichen Teil Deutschlands wieder Versicherungsschutz anbieten, was es seit Kriegsende nicht mehr gab.

In der DDR betrug der Krankenversicherungsbeitrag 20 Prozent des Bruttoeinkommens bis maximal monatlich 120 Mark der DDR, der hälftig vom Versicherten und vom Arbeitgebenden entrichtet wurde. Träger war die Sozialversicherung des Freien Deutschen Gewerkschaftsbunds (SV FDGB oder SV).

Literatur: HARTMUT MILBRODT und VOLKER RÖHRS: „Getrennt finanzieren, vereint gestalten: Zur Geschichte der dualen Krankenversicherung in Deutschland“, Universität Rostock, 2012.



1.1.1 Chronologie der Gesundheitsreformen.

„SPIEGEL ONLINE“ stellt auf der Internetseite „spiegel.de/thema/gesundheitsystem_deutschland/“ (Aufruf am 18.06.2013) die Chronologie der – die GKV betreffenden – Gesundheitsreformen wie folgt dar:

1977: Die Kürzungen beginnen.

Es dauert fast drei Jahrzehnte, bis es in der Bundesrepublik zur ersten größeren Gesundheitsreform kommt: Mit dem „Kostendämpfungsgesetz“ der sozial-liberalen Koalition versucht die Regierung, die Inanspruchnahme von Leistungen zu steuern: Sie führt Zuzahlungen bei Arznei-, Verbands- und Heilmitteln ein – in Höhe des aus heutiger Sicht niedlichen Betrags von einer Mark pro Medikament.

1983: Auch die Rentner müssen zahlen.

Mit zwei Reformen zu Beginn der 80er-Jahre werden die Zuzahlungen durch die Versicherten erhöht. Auch für die Rentner sind die rosigen Zeiten vorbei. Konnten sie sich zuvor kostenlos versichern, müssen sie seit 1983 auch einen einkommensabhängigen Beitrag leisten.

1989: Der erste Rundumschlag.

Mit dem „Gesundheitsreformgesetz“ von Norbert Blüm geht es ans Eingemachte: Die Eigenbeteiligung der Patienten wird weiter erhöht

– etwa bei Arzneimitteln, im Krankenhaus und beim Zahnersatz. Erstmals unternimmt die Regierung auch den Versuch, die Kosten für Medikamente mit radikalen Maßnahmen in den Griff zu bekommen, indem sie Bagatallmedikamente aus dem Leistungskatalog streicht und Festbeträge für Arzneimittel einführt. Seither zahlen die Kassen nicht mehr automatisch jeden Preis für Tabletten und Co., sondern nur noch einen Höchstbetrag. Verschreibt der Arzt ein teureres Mittel, muss der Patient die Differenz zahlen. Trotz dieses Rundumschlags an Kosteneinsparungen sind die Beiträge jedoch nur für kurze Zeit stabil.

1993: Die Leistungen werden budgetiert.

Gesundheitsminister Horst Seehofer verfolgt mit dem „Gesundheitsstrukturgesetz“ 1993 erneut das Ziel, die Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen in den Griff zu bekommen. Um den Anstieg der Leistungsausgaben besser zu kontrollieren, werden sie für einen begrenzten Zeitraum budgetiert. Gleichzeitig erhöht die Regierung erneut die Selbstbeteiligung bei Arznei- und Verbandsmitteln. Das Projekt einer Positivliste, die alle erstattungsfähigen Medikamente benennt, scheitert allerdings. Auch deshalb wird das Reformziel stabiler Beiträge erneut nur für wenige Jahre erreicht.

1997: Zahnersatz bitte selbst zahlen.

Die „GKV-Neuordnungsgesetze“ stehen ebenfalls in der Tradition ihrer Vorgängerinnen: Patienten müssen sich an den Kosten für Arznei- und Heilmittel, Krankenhausaufenthalte und Fahrten etwa vom Krankenhaus noch stärker beteiligen. Jüngere Jahrgänge bekommen außerdem geringere Kassenzuschüsse beim Zahnersatz.

1999: Rot-Grün wagt den Leistungsausbau.

Mit dem „Solidaritätsstärkungsgesetz“ bringt erstmals seit rund zwei Jahrzehnten eine Gesundheitsreform wieder ein Mehr an Leistungen. So werden unter anderem die Zuzahlungen für die Patienten gesenkt. Gleichzeitig führt die rot-grüne Koalition aber zur Begrenzung des Ausgabenwachstums erneut Budgets für Arzthonorare, Krankenhäuser und Arzneimittel ein.

2004: SPD und Union bitten zur Kasse.

Nachdem die rot-grüne Regierung in den Folgejahren ebenfalls zum Leistungsabbau umgeschwenkt ist, wagt sie in Kooperation mit dem unionsdominierten Bundesrat ähnlich wie 1989 einen Kostendämpfungsroundschlag: Das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ sieht unter anderem vor, dass Patienten eine Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal zahlen müssen, verschreibungsfreie Medikamente gar nicht mehr erstattet werden und die

Selbstbeteiligung bei erstattungsfähigen Arznei- und Heilmitteln zehn Prozent der Kosten (maximal zehn Euro) beträgt.

2005: Paritätische Finanzierung am Ende.

Aus für ein Prinzip, das seit 1883 in Deutschland bestand: Wurden die Beiträge zur Krankenversicherung zuvor paritätisch finanziert, also jeweils zur Hälfte durch den Arbeitgebende und den Arbeitnehmende, müssen die Versicherten nun einen Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent zahlen.

2009: Der Gesundheitsfonds kommt.

Zum Jahresbeginn 2009 ändert sich die Finanzierung der Krankenkassen grundlegend: Konnten die Versicherungen bislang ihren Beitragsatz weitgehend selbst festlegen, wird dieser künftig einheitlich von der Regierung bestimmt. Die Beiträge der Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden mitsamt Steuerzuschuss fließen nun in den Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen erhalten dann Pauschalen pro Versichertem von dieser gigantischen Geldsammelstelle. Weitere Änderung: Jeder Bürger muss eine Krankenversicherung abschließen.

2009: Das Krankenhausfinanzierungsgesetz wird umgestellt.

Die Finanzierung der Länder für Investitionen, die mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 eingeführt worden ist, wird auf leistungsbezogene Investitionspauschalen umgestellt. Dazu wird ein Orientierungswert eingeführt und die Anbindung an die Grundlohnsumme abgelöst. Der Orientierungswert berücksichtigt die Kostenstrukturen der Krankenhäuser.

2011: Neue Medikamente werden grundlegend geprüft (AMNOG).

Die Preisgestaltung für neu auf den Markt kommende Medikamente ändert sich mit dem Arzneimittelneurordnungsgesetz [AMNOG] grundlegend. Ein Pharmahersteller kann die Preise für patentgeschützte Medikamente zwar zunächst wie bisher frei festsetzen. Spätestens drei Monate danach muss er allerdings den medizinischen Zusatznutzen seines Medikamentes im Vergleich zu bereits auf dem Markt befindlichen Mitteln nachweisen. Ergibt sich kein Zusatznutzen, unterliegt das Medikament der Festbetragsregelung, bei einem nachgewiesenen Zusatznutzen muss der Pharmahersteller spätestens innerhalb eines Jahres nach Markteinführung mit dem GKV-Spitzenverband Preisverhandlungen führen. Grundlage für die Preisverhandlung ist eine Kosten-Nutzen-Bewertung des Medikamentes, die der Ge-

meinsame Bundesausschuss [GBA] oder in seinem Auftrag das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG] erstellt.

2011: Der Beitragssatz steigt – das GKV-Finanzierungsgesetz.

Diese Reform spüren vor allem die Versicherten: Der Beitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung steigt um 0,6 Prozentpunkte auf 15,5 Prozent des Bruttoeinkommens. Davon zahlen die GKV-Mitglieder 8,2 Prozentpunkte, die Arbeitgebende 7,3 Prozent. Der Arbeitgebendenbeitrag wird bei diesem Beitrag eingefroren. Künftige Ausgabensteigerungen sollen über Zusatzbeiträge finanziert werden, die die GKV-Mitglieder allein zu tragen haben. Kann eine Kasse ihre Kosten nicht mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken, muss sie – wie bisher – einen Zusatzbeitrag erheben. Die Höhe des Zusatzbeitrages ist künftig nicht mehr limitiert.

2012: Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz.

Dieses Gesetz stellt dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Krankenkassen und Ärzte [GBA] weitere Aufgaben: Neue Behandlungsmethoden sollen auf ihren Nutzen hin überprüft werden, ohne sie in dieser Zeit der Patientenversorgung vorzuenthalten. Der GBA kann künftig neue nichtmedikamentöse Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zeitlich begrenzt und unter kontrollierten Bedingungen erproben, um über eine eventuelle Aufnahme in den Leistungskatalog entscheiden zu können. Ebenfalls im Paket enthalten: Fachärzte werden verpflichtet, Gesetzlich-Versicherten angemessen und zeitnah Behandlungstermine anzubieten. Seit dem GKV-VStG [GKV-Versorgungsstrukturgesetz] können Versicherte auf Antrag von ihrer Krankenkasse eine Kostenaufstellung der in Anspruch genommenen ärztlichen und verordneten Leistungen in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung erhalten.

In Erweiterung zu „SPIEGEL ONLINE“:

2015: Abschaffung eingeführten Praxisgebühr.

Zum 01.01.2015 wurde die seit 2004 erhobene Praxisgebühr abgeschafft und damit die Gesetzlich-Versicherten um ca. 2 Mrd. Euro p.a. entlastet.

2015: Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Beitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird um 0,9 Prozentpunkte auf 14,6 Prozent des Bruttoeinkommens gesenkt. Davon zahlen die GKV-Mitglieder jeweils die Hälfte, nämlich 7,3 Pro-

zentpunkte. Defizite im Finanzbedarf werden durch einkommensabhängige kassenindividuelle Zusatzbeiträge geschlossen, die die GKV-Mitglieder allein zu tragen haben. Im Jahr 2015 wird das Institut zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gegründet und allmählich aufgebaut. Es soll vorhandene Defizite erkennen und zur besseren Transparenz über die Qualität der Versorgung beitragen, zum Beispiel durch Qualitätsvergleiche zu Krankenhausleistungen.

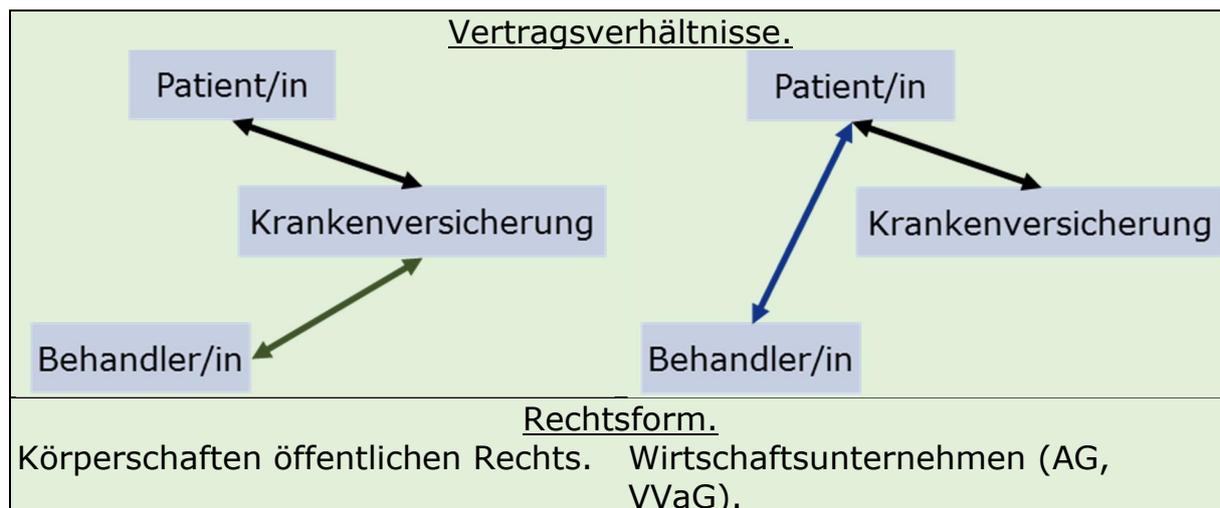
2015: Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)

Insbesondere sollen durch finanzielle Anreize für Landärzte die medizinische Versorgung im ländlichen Raum gestärkt werden, Projekte für neue Versorgungsformen und zur Weiterbildung von Ärzten gefördert werden und die Überweisung zu Fachärzten verkürzt werden.

Weiterführende Literatur: GERHARD BÄCKER: „Chronologie gesetzlicher Neuregelungen. Krankenversicherung & Gesundheitswesen 1998 - 2016“, Institut Arbeit und Qualifikation Universität Duisburg-Essen, Januar 2017.

1.2 Systemvergleich GKV / PKV.

Systemvergleich GKV / PKV.	
GKV	PKV
<u>Versicherungsart.</u>	
Sozialversicherung mit kostenloser Familienmitversicherung.	Individualversicherung für jede einzelne versicherte Person.
<u>Gesetzesgrundlagen.</u>	
Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung.	Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), Versicherungsvertragsgesetz (VVG).
<u>Versicherungsbedürfnis.</u>	
Generelle Anerkennung eines Bedürfnisses von sozialer Bedeutung – Entscheidung des Gesetzgebers.	Individuelle Einschätzung des Bedürfnisses – Entscheidung der einzelnen Person.
<u>Aufnahme in die Versicherung.</u>	
Kontrahierungszwang.	Vertragsfreiheit. Risikobezogene Versicherungsvertragsannahme, grundsätzlich Risiko-selektion (mit Ausnahmen).
<u>Versicherungsschutz.</u>	
Gleicher, gesetzlich vorgegebener Versicherungsschutz für alle Versicherten (ggf. kleine kassenabhängige Erweiterungen).	Individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes.
<u>Ausgabenfinanzierung.</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Durch Beiträge und • Bundeszuschüsse. 	Durch Beiträge (Kapitalerträge indirekt aus Beiträgen).
<u>Beitragsberechnungsprinzip.</u>	
Solidaritätsprinzip / Umlageverfahren.	Äquivalenzprinzip / Kapitaldeckung.
<u>Abhängigkeiten der Beitragshöhe.</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Einkommen bis Beitragsbemessungsgrenze (14,6 Prozent bis maximal 635,10 Euro GKV-Höchstbeitrag 2017), • ggf. einkommensabhängige Zusatzbeiträge (2017: ca. 1,1 Prozent). 	<ul style="list-style-type: none"> • Beruf, • gewähltem Tarif (Umfang des Versicherungsschutzes), • Alter, • (Geschlecht,) • Gesundheitszustand bei Tarifabschluss.
<u>Leistungserbringung.</u>	
Sachleistungsprinzip.	Kostenerstattung.



Ein wesentliches Systemmerkmal der beiden Versicherungsarten ist bereits in der geschichtlichen Entwicklung angelegt: die GKV steht als Sozialversicherung unter dem Primat der sogenannten Schutzbedürftigkeit während die PKV als Individualversicherung umschrieben wird. Wesentliches Merkmal der Individualversicherung ist die freiwillige Absicherung eines persönlichen Bedarfs, der durchaus individuell differenziert ist – im Gegensatz zum Pflichtcharakter und Einheitsschutz der Sozialversicherung.

Dabei besteht für die GKV Kontrahierungszwang, d.h. die Pflicht zur Aufnahme aller Antragsteller. In der PKV gibt es dagegen grundsätzlich eine Vertragsfreiheit, d.h. die Versicherungsunternehmen können über die Vertragsabschlüsse grundsätzlich frei entscheiden; davon ausgenommen sind beispielsweise der Basistarif (dazu Abschnitt 5.18, p. 130) und Kinder von PKV-Versicherten (dazu Abschnitt 5.14, p. 130), hier gibt es auch einen gesetzlich vorgeschriebenen Kontrahierungszwang.

1.2.1 Leistungen und Finanzierungen.

Für die GKV ist der Leistungsumfang weitestgehend (zu etwa 95 Prozent) durch den Gesetzgeber im SGB V festgeschrieben. Es handelt sich hier im Grundsatz um Leistungen, die zur Sicherung des Gesundheitszustandes und des erreichten Lebensstandards, insbesondere der schutzbedürftigen Personen, erforderlich sind.

Die PKV-Versicherten können dagegen sich ihren Versicherungsschutz individuell gestalten, wobei gemäß § 193 „Versicherungspflicht“ Absatz 3 VVG mindestens ambulante und stationäre Heilbehandlung abzuschließen sind und der dafür vorgesehene Selbstbehalt maximal 5000 Euro p.a. betragen darf.

Sowohl die GKV als auch die PKV haben jedoch in Deutschland insoweit den Charakter einer echten Versicherung, als die Versicherungsleistungen i.W.

durch die Beiträge der Versicherten abgedeckt werden. Für die GKV ist dies im § 220 „Grundsatz“ Absatz 1 Satz 1 SGB V festgelegt; ergänzend stellt der Bundeshaushalt seit Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen Milliardenbeträge bereit (§ 221 „Beteiligung des Bundes an Aufwendungen“ Absatz 1 SGB V; dazu Abschnitt 1.2.2, p. 21). Dies ist nicht überall so, zum Beispiel wird in England der staatliche Gesundheitsdienst National Health Service (NHS) primär über Steuermittel finanziert.

Die Beitragsfestlegung in der GKV beruht auf dem Solidaritätsprinzip. Der Beitrag wird hier nicht auf die versicherte Gefahr, sondern ausschließlich auf die Leistungsfähigkeit der Versicherten abgestellt. Ausgehend vom Gedanken der Schutzbedürftigkeit, orientiert sich die Höhe des Beitrages grundsätzlich am Einkommen der Mitglieder (dazu Abschnitt 1.2.6, p. 28).

Die PKV steht im Gegensatz dazu unter der rechtlichen wie betriebswirtschaftlichen Notwendigkeit, leistungsgerechte Beiträge zu erheben, die auf der Grundlage des Äquivalenzprinzips / Anwartschaftsdeckungsverfahren bestimmt werden. Die Höhe der Beiträge richtet sich im einzelnen Versicherungsverhältnis nach der Höhe des jeweils übernommenen Versicherungsschutzes, der (bei den gesetzlich vorgegeben Mindestanforderungen gemäß § 193 „Versicherungspflicht“ Absatz 3 VVG) frei vereinbart werden kann, sowie nach den persönlichen Risikokriterien des Kunden, wie zum Beispiel Alter, Beruf, Gesundheitszustand bei Tarifabschluss und Geschlecht, wobei eine Beitragsstaffelung nach dem Geschlecht für neu abgeschlossene Versicherungsverträge ab 21.12.2012 nicht mehr zulässig ist (zuvor begründete Verträge werden weiterhin mit geschlechtsabhängiger Kalkulation geführt).

Versicherungsmathematisch wird die Prämie unter Berücksichtigung von Leistungsumfang, Alter, ggf. Geschlecht und Beruf so ermittelt, dass sie für bei Tarifabschluss gesunde Versicherte auskömmlich ist. Da der Versicherer keine zu Vorvertragsabschluss bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen als Risiko übernimmt, ist eine Feststellung des individuellen Gesundheitszustandes bei Antragstellung eine sogenannte Risikoprüfung-/einschätzung akuariell notwendig. Weicht der vorhandene Gesundheitszustand von den Kriterien des Tarifs ab, sind Risikozuschläge [RZ] erforderlich (dazu Abschnitt 5.12, p. 130).

Im Hinblick auf die Pflicht zur Versicherung ab 2009 für Personen, die der PKV zuzuordnen sind, (dazu Abschnitt 5.15, p. 130) wurden der modifizierte Standardtarif (für die Jahre 2007-08) und der Basistarif (ab 2009, dazu Abschnitt 5.18, p. 130) eingeführt, in denen keine Risikozuschläge erhoben werden dürfen, um so auch Kränkeren den Zugang zur PKV zu ermöglichen. Allerdings führt dieser tarifimmanente Verzicht auf Risikozuschläge zu zukünftig wesentlich erhöhten Prämien.

Seit wenigen Jahren bieten einige Versicherungsunternehmen testweise Tarife für Arbeitnehmende an, die die Erhebung von Risikozuschlägen eingrenzen: beispielsweise erfolgt bei Vertragsschluss im ersten halben Jahr nach Befreiung von der GKV-Versicherungspflicht (dazu Abschnitt 1.2.3, p. 22) die Versicherung ganz ohne Risikozuschläge, danach mit einer Begrenzung der Risikozuschläge auf 30 Prozent; oder strenger bei Vertragsschluss im ersten halben Jahr nach Befreiung von der GKV-Versicherungspflicht werden Risikozuschläge auf 30 Prozent begrenzt. Ein derartig erleichterter Zugang verteuert naturgemäß die Prämien, da die erhöhten Gesundheitskosten auf alle Versicherte umgelegt wird.

In der PKV ist im Gegensatz zur GKV für jede einzelne versicherte Person ein individueller Beitrag zu entrichten, bei der PKV gibt keine kostenlose Familienmitversicherung. Daher ist in der GKV zwischen GKV-Mitgliedern (Versicherungsnehmer) und GKV-Versicherten (versicherte Personen) zu unterscheiden.

Neben Leistungsumfang und Finanzierung unterscheiden sich die beiden Systeme in der Leistungserbringung.

Die GKV stellt ihren Versicherten die Versicherungsleistungen in natura und (bis auf gesetzlich definierte Zuzahlungen) ohne Kosten für die Empfänger zur Verfügung. Sie schließt hierüber Verträge mit den einzelnen Organisationen der Leistungserbringer ab. Diese Leistungserbringungsart heißt Sachleistungsprinzip. Vom Sachleistungsprinzip gibt es wenige gesetzlich festgelegte Ausnahmen, zum Beispiel die Wahl der Kostenerstattung für GKV-Versicherte.

Für die PKV ist die sogenannte Kostenerstattung typisch. Die Versicherten schließen mit den Leistungserbringern direkt privatrechtliche Verträge ab, auf die i.d.R. andere (weder das Versicherungsunternehmen noch der Gesetzgeber) Einfluss haben. Die Versicherten bezahlen i.d.R. die angefallenen Kosten an die Leistungserbringer und erhalten diese im vereinbarten Umfang des Versicherungsvertrages von den Versicherern zurück.

Trotz der bestehenden Systemunterschiede werden sowohl die GKV als auch die PKV durch Kostensteigerungen im Gesundheitswesen erheblich belastet (dazu Abschnitt 1.3, p. 35). Allerdings sind Konsequenzen daraus höchst unterschiedlich.

Da die GKV einkommensabhängige Beiträge erhebt, steigen die absoluten Beitragseinnahmen automatisch mit der Lohnentwicklung. Reicht diese Dynamik nicht aus, haben die Kassen mit einkommensabhängigen prozentualen Zusatzbeiträge (§ 242 „Zusatzbeitrag“ SGB V) ihren Finanzbedarf zu decken, denn ihnen ist es untersagt, über lange Zeit Schulden (§ 220 „Grundsatz“ Absatz 1 Satz 2 SGB V) zu machen

In der PKV können die Kostensteigerungen alleinig durch Beitragserhöhungen kompensiert werden, dabei geben Gesetze und Verordnungen (Versicherungsaufsichts- und -vertragsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsverordnung) vor, dass die Unternehmen jährlich den Verlauf jedes einzelnen Tarifs zu beobachten und entsprechend den Ergebnissen die Beiträge anzupassen haben. Diese Beitragserhöhungen sind notwendig, damit die Versicherungsunternehmen auch weiterhin ihre vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Versicherten erfüllen können und nicht in Zahlungs-/Erstattungsunfähigkeiten geraten. Nachträgliche Leistungskürzungen oder Eigenbeteiligungen (so werden Zuzahlungen in der PKV genannt), die ein einseitiger Eingriff in bestehende Verträge darstellen würde, ist den Unternehmen grundsätzlich nicht gestattet (nur bei grundlegenden Änderungen im Gesundheitswesen kann zur Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer eine Änderung der Versicherungsbedingungen vorgenommen werden, § 203 „Prämien- und Bedingungsanpassung“ Absatz 3 VVG). Andererseits haben die Versicherten die Möglichkeit, in einen anderen Tarif im Unternehmen zu wechseln (§ 204 „Tarifwechsel“ Absatz 1 VVG, dazu Abschnitt 5.20, p. 130), um den Erhöhungen entgegenzuwirken.

Der Schadenverlauf in der Krankenversicherung hängt von verschiedenen Einflüssen ab, wobei es objektive und subjektive Komponenten gibt, die allerdings nicht exakt voneinander abgrenzbar sind. Wesentliche Einflussfaktoren sind:

- Wissenschaftlicher Fortschritt, zum Beispiel bei Geräten und Untersuchungsmethoden oder Weiterentwicklung von Arzneien.
- Auftreten neuer, teurer und langwieriger Krankheiten wie beispielsweise Aids oder Zunahme von Krankheiten auf Grund von Umwelteinflüssen wie beispielsweise Allergien.
- Liquidationsverhalten der Ärzte, das wiederum von den Investitionskosten der Arztpraxis und der allgemeinen Preissteigerung abhängt.
- Morbiditätsrisiko (Wahrscheinlichkeit an einer bestimmten Krankheit zu erkranken) der Versicherten, das auch entscheidend durch die subjektive Reaktion auf das Umfeld bestimmt wird.
- Gesetzlich beeinflusste Kostensteigerungen, zum Beispiel im Krankenhausbereich durch die Bundespflegesatzverordnung.
- Anspruchsdenken der Versicherten, das sich zum Beispiel im persönlichen Wunsch nach möglichst teuren Medikamenten, möglichst umfangreichen Untersuchungen durch einen oder mehrere Ärzte usw. äußert.
- Zusätzlich bei PKV-Versicherungen:
 - Kompensation von GKV-Mindereinnahmen (2017: ca. 13,4 Mrd. Euro laut Wirtschaftsforschungsinstituts WifOR).

- Geschlechtszusammensetzung in den sogenannten Unisex-Tarifen, da die Krankheitskosten von Frauen und Männer – statistisch nachweisbar – unterschiedlich sind.

Die Entwicklung der privaten Krankenversicherung in Deutschland von der Mitte der 20er-Jahre bis zur Währungsreform und auch nach der Währungsreform bis zum Ende der 50er-Jahre zeigt eine relative Kostenstabilität bzw. eine mit der größeren Lebenserwartung einhergehende kontinuierliche Entwicklung auf. Die Folge davon war, dass in diesen Zeiträumen der Beitrag des Versicherungsschutzes relativ stabil blieb. Die Entwicklung seit Beginn der 60er-Jahre und vor allem in den letzten Jahrzehnten wird auf Grund ihrer Heftigkeit als Kostenexplosion im Gesundheitswesen bezeichnet. Ursache hierfür sind sicherlich nicht einzelne Faktoren allein, sondern – soweit feststellbar – ein Kumulieren des Anstiegs bei sämtlichen Einflussfaktoren.

1.2.2 GKV-Gesundheitsfond.

Zum 01.01.2009 wurde der Gesundheitsfond eingeführt.

Ziel war es, für die GKV-Versicherte erstmals einen einheitlichen Beitragssatz für alle Krankenkassen zu erreichen. Zu dieser Zeit beschränkte sich der Wettbewerb unter den Krankenkassen im Wesentlichen auf die Leistungen, die allerdings zu ca. 95 Prozent im Sozialgesetzbuch V festgelegt sind – Zusatzbeiträge wurden damals auf Grund der guten Konjunkturlage nicht erhoben. Zuvor bestimmte jede Krankenkasse ihren Beitragssatz zur Finanzierung ihrer Ausgaben eigenverantwortlich, was durch die freie Krankenkassenwahl zu – Wettbewerb fördernden – Wechselbewegungen zwischen den Krankenkassen führte.

Der Gesundheitsfond, der vom Bundesversicherungsamt [BVA], Bonn, verwaltet wird, kann als Geldverteilungsstelle angesehen werden. Zuvor erhielten die Krankenkassen ihre Einnahmen direkt von ihren Versicherungsnehmern. Nun fließen die (einkommensabhängigen) Mitgliedsbeiträge (ohne Zusatzbeiträge) in den Gesundheitsfond, werden um die Bundesmittel aufgestockt und werden sodann auf die Krankenkassen gemäß ihrer Mitglieder verteilt. Dabei erhält die Krankenkasse pro Person eine altersabhängige Grundpauschale sowie einen Morbiditätszuschlag für ca. 50 bis 80 Krankheiten. Der bisherige Risikostrukturausgleich [RSA] ist nun mit einer morbiditätsorientierten Komponente im Gesundheitsfond ausgestattet (Morbidität: Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe).

Die Finanzierung des Fonds erfolgt durch:

- die Mitgliedsbeiträge bezüglich des Allgemeinen Beitragssatzes in Höhe von derzeit 14,6 Prozent (§ 241 „Allgemeiner Beitragssatz“ SGB V; paritätisch von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden zu entrichten);
- die Bundeszuschüsse aus Steuermitteln für versicherungsfremde Leistungen (zum Beispiel beitragsfreie Familienversicherung von Kindern und Ehegatten oder Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft) in Höhe von jeweils 10,5 bis 14 Milliarden Euro für die Jahre 2014-16 resp. 14,5 Milliarden Euro p.a. ab dem Jahr 2017 (§ 221 „Beteiligung des Bundes an Aufwendungen“ SGB V).

Falls eine Krankenkasse mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond ihren Finanzbedarf nicht decken kann, hat sie prozentuale, d.h. einkommensabhängige Zusatzbeiträge zu erheben (§ 242 „Zusatzbeitrag“ SGB V, dazu Abschnitt 1.2.6, p. 28), diese Zusatzbeiträge erhält die Krankenkasse direkt von ihren Mitgliedern.

1.2.3 Versicherungspflichtgrenze, GKV- und PKV-Versicherte.

Die Versicherungspflichtgrenze gibt an, bis zu welchem regelmäßigen Jahreseinkommen aus der Arbeitnehmentätigkeit Arbeitnehmende in der GKV versicherungspflichtig sind. Übersteigt das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt diese Grenze, sind Arbeitnehmende versicherungsfrei und können sich entweder für eine freiwillige Gesetzliche oder eine Private Krankenversicherung entscheiden (§ 6 „Versicherungsfreiheit“ Absatz 1 SGB V).

Die (allgemeine) Versicherungspflichtgrenze beträgt im Jahr 2017 57.600 Euro (monatlich 4800,00 Euro; § 6 „Versicherungsfreiheit“ Absatz 6 SGB V) (2016: 56.250 Euro resp. monatlich 4.687,50 Euro). Sie ergibt sich i.d.R. zu ca. 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze (2017: 76.200 Euro) der Rentenversicherung [RV].

Bis zum 01.01.2003 waren die Versicherungspflichtgrenze und die Beitragsbemessungsgrenze identisch. Als zu diesem Zeitpunkt die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung außergewöhnlich stark von 54.000 Euro (monatlich 4.500 Euro) auf 61.200 Euro (monatlich 5.100 Euro) angehoben wurde (§ 6 „Versicherungsfreiheit“ Absatz 7 SGB V), wurden Versicherungspflichtgrenze und die Beitragsbemessungsgrenze voneinander gelöst. Die Versicherungspflichtgrenze wurde entsprechend der Rentenversicherung angehoben, die Beitragsbemessungsgrenze entsprechend ihrer damaligen Entwicklung, seitdem liegt die Versicherungspflichtgrenze ca. 10 Prozent über die Beitragsbemessungsgrenze.

Für PKV-Versicherte, die am 31.12.2002 als Arbeitnehmende versicherungsfrei und privat-krankenversichert waren und seitdem durchgehend als Arbeitnehmende versicherungsfrei sind, gilt ein Bestandsschutz: für sie stimmt weiterhin Versicherungspflichtgrenze mit der Beitragsbemessungsgrenze überein, liegt also bei 52.200 Euro (monatlich 4.350,00 Euro) im Jahr 2017.

GKV-Pflichtversicherte (§ 5 „Versicherungspflicht“ SGB V): überwiegender Personenkreis.

- Arbeitnehmende (Arbeiter, Angestellte, Auszubildende) mit Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt.
- Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II.
- Landwirte.
- Künstler und Publizisten.
- Teilnehmer von berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation.
- Körperlich, geistig oder seelisch Behinderte, die in Werkstätten für Behinderte, Blindenwerkstätten bzw. gleichartigen Einrichtungen beschäftigt werden.
- Studenten, Berufspraktikanten.
- Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen und die erforderliche Vorversicherungszeit in der GKV erfüllen.
- Personen ohne andersweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall.

In-der-PKV-substitutiv-Krankenversicherte (dazu § 6 „Versicherungsfreiheit“ SGB V): überwiegender Personenkreis.

- Arbeitnehmende mit einem Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze.
- Selbständige und Freiberufler (ohne Erwähnung im SGB) *.
- Anspruchsberechtigte auf Beihilfe oder Heilfürsorge (i.W. Beamte, Richter, z.T. Geistliche, Soldaten auf Zeit, Berufssoldaten der Bundeswehr)
- Rentner (evtl. nach Befreiung von der Versicherungspflicht).
- Studenten (nach Befreiung von der Versicherungspflicht).

Ein substitutiver Krankenschutz ist geeignet, den GKV-Schutz zu ersetzen, er beinhaltet mindestens ambulante und stationäre Leistungen, fakultativ darüber hinaus zahnärztliche Leistungen und Krankentagegeld.

GKV-Versicherte können als Ergänzung zur gesetzlich geregelten Grundabsicherung eine selbständige Teilversicherung (Zusatztarif, GKV-Ergänzungstarif) der PKV abschließen.

Befreiung von der GKV-Versicherungspflicht für Vormalis-Versicherungsfreie (§ 8 „Befreiung von der Versicherungspflicht“ SGB V).

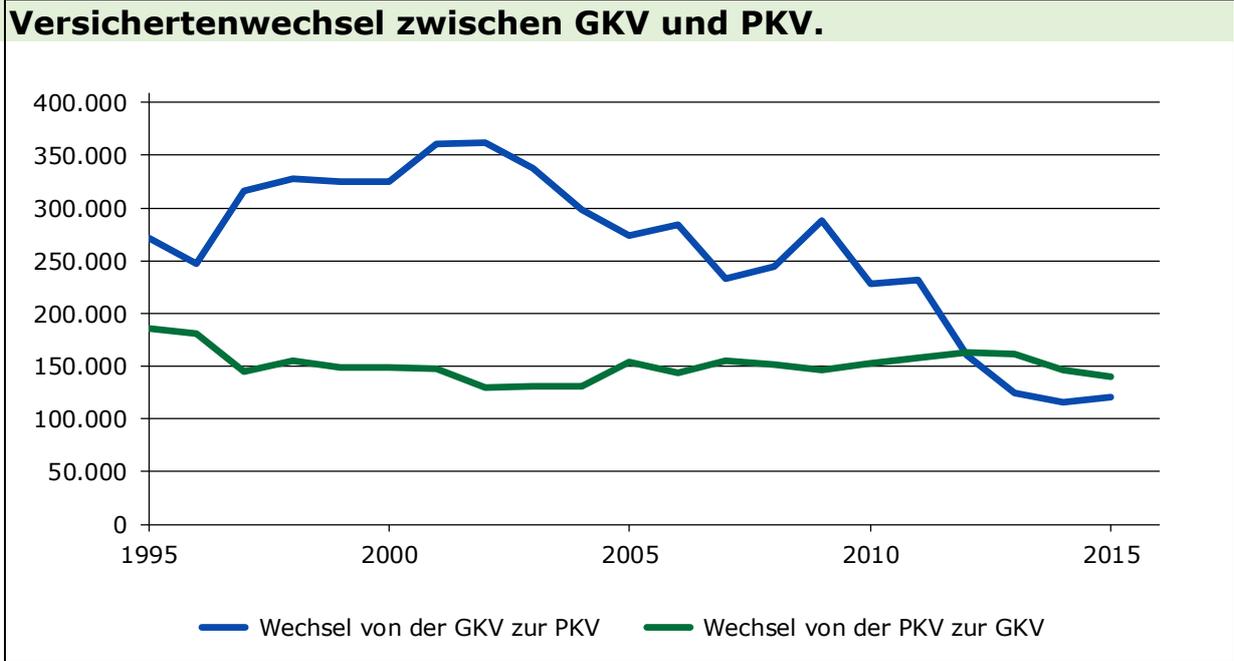
- Die Befreiung von der Versicherungspflicht erfolgt auf Antrag des Befreiungsberechtigten.
- Stellung des Antrags innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht.
- Die Befreiung ist unwiderruflich, solange der zur Befreiung führende Tatbestand fortbesteht.

Versicherte GKV und PKV.

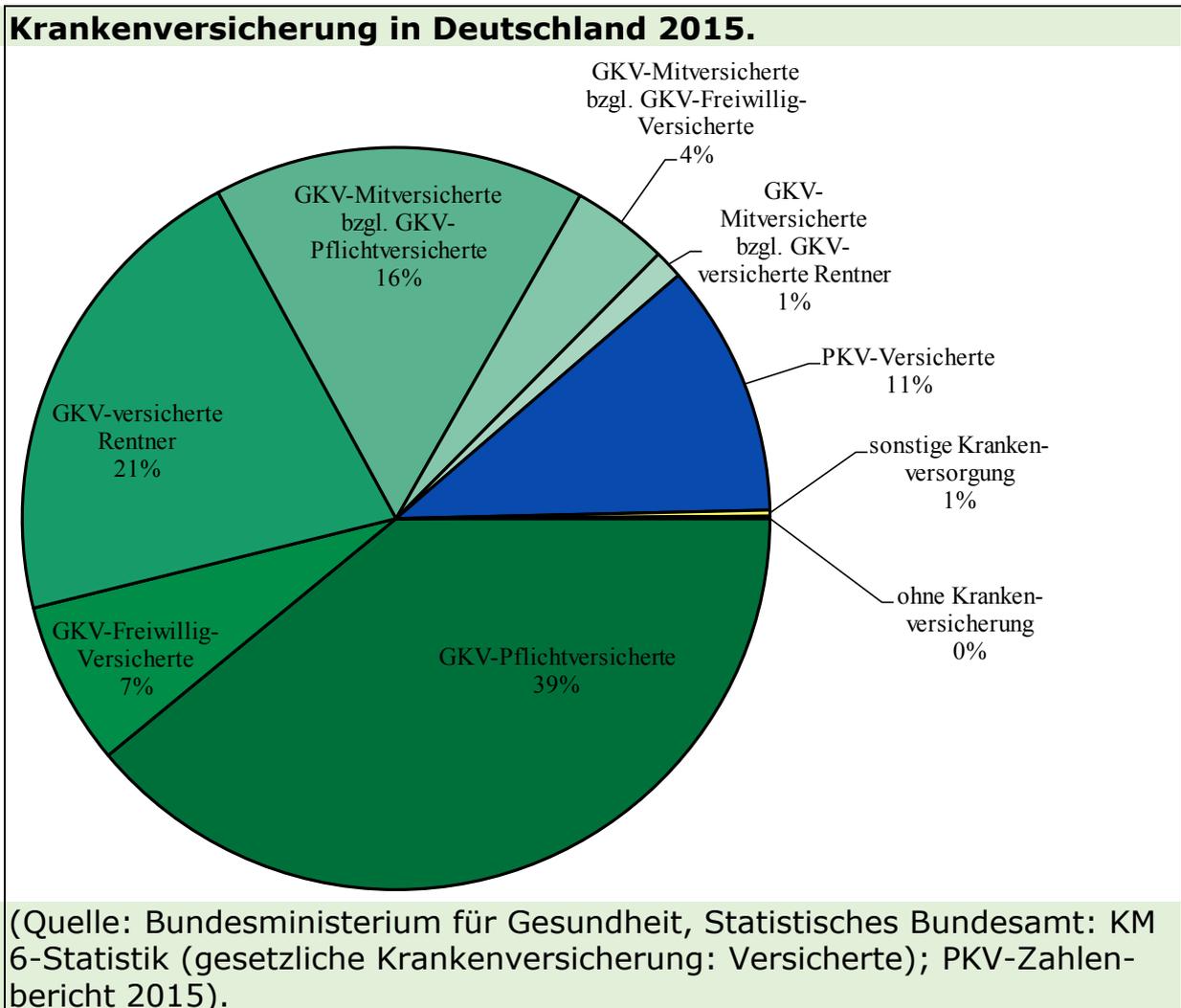
	GKV	PKV
Arbeitnehmer unter der Versicherungspflichtgrenze	ja	nein
Arbeitnehmer über der Versicherungspflichtgrenze	freiwillig	möglich
Beamte	nein	ja
Selbständige, Freiberufler *	nein	ja
Landwirte	ja	nein
Arbeitslose	ja	nein
Studenten	ja	möglich, bei Befreiung
Rentner	entsprechend Arbeitsleben	

* Freiberufler üben selbständig wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeiten aus, die nicht der Gewerbeordnung unterliegen; zum Beispiel Ingenieure, Ärzte, Juristen, Aktuartruhänder.

Selbständige sind Gewerbetreibende, die selbständig wirtschaftliche Tätigkeiten (dazu gehören nicht freiberufliche oder landwirtschaftliche Tätigkeiten) ausüben; zum Beispiel Handwerker, Einzelhändler, Gastwirte.



1.2.4 Krankenversicherungsschutz in Deutschland.

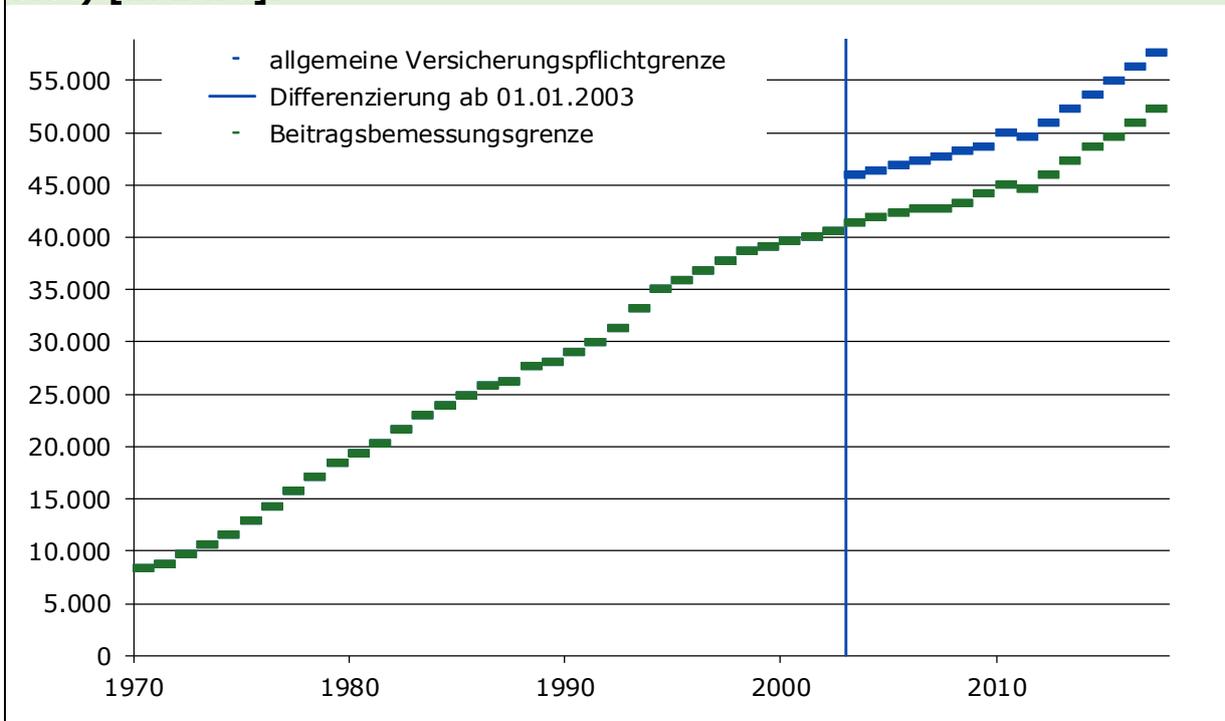


Im Jahr 2015 betrug die Einwohnerzahl in der Bundesrepublik 80 Millionen Personen. Ihre Krankenversicherung schlüsselte sich auf zu:

- 70,7 Millionen gesetzlich versicherte Personen, das waren 89 Prozent der Bevölkerung; die GKV-Versicherten teilen sich zu 44 Prozent Pflichtmitglieder, 8 Prozent freiwillige Mitglieder, 24 Prozent Rentner sowie 25 (18, 5, 2) Prozent jeweils mitversicherte Familienangehörige auf.
- 8,8 Millionen privat substitutiv versicherten Personen, das waren 11 Prozent der Bevölkerung.
- 0,2 Millionen Personen mit ausschließlich sonstigen Anspruch auf Krankenversorgung als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner oder Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich, Beamte, Richter, Freie Heilfürsorge der Polizei, der Bundeswehr und Zivildienstleistenden, also 0,3 Prozent der Bevölkerung.
- 0,1 Millionen nicht-krankenversicherte Personen, also 0,1 Prozent der Bevölkerung – trotz bestehender Pflicht zur Krankenversicherung.

1.2.5 Beitragsbemessungs-/ Versicherungspflichtgrenze.

Entwicklung der jährlichen Beitrags- und Versicherungspflichtgrenze (bis 2000 Alte Bundesländer, ab 2001 gesamtes Bundesgebiet) [in Euro].



Zu unterscheiden sind zum einen die Beitragsbemessungsgrenze und zum anderen die Versicherungspflichtgrenze, die beide jährlich entsprechend der

durchschnittlichen Lohn- und Gehaltsentwicklung vom Gesetzgeber angepasst werden. Die Beträge werden für jedes Jahr neu festgelegt und in der jeweiligen Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung) veröffentlicht.

- Die Beitragsbemessungsgrenze gibt an, bis zu welcher Höhe das Einkommen für die Berechnung des GKV-Krankenversicherungsbeitrags berücksichtigt wird, darüber hinaus gehende Einkommen bleiben abgabefrei (§ 223 „Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze“ Absatz 3 SGB V).
- Die Versicherungspflichtgrenze gibt an, bis zu welchem regelmäßigen Jahreseinkommen aus der Arbeitnehmentätigkeit Arbeitnehmende in der GKV versicherungspflichtig sind (§ 6 „Versicherungsfreiheit“ Absatz 1 Nummern 1 und 7 SGB V, dazu Abschnitt 1.2.3, p. 22).

Rechnungsgrößen zur Sozialversicherung (gerundet).

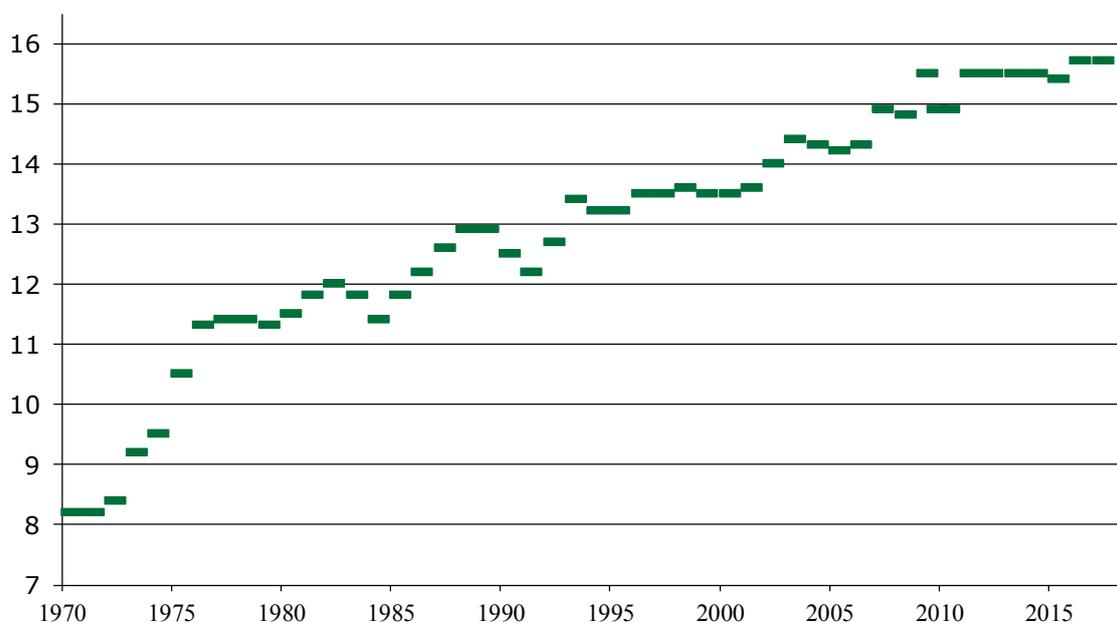
Jahr	RV-Beitragsbemessungsgrenze		allgemeine Versicherungspflichtgrenze		Beitragsbemessungsgrenze		GKV-Beitragsatz *		GKV-Höchstbeitrag *	
	mtl. / Euro	ABL	mtl. / Euro	ABL NBL	mtl. / Euro	ABL NBL	Prozent	ABL NBL	mtl. / Euro	ABL NBL
1970	920				690		8,2		56,60	
1971	971				729		8,2		59,74	
1972	1.074				805		8,4		67,64	
1973	1.176				882		9,2		81,14	
1974	1.278				959		9,5		91,07	
1975	1.432				1.074		10,5		112,74	
1976	1.585				1.189		11,3		134,33	
1977	1.738				1.304		11,4		148,63	
1978	1.892				1.419		11,4		161,75	
1979	2.045				1.534		11,3		173,33	
1980	2.147				1.611		11,5		185,22	
1981	2.250				1.687		11,8		199,10	
1982	2.403				1.802		12,0		216,28	
1983	2.556				1.917		11,8		226,25	
1984	2.659				1.994		11,4		227,32	
1985	2.761				2.071		11,8		244,35	
1986	2.863				2.147		12,2		261,99	
1987	2.914				2.186		12,6		275,41	
1988	3.068				2.301		12,9		296,81	
1989	3.119				2.339		12,9		301,75	
1990	3.221				2.416		12,5		301,98	
1991	3.323				2.493		12,2		304,09	
1992	3.477				2.608		12,7		331,16	
1993	3.681				2.761		13,4		369,97	
1994	3.886				2.914		13,2		384,70	
1995	3.988				2.991	2.454	13,2	12,8	394,79	314,13
1996	4.090				3.068	2.608	13,5	13,5	414,15	352,02
1997	4.193				3.144	2.723	13,5	13,9	424,50	378,44
1998	4.295				3.221	2.684	13,6	14,1	438,08	378,48

1999	4.346		3.260 2.761	13,5	13,9	440,03	383,78
2000	4.397		3.298 2.723	13,5	13,8	445,21	375,73
2001	4.448	3.336		13,6	13,7	453,72	457,05
2002	4.500	3.375		14,0	14,0	472,50	472,50
2003	5.100	3.825,00	3.450,00	14,4	14,1	496,80	486,45
2004	5.150	3.862,50	3.487,50	14,3	14,0	498,71	488,25
2005	5.200	3.900,00	3.525,00	14,2	13,9	500,55	489,98
2006	5.250	3.937,50	3.562,50	14,3	13,9	509,44	495,19
2007	5.250	3.975,00	3.562,50	14,9	14,5	530,81	516,56
2008	5.300	4.012,50	3.600,00	14,8	14,8	532,80	532,80
2009 1. HJ	5.400	4.050,00	3.675,00	15,5		569,63	
2009 2. HJ	5.400	4.050,00	3.675,00	14,9		547,58	
2010	5.500	4.162,50	3.750,00	14,9		558,75	
2011	5.500	4.125,00	3.712,50	15,5		575,44	
2012	5.600	4.237,50	3.825,00	15,5		592,88	
2013	5.800	4.350,00	3.937,50	15,5		610,31	
2014	5.950	4.462,50	4.050,00	15,5		627,75	
2015	6.050	4.575,00	4.125,00	15,4		635,25	
2016	6.200	4.687,50	4.237,50	15,7		665,29	
2017	6.350	4.800,00	4.350,00	15,7		682,95	

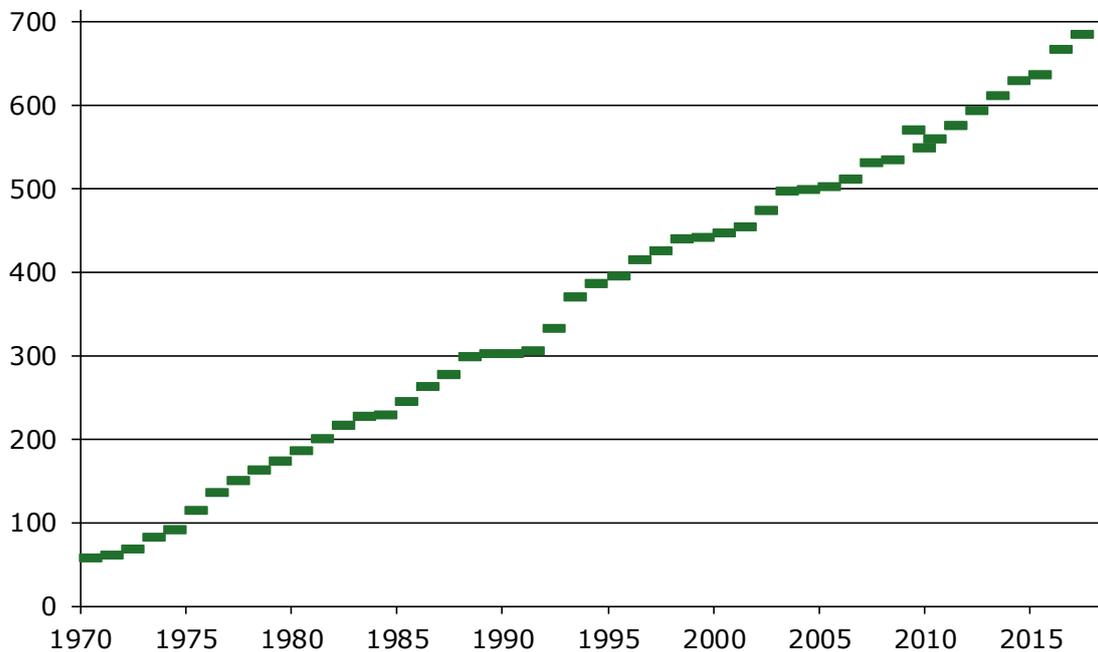
* bis 2008 Durchschnittswerte, 2009-14 einheitlich, ab 2015 Durchschnittswerte, 2017 geschätzt
Umrechnung von DM- auf Euro-Werte, daher Rundungsabweichungen

1.2.6 GKV-Beitrag.

Entwicklung der prozentualen GKV-Beitragsrate (bis 2008 Durchschnittswerte Alte Bundesländer, 2009-14 einheitlich gesamtes Bundesgebiet, ab 2015 Durchschnittswerte, 2017 geschätzt) [in Prozent].



Entwicklung des absoluten GKV-Höchstbeitrags (bis 2000 Alte Bundesländer, ab 2001 gesamtes Bundesgebiet; bis 2008 Durchschnittswerte, 2009-14 einheitlich, ab 2015 Durchschnittswerte, 2017 geschätzt) [in Euro].



GKV-Beitrag.

(1:1)

Allgemein.

$$\tilde{B}^{GKV} = p^{GKV} \cdot \min(BB\tilde{G}r ; btrgpfl\tilde{E})$$

GKV-Beitrag p.m.

$$p^{GKV} = p^{GKV, allg} + p^{GKV, ZusBtrg}$$

Beitragssatz

$$p^{GKV, allg}$$

allgemeiner Beitragssatz

$$p^{GKV, ZusBtrg}$$

kassenindividueller Zusatzbeitrags-
satz

$$BB\tilde{G}r$$

Beitragsbemessungsgrenze p.m.

$$btrgpfl\tilde{E}$$

Beitragspflichtiges Einkommen p.m.

Für Studierende.

$$\tilde{B}^{GKV, STU} = p^{GKV, STU} \cdot B\tilde{B}$$

GKV-Beitrag p.m.

$$p^{GKV, STU} = p^{GKV, allgSTU} + p^{GKV, ZusBtrg}$$

Beitragssatz

$$p^{GKV, allgSTU}$$

allgemeiner Beitragssatz für Studie-
rende

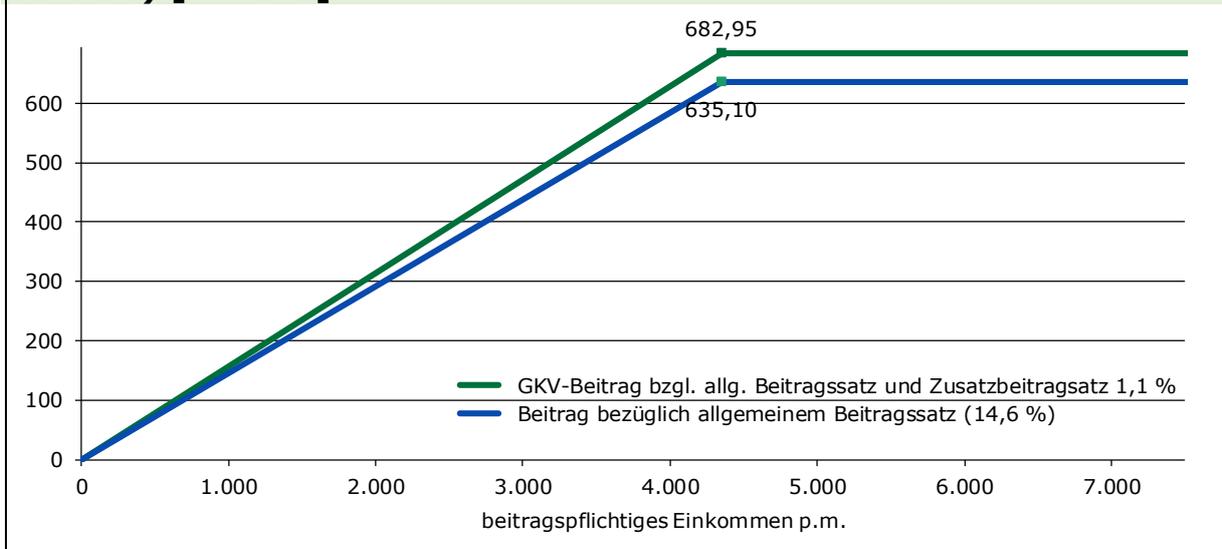
$$p^{GKV, ZusBtrg}$$

kassenindividueller Zusatzbeitrags-
satz

$$B\tilde{B}$$

Bemessungsbetrag p.m.

GKV-Beitrag 2017 (Zusatzbeitragsatz in Höhe von 1,1 Prozent geschätzt) [in Euro].



Der allgemeine individuelle GKV-Beitrag \tilde{B}^{GKV} berechnet sich gemäß § 223 „Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze“ SGB V als Produkt aus dem Beitragssatz p^{GKV} und dem persönlichen Einkommen $btrgpfl\tilde{E}$ bis zur Beitragsbemessungsgrenze $BB\tilde{G}r$:

$$\tilde{B}^{GKV} = p^{GKV} \cdot \min(BB\tilde{G}r, btrgpfl\tilde{E})$$

Seit 2015 setzt sich der Beitragssatz p^{GKV} , $p^{GKV} = p^{GKV, allg} + p^{GKV, ZusBtrg}$, zusammen aus den beiden Komponenten

- des allgemeinen Beitragssatzes $p^{GKV, allg}$ (§ 241 „Allgemeiner Beitragssatz“ SGB V)
- ggf. ein kassenindividueller einkommensabhängiger Zusatzbeitrag $p^{GKV, ZusBtrg}$ (§ 242 „Zusatzbeitrag“ Absatz 1 SGB V), sofern der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist.

Die jährliche Beitragsbemessungsgrenze $BBGr$ wurde bundesweit für das Jahr 2017 auf 52.200 Euro, die monatliche Beitragsbemessungsgrenze $BB\tilde{G}r$ auf 4.350,00 Euro (gemäß § 4 „Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Krankenversicherung“ Absatz 2 Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung – SVRechGrV 2017) von 50.850 Euro resp. monatlich 4.237,50 Euro im Jahr 2016 angehoben (in den letzten zehn Jahren betrug die jährliche Steigerung 1,9 Prozent).

Bis 2008 wurde der Beitragssatz von den einzelnen Krankenkassen selbst festgelegt und war dementsprechend uneinheitlich. Der Durchschnittswert über alle Kassen lag im Jahr 2008 bei 14,8 Prozent. Zum 01.01.2009 wurde der bundeseinheitliche Beitragssatz mit 15,5 Prozent gesetzlich festgelegt,

allerdings im Konjunkturpaket II zur Milderung der Wirtschaftskrise ein halbes Jahr später auf 14,9 Prozent abgesenkt. Vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2014 galt dann wieder der Beitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent. Seit 01.01.2015 beträgt der bundeseinheitliche Beitragssatz $p^{GKV, allg}$ 14,6 Prozent (§ 241 „Allgemeiner Beitragssatz“ SGB V), für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld 14,0 Prozent (§ 243 „Ermäßigter Beitragssatz“ SGB V). Im Jahr 2017 schwanken die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze $p^{GKV, ZusBtrg}$ wohl zwischen 0,3 und 1,8 Prozent und liegen durchschnittlich bei 1,1 Prozent, wobei derzeit alle Kassen Zusatzbeiträge erhoben.

Im Jahr 2017 beträgt somit der GKV-Höchstbeitrag (mit einem geschätzten mittlerem Zusatzbeitragssatz in Höhe von 1,1 Prozent) rund 685 Euro monatlich ($15,7\% \cdot 4.350,00 = 682,95$), im Jahr zuvor waren es rund 665 Euro (beim dem damals durchschnittlichen Beitragssatz von 15,7 Prozent: $15,7\% \cdot 4.237,50 = 665,29$), was einer Erhöhung um knapp 2,7 Prozent entspricht.

Der jeweilige Beitrag gilt für das Mitglied, gleichgültig, ob es alleine versichert ist oder ob Anspruch auf kostenlose Familienversicherung für Angehörige besteht, die nicht einer selbstständigen Versicherungspflicht unterliegen.

Im Jahr 2015 betrug je GKV-Mitglied (53,6 Mio.), d.h. Beitragszahler, der mittlere monatliche Beitrag ca. 313 Euro, je versicherter Person in der GKV (70,7 Mio.), d.h. inklusive Familienmitversicherte, ca. 237 Euro (jeweils inklusive Arbeitgebendenanteile).

Studierende, die nicht familienmitversichert sind, müssen einen eigenen GKV-Beitrag leisten: $\tilde{B}^{GKV, STU} = p^{GKV, STU} \cdot \tilde{B\tilde{B}}$,
 $p^{GKV, STU} = p^{GKV, allgSTU} + p^{GKV, ZusBtrg}$.

- Ihr Beitragssatz $p^{GKV, STU} = p^{GKV, allgSTU} + p^{GKV, ZusBtrg}$ besteht aus den beiden Komponenten
 - des allgemeinen Beitragssatzes $p^{GKV, allgSTU}$ für Studenten und
 - dem kassenindividuellen prozentualen Zusatzbeitrag $p^{GKV, ZusBtrg}$.

Der studentische allgemeine Beitragssatz $p^{GKV, allgSTU}$ beträgt gemäß § 245 „Beitragssatz für Studenten und Praktikanten“ Absatz 1 SGB V 70 Prozent des allgemeinen Beitragssatzes $p^{GKV, allg}$, also 10,22 Prozent ($p^{GKV, allgSTU} = 70\% \cdot p^{GKV, allg} = 10,22\%$).

- Ihr monatlicher Bemessungsbetrag $\tilde{B\tilde{B}}$ wird gemäß § 236 „Beitragspflichtige Einnahmen der Studenten und Praktikanten“ Absatz 1 SGB V mit dem BAföG-Bedarfssatzes in Höhe von 649 Euro als monatlicher Bedarf nach § 13 Absatz 1 Nummer 2 (399 Euro) und Absatz 2 (250 Euro) des Bundesausbildungsförderungsgesetzes angesetzt.

Bei einem durchschnittlichen 1,1-prozentigen Zusatzbeitrag beträgt der monatliche studentische GKV-Beitrag 73,47 Euro ($= (10,22\% + 1,1\%) \cdot 649 = 11,31\% \cdot 649$).

Bemerkung.

Zusätzlich zum Krankenversicherungsbeitrag ist seit Einführung der Pflegepflichtversicherung zum 01.01.1995 auch der Beitrag für die Soziale Pflegeversicherung (ebenfalls mit Familienmitversicherung) zu entrichten (dazu Abschnitt 4.3, p. 114).

1.2.7 Arbeitgebendenzuschuss für die Krankenversicherung.

Beitragsaufteilung zwischen Arbeitgebenden und -nehmenden. (1:2)

Aufteilung GKV-Beitrag für GKV-Mitglieder.

Arbeitgebendenzuschuss p.m. GKV:

$$\tilde{B}^{GKV, AG} = \frac{1}{2} \cdot p^{GKV, allg} \cdot \min(BB\tilde{G}r, btrgpfl\tilde{E})$$

Arbeitnehmendenanteil p.m. GKV:

$$\tilde{B}^{GKV, AN} = \left(\frac{1}{2} \cdot p^{GKV, allg} + p^{GKV, ZusBtrg} \right) \cdot \min(BB\tilde{G}r; btrgpfl\tilde{E})$$

Aufteilung PKV-Beitrag für PKV-Versicherte.

$\Sigma\tilde{B}^{PKV}$ Summe PKV-Beiträge der substitutiven Versicherung für Potentiell-GKV-Versicherte p.m.

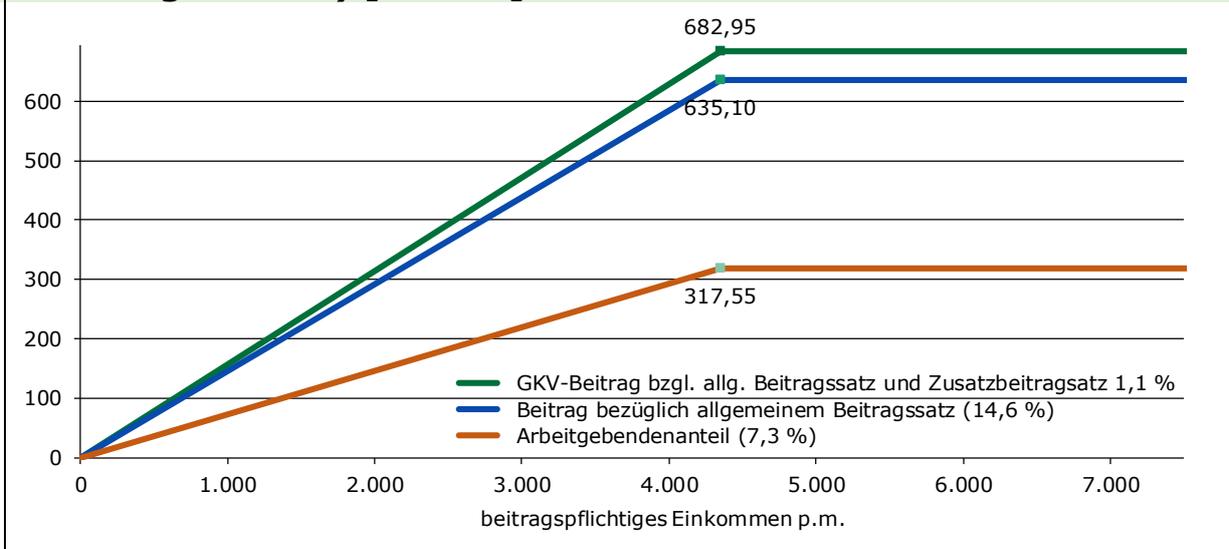
Arbeitgebendenzuschuss p.m. PKV:

$$\tilde{B}^{PKV, AG} = \min\left(\frac{1}{2} \cdot p^{GKV, allg} \cdot \min(BB\tilde{G}r; btrgpfl\tilde{E}); \frac{1}{2} \cdot \Sigma\tilde{B}^{PKV} \right)$$

Arbeitnehmendenanteil p.m. PKV:

$$\tilde{B}^{GKV, AN} = \Sigma\tilde{B}^{PKV} - \tilde{B}^{GKV, AG}$$

Aufteilung GKV-Beitrag 2017 (Zusatzbeitragsatz in Höhe von 1,1 Prozent geschätzt) [in Euro].



Für die Beitragszahlung von Arbeitnehmenden galt der Grundsatz, dass die Hälfte von den Arbeitgebern zu leisten ist. Abweichend von diesem Grundsatz wurden zum 01.07.2005 alle (damals noch kassenindividuellen) Beitragssätze der GKV um 0,9 Prozentpunkte gesenkt. Im Gegenzug hatte aber jedes GKV-Mitglied einen zusätzlichen Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent allein zu tragen. Die geänderte Beitragssatzfestsetzung bewirkte eine Entlastung der Arbeitgebenden um 0,45 Prozentpunkte und eine zusätzliche Belastung die Versicherten um 0,45 Prozentpunkte. Der gesamte Beitragssatz zur GKV änderte sich somit nicht, allerdings ist die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung zu Lasten der Arbeitnehmenden offensichtlich aufgehoben (Zusatzbeiträge, Zuzahlungen und Leistungsreduzierungen haben schon vorher im Versteckten die Parität aufgeweicht – allerdings ist als Gegenwert dazu zu stellen, dass das Krankheitsrisiko bis zu sechs Wochen alleinig von den Arbeitgebern zu tragen ist, denn im Krankheitsfall gilt die sechswöchige Entgeltfortzahlung, erst bei darüber hinausgehenden Krankheiten zahlt die GKV ein Krankengeld).

Ab dem Jahr 2015 wird der allgemeine Beitragssatz mit 14,6 Prozent festgeschrieben (§ 241 „Allgemeiner Beitragssatz“ SGB V), bezüglich diesem tragen die Arbeitgebenden die Hälfte (§ 249 „Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung“ SGB V). Die Zusatzbeiträge gemäß § 242 „Zusatzbeitrag“ SGB V sind von den Arbeitnehmenden in voller Höhe ohne Arbeitgebendenzuschuss zu zahlen. Im Jahr 2017 beträgt der Arbeitgebendenzuschuss demnach maximal 317,55 Euro p.m.: 7,3 Prozent ($\frac{1}{2} \cdot 14,6\% = 7,3\%$) von 4.350,00 Euro. Zu den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen gibt es keine Arbeitgebendenzuschüsse.

In der PKV versicherte Arbeitnehmende erhalten von ihren Arbeitgebenden ebenfalls einen Arbeitgebendenzuschuss zum substitutiven Versicherungsschutz (einem Versicherungsschutz, bestehend aus Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung, der geeignet ist, den GKV-Schutz zu ersetzen) für sich selbst und für diejenigen ihrer Familienmitglieder (Potentiell-GKV-Versicherte), die in der GKV kostenfrei mitversichert wären (§ 257 „Beitragszuschüsse für Beschäftigte“ SGB V), sofern unten aufgeführte Kriterien erfüllt werden. Der Zuschuss beträgt grundsätzlich 50 Prozent der Summe der Beiträge $\Sigma \tilde{B}^{PKV}$ für die substitutive Krankenversicherung dieser Personen, jedoch nicht mehr, als wenn eine GKV-Versicherung bestünde (d.h. maximal 317,55 Euro im Jahr 2017 sofern das Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze \tilde{BBGr} überschreitet).

Die Kriterien gemäß § 257 „Beitragszuschüsse für Beschäftigte“ Absatz 2a SGB V sind:

- Kalkulation nach Art der Lebensversicherung;
- Anbieten des Basistarifs;
- Weiterführen des Standardtarifs, sofern mit Bestand;
- Verwendung des überwiegenden Teils der Überschüsse zu Gunsten der Versicherten;
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht;
- Spartentrennung.

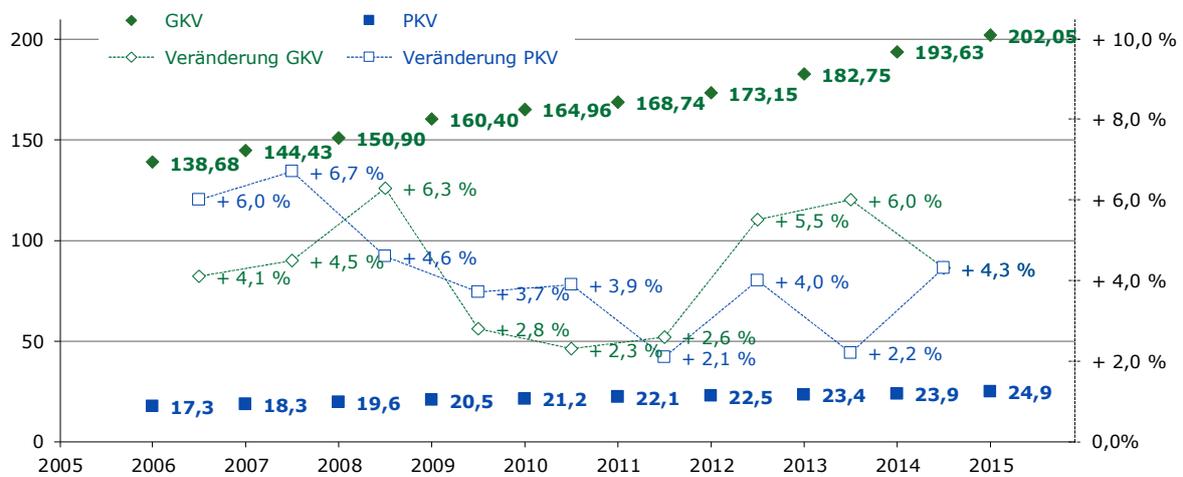
Bei den Kriterien ist zu beachten, dass sie zum einen den substitutiven Tarif selbst und zum anderen das Versicherungsunternehmen [VU] betreffen. Sobald allerdings ein VU einen substitutiven Tarif anbietet, gelten für das gesamte VU die genannten Kriterien, die sich dann auch auf die anderen ggf. nicht-substitutive Tarife erstrecken, wie zum Beispiel die Spartentrennung (versa vice kann ein VU, das keine substitutiven Tarife anbietet, auch andere Versicherungen anbieten).

Bemerkung.

Zusätzlich zum Krankenversicherungsbeitrag ist seit Einführung der Pflegepflichtversicherung zum 01.01.1995 auch der Beitrag für die Soziale Pflegeversicherung (ebenfalls mit Familienmitversicherung) zu entrichten, wozu es ebenfalls ggf. einen Zuschuss der Arbeitgebenden gibt (dazu Abschnitt 4.5, p. 119).

1.3 Kostenentwicklung GKV/PKV.

Leistungsausgaben insgesamt der GKV und der PKV [Mrd. Euro].

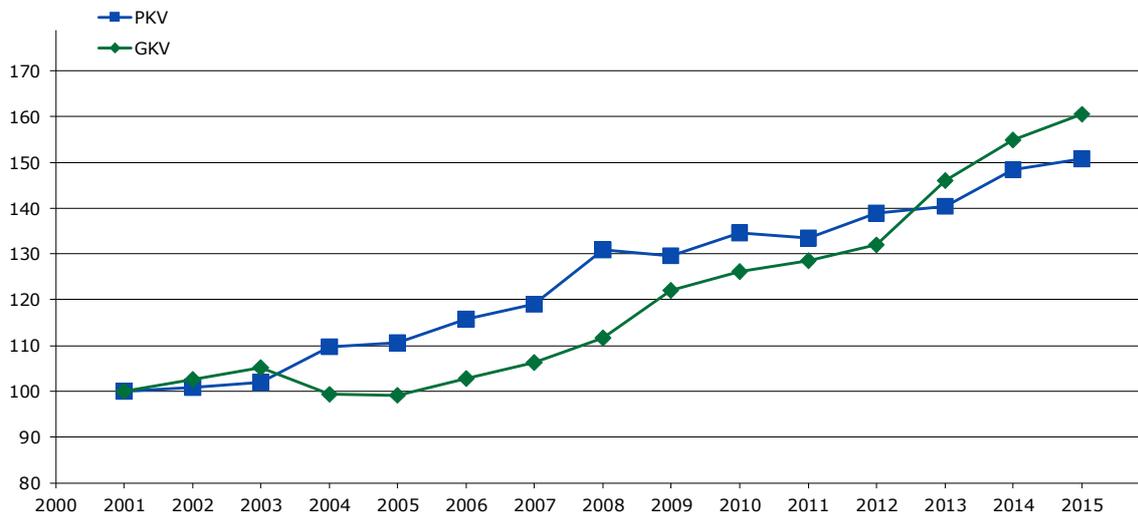


(Quelle: GKV-Spitzenverband, Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, März 2017, PKV-Zahlenbericht 2015 – und Vorherausgaben).

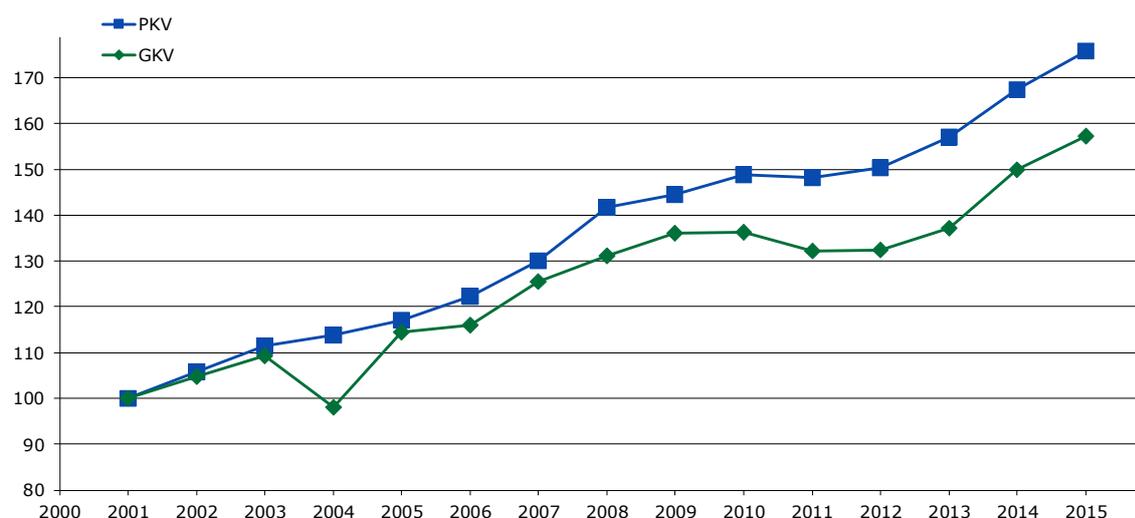
Kostenentwicklung in der GKV und in der PKV in Jahren 2001 bis 2015.

Vergleich der Versicherungsleistungen von PKV und GKV je Versicherten normiert auf 2001 (Quelle: PKV-Zahlenberichte 2011 bis 2015).

Ambulante Leistungen: Arztbehandlung.

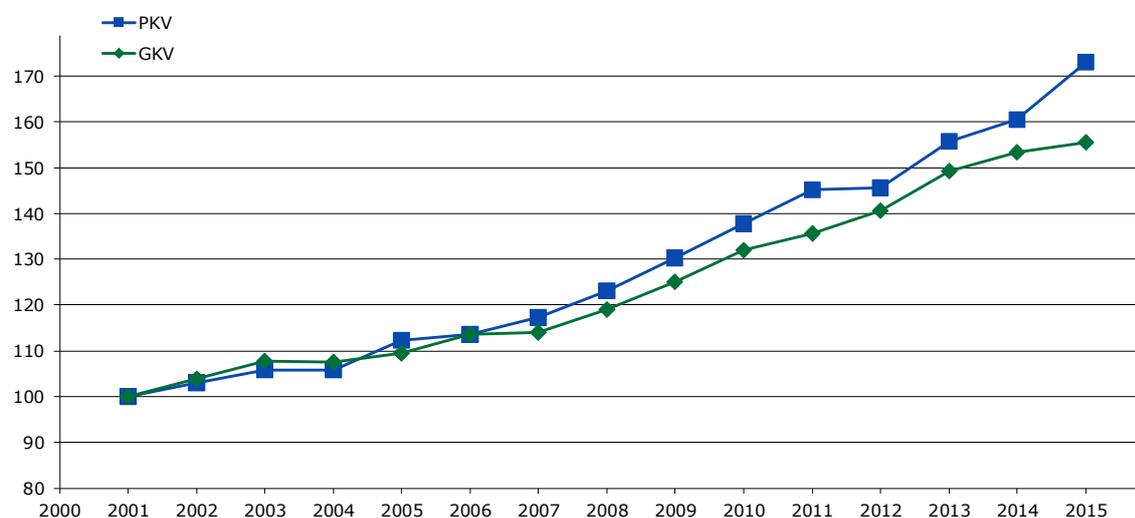


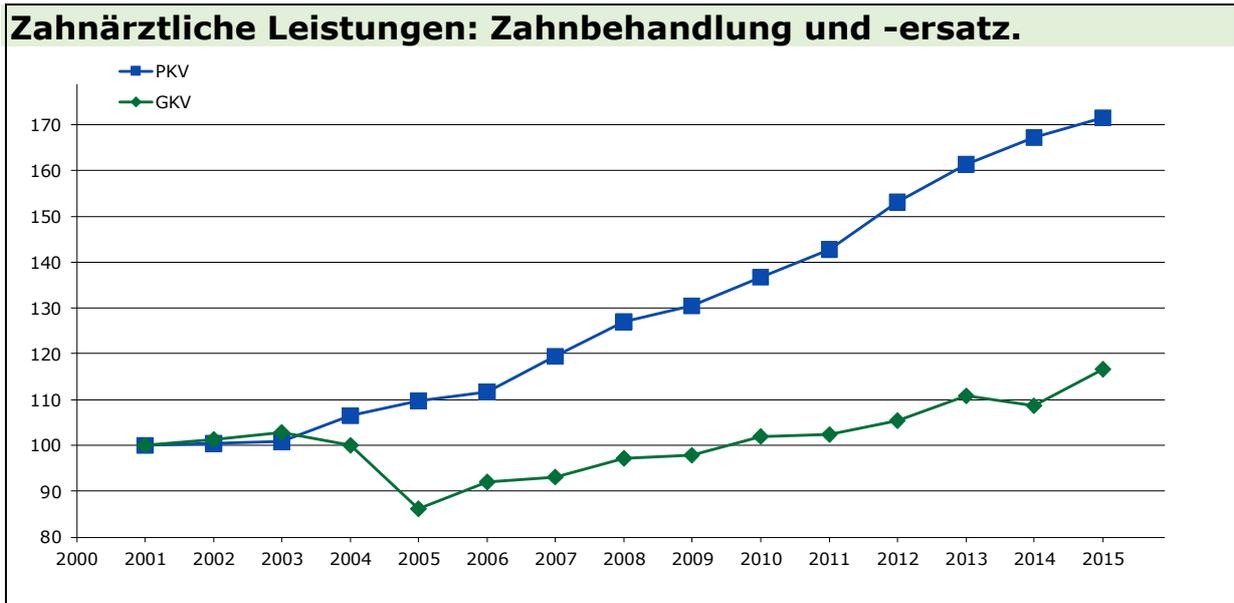
Ambulante Leistungen: Arznei- und Verbandmittel.



Bemerkung: Durch das zum 01.01.2011 in Kraft getretene „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) werden erstmals Arzneimittel-Herstellerrabatte auch für die PKV gewährt. Die Entlastung der PKV-Arzneimittelausgaben beträgt sieben bis zehn Prozent.

Stationäre Leistungen: allgemeine Krankenhausleistungen.





1.4 Exkurs: Krankenhausabrechnung.

DRG-Krankenhauskosten.

(1:3)

$$\text{DRG-Kosten} = \text{Bewertungsrelation} \cdot \text{Landesbasisfallwert}$$

Ab 1996 waren alle Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, verpflichtet, nach einem differenzierten Vergütungssystem aus Basispflegesätzen, Abteilungspflegesätzen (zum Beispiel für Intensivmedizin, Innere Medizin, etc.), Fallpauschalen und Sonderentgelte die allgemeinen Krankenhausleistungen abzurechnen. Im Jahr 2002 wurden noch knapp 80 Prozent dieser Krankenhauskosten über den Basispflegesatz und die Abteilungspflegesätze abgedeckt, etwa 20 Prozent entfielen auf Fallpauschalen und Sonderentgelte.

Mit dem „Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser“ (Fallpauschalengesetz – FPG) sind die Rahmenbedingungen für ein neues leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem in das Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG] aufgenommen worden, dessen Hauptmerkmal die Abrechnung mit DRGs (Diagnosis Related Groups) ist. Im Jahr 2003 konnten Krankenhäuser das neue Abrechnungssystem freiwillig einführen, ab dem Jahr 2004 wurde es flächendeckend verpflichtend.

Dem neuen deutschen Vergütungssystem, dem sogenannten D-DRG-System (German Diagnosis Related Groups System), wurde bei Einführung das australische System zu Grunde gelegt. Seither wird es kontinuierlich unter Berücksichtigung von medizinischen Fortschritten, Kostenentwicklungen, Verweildaueränderungen und Leistungsverlagerungen zu oder von anderen Versorgungsbereichen weiterentwickelt. Das G-DRG-System wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in Siegburg (InEK GmbH, g-drg.de) betreut, einer im Mai 2001 zu diesem Zweck gegründeten Gesellschaft der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung. Die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt für GKV- wie für PKV-Versicherte nach den gleichen Maßstäben.

Bei dem DRG-System handelt es sich um ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten an Hand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen eingeteilt werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen Aufwand unterteilt und bewertet sind. Die diagnoseorientierte Fallpauschale ergibt sich als Multiplikation einer fallbezogenen Bewertungsrelation mit einem Basisfallwert.

Die als Ausgangspunkt für die Relativgewichte notwendigen Basisfallwerte wurden zunächst von jedem Krankenhaus individuell festgelegt. Seit 2005 gibt es bundeslandesweite Werte, an die die Krankenhäuser in den Jahren

bis 2009 ihre Werte anzupassen hatten, so dass ab 2009 für alle Krankenhäuser innerhalb eines Bundeslandes ein einheitlicher Basisfallwert und somit ein einheitlicher Preis für gleiche Leistungen gilt. Die Landesbasisfallwerte des Jahres 2016 schwankten zwischen 3287 Euro (zwölf Bundesländer) und 3465 Euro (Rheinland-Pfalz) und ergaben im Bundesdurchschnitt einen Wert von 3294 Euro, in Bayern lag er bei 3312 Euro. Obwohl für das Jahr 2017 noch nicht alle Länderwerte beschlossen sind (Stand 29.03.2017), ist abzusehen, dass sich die Werte um etwa zwei Prozent erhöhen werden (Bayern 2017: 3365 Euro).

Die Bewertungsrelationen werden in einem jährlich herauszugebenden Fallpauschalenkatalog zusammengestellt, dabei wird nach Fallpauschalen für Haupt- und Belegabteilungen unterschieden. Dabei hat sich die DRG-Anzahl von 664 für das Jahr 2003 auf 1255 für das Jahr 2017 beinahe verdoppelt.

Jede DRG-Fallpauschale vergütet Leistungen im Rahmen einer gewissen Bandbreite der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus, die durch eine obere und untere Grenzverweildauer eingegrenzt wird. Die beiden Grenzverweildauern werden im Fallpauschalenkatalog vorgegeben. Für längere Aufenthalte erhalten Kliniken für jeden weiteren Verweildauertag zusätzlich ein tagesbezogenes Entgelt (dessen Höhe im Fallpauschalenkatalog vorgegeben ist). Bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer gilt die definierte Leistung als nicht mehr in vollem Umfang erbracht mit der Konsequenz, dass – gleichfalls im Fallpauschalenkatalog vorgegebene – Abschlüsse vorgenommen werden. Die untere Grenzverweildauer soll vorzeitige Entlassungen (sogenannte blutige Entlassungen) aus dem Krankenhaus verhindern. Auch bei der Verlegung eines Patienten werden Vergütungsabschlüsse im abgebenden und im aufnehmenden Krankenhaus im Fallpauschalenkatalog vorgegeben. Somit enthält der Fallpauschalenkatalog unter anderem: DRG-Verschlüsselung, textliche Bezeichnung, Bewertungsrelationen, mittlere Verweildauer, untere und obere Grenzverweildauer mit Tageswerten und Bewertungsrelationen je Tag für die Zu- und Abschlüsse sowie die im Falle der Verlegung zur Abschlagsrechnung notwendige Bewertungsrelation je Tag. Die Ermittlung dieser Werte erfolgt an Hand von tatsächlichen Behandlungen in 242 Krankenhäusern, davon zehn Universitätskliniken.

Neben den derzeit 1255 Fallpauschalen werden für bestimmte in das System nur schwer integrierbare Leistungen oder Arzneimittel Zusatzentgelte auf der Bundesebene vereinbart (Anzahl: 191 für das Jahr 2017) und in den Fallpauschalenkatalog mit aufgenommen. Ferner können Leistungen, die nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergütet werden (zum Beispiel bestimmte Leistungen der Transplantationsmedizin) im Katalog mit aufgelistet werden, diese Entgelte sind jedoch krankenhausesindividuell.

Insgesamt wird beispielsweise unter der DRG-Nummer O60D die Entbindung ohne komplizierende Diagnose mit der Bewertungsrelation 0,566 bei einer mittleren Verweildauer von 3,2 Tagen und den Grenzverweildauern 2 bis 5 Tage aufgelistet. Bei dem bayerischen Landesbasisfallwert in Höhe von 3365 Euro im Jahr 2017 ergibt dies 1904,59 Euro je Entbindung. Dauert der Krankenhausaufenthalt weniger als 2 Tage sind 780,68 Euro je Tag (Bewertungsrelation 0,232) abzuziehen, bei mehr als 5 Tagen erfolgt ein täglicher Aufschlag von 215,36 Euro (Bewertungsrelation 0,064).

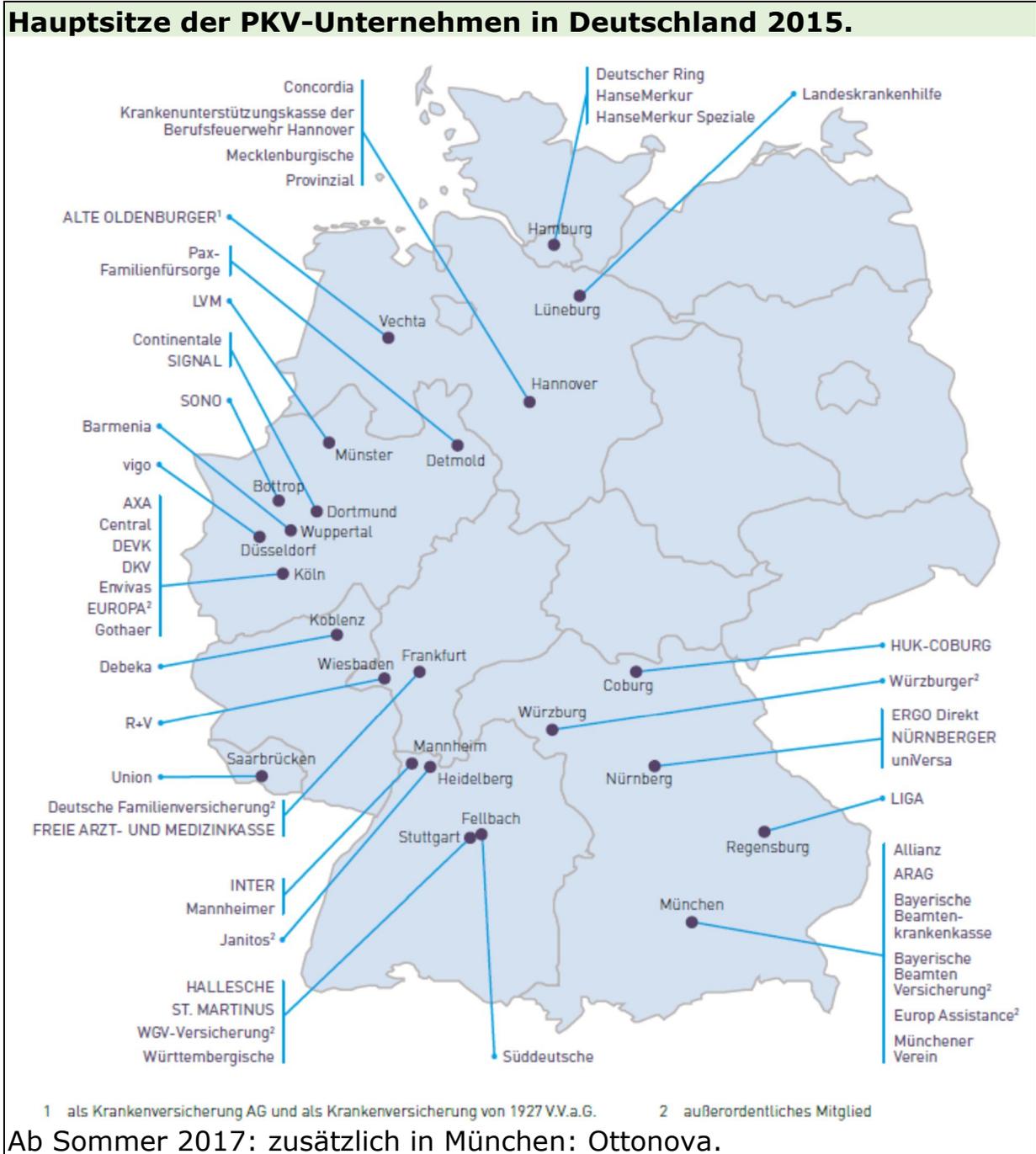
Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen leisten viele PKV-Tarife auch für die sogenannte Wahlleistung Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer. Im Jahr 2000 gab es zur Angemessenheit der Höhe der Ein- oder Zweibettzimmer-Zuschläge ein Urteil vom Bundesgerichtshof, das die Zuschläge i.d.R. auf 80 resp. 30 Prozent des – mittlerweile durch das DRG-Abrechnungssystem abgelöst – Basispflegesatzes begrenzte. Dieses Urteil wurde von den Krankenhäusern auch auf Druck des PKV-Verbandes und der einzelnen PKV-Unternehmen umgesetzt, was eine deutliche einmalige Absenkung der Zuschläge bewirkte. An den damals festgelegten Obergrenzen orientieren sich nun diese Zuschläge unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung. So betrug im Jahr 2015 der durchschnittliche Einbettzimmerzuschlag in Deutschland 96 Euro, wobei in Berlin mit 122 Euro die höchsten, in Sachsen-Anhalt mit 71 Euro die niedrigsten Aufpreise zu zahlen waren. Die Unterbringung im Zweibettzimmer kostete im Jahr 2013 durchschnittlich 49 Euro, hier liegt Nordrhein-Westfalen mit 55 Euro an der Spitze, während in Sachsen-Anhalt mit 32 Euro deutschlandweit am wenigsten berechnet wurden.

Nicht mit DRGs werden die beiden stationären Wahrleistungen, nämlich Chefarztbehandlung oder Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.

2. PKV-Branche.

Quellen: PKV-Zahlenberichte und Statistische Taschenbücher des GDV.

2.1 Versicherungsunternehmen.



Aufteilung der Versicherungsunternehmen gemäß ihrer Rechtsform (2015).

	VVaG	AG	AG als Tochtergesellschaft von VVaG	VVaG im weiteren Sinn	AG im engeren Sinne	Summe
Anzahl der Unternehmen	18	31	10	28	21	49
Anzahl der Vollversicherten [Mio.]	4,596	4,191	0,980	5,575	3,212	8,787
Anteil an Gesamtbestand	52 %	48 %	11 %	63 %	37 %	100 %
Beitragseinnahmen [Mio. Euro]	15.669	21.153	4.092	19.761	17.062	36.822
Anteil an Beitragssumme	43 %	57 %	11 %	54 %	46 %	100 %

Eine Vollversicherung war vor der Einführung der Pflicht zur Versicherung durch die Versicherung der allgemeinen Krankenhausleistungen definiert, ab 2009 müssen für Vertragsneuabschlüsse mindestens ambulante und stationäre Leistungen bei einem maximal zulässigen Selbstbehalt von 5000 Euro versichert sein.

Im Gegensatz zu einer Aktiengesellschaft [AG] hat ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit [VVaG] keine gewinnorientierten Aktionäre, sondern die Versicherungsnehmer sind zugleich Mitglieder und damit Träger des Versicherungsvereins.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung hatte zum 31.12.2015 42 ordentliche Mitgliedsunternehmen, das sind Versicherungsunternehmen [VU] mit Geschäftsbetrieb in Deutschland und Zulassung durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht [BaFin] oder eine Landesaufsichtsbehörde. Im Jahr 2015 gab es noch 20 weitere private Krankenversicherer, die häufig berufsständisch orientiert und lediglich regional bedeutsam sind sowie vorwiegend keine Vollversicherungen anbieten. Ihr Anteil an den Beitragseinnahmen beträgt unter 0,002 Prozent der gesamten Krankenversicherungssparte.

Im Gründungsjahr der Bundesrepublik 1949 waren es noch 100 Unternehmen, im Jahr 1960 drei weniger, wobei 93 Prozent davon Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit mit einem 66-prozentigem Marktanteil waren. Der Rückgang auf 37 VU im Jahr 1980 ist insbesondere auf Zusammenschlüsse und Bestandsübertragungen zurückzuführen, die insbesondere eine rationelle Verwaltung – unter dem Einsatz der sich allmählich etablierenden EDV – ermöglichen sollten. Nach dieser Minimalanzahl stieg die Zahl der PKV-Unternehmen durch Neugründungen bis zur Jahrtausendwende wieder an, im Jahr 2017 erfolgte seit langem wieder eine Neugründung,

dadurch wird sichtbar, dass die PKV trotz vieler einschränkender sozialpolitischer Einflüsse ein Wachstumspotential hat.

Derzeit sind de jure 37 Prozent der VU als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit [VVaG] geführt, da jedoch zehn Aktiengesellschaften [AG] als Tochtergesellschaften einer VVaG geführt werden, sind 57 Prozent der VU als VVaG im weiteren Sinne anzusehen, ihre Beitragseinnahmen machen 54 Prozent der Gesamteinnahmen aus, der Anteil an den Vollversicherten liegt bei 63 Prozent, beides mit zunehmendem Trend in den letzten Jahren (die signifikante Abweichung der Anteile bezüglich Beitragseinnahmen und versicherten Personen liegt an einem großen VU, das eine VVaG ist und viele Beihilfeversicherten führt).

Die vier größten Versicherungsunternehmen sind, wobei lediglich die Debeka ein VVaG, die AXA als Neugründung aus den 60er-Jahren ein neueres VU ist, in alphabetischer Reihenfolge:

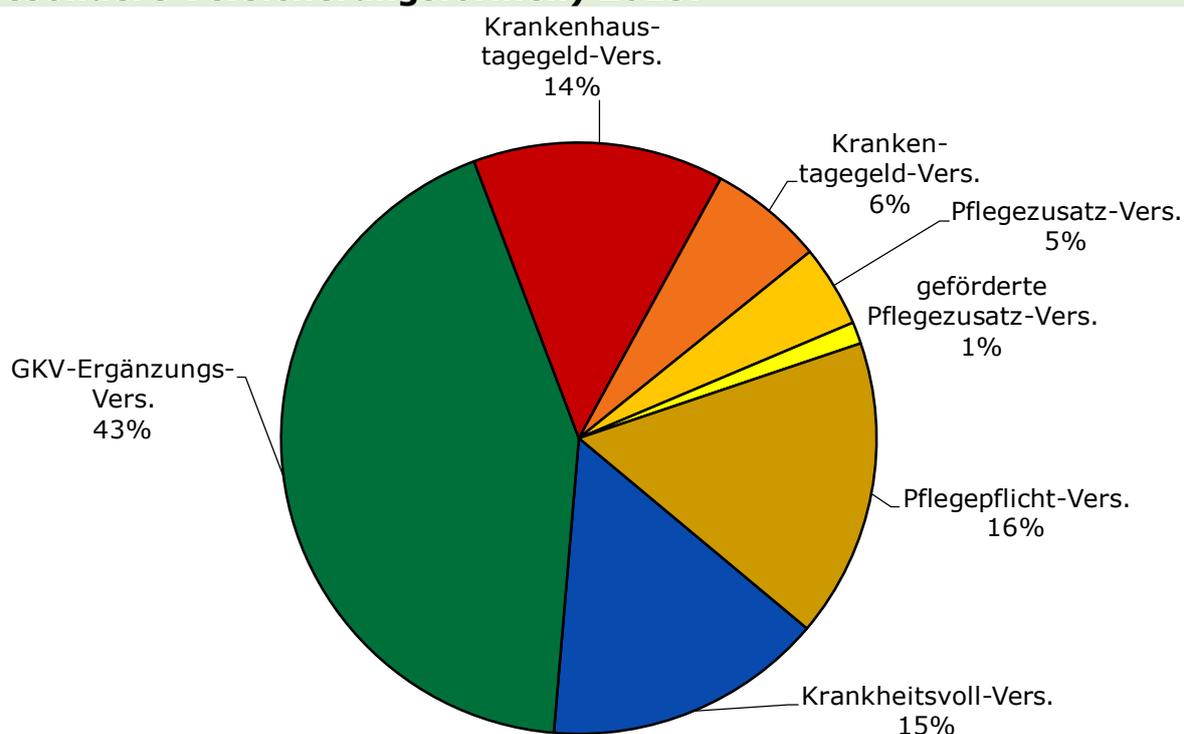
- APKV, München (Allianz Private Krankenversicherungs-AG, hervorgegangen aus Gemeinnützige Deutsche Versicherungs-Aktiengesellschaft, vormals Vereinte Krankenversicherungs-AG).
- AXA, Köln (AXA Krankenversicherung AG, hervorgegangen aus Union Krankenversicherungs-AG).
- Debeka, Koblenz (Debeka Krankenversicherungsverein a.G., ursprünglich Deutsche Beamten-Krankenversicherung).
- DKV, Köln (DKV Deutsche Krankenversicherung AG).

Auf diese vier Unternehmen fällt die Hälfte aller Vollversicherten (zum Begriff Vollversicherung Abschnitt 3.1, p. 67).

Anzahl der versicherten Personen nach Versicherungsarten.

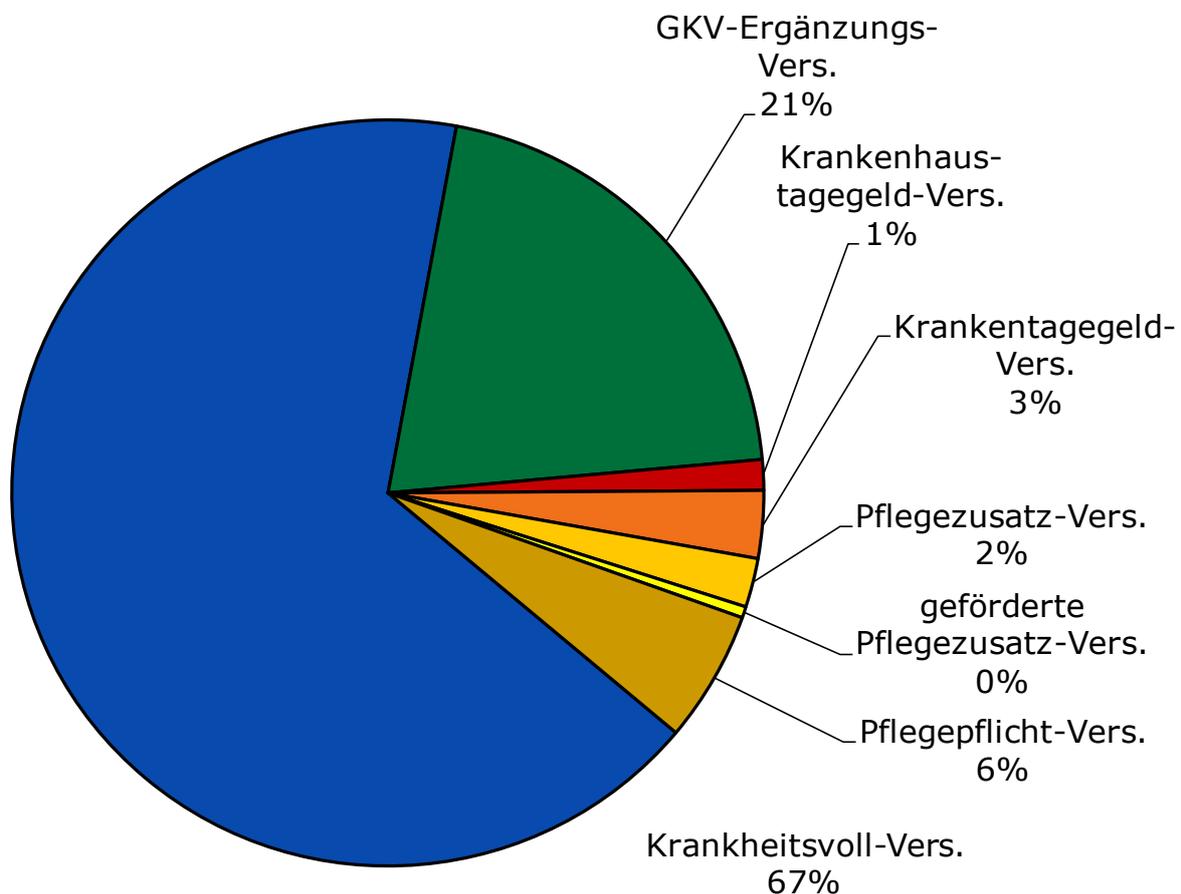
Versicherungsart	2013		2014		2015
Krankheitsvollvers.	8.890.100	- 0,6 %	8.834.400	- 0,5 %	8.787.300
GKV-Ergänzungs-Vers. *	23.524.500	+ 3,5 %	24.342.400	+ 1,8 %	24.770.100
dv. ambulante Tarife	7.748.200	- 0,2 %	7.731.700	+ 1,8 %	7.869.800
dv. stationäre Tarife	5.804.300	+ 1,1 %	5.870.800	+ 1,9 %	5.980.400
dv. zahnärztliche Tarife	13.821.800	+ 4,3 %	14.411.000	+ 3,7 %	14.950.000
Krankenhaustagegeldvers.	8.027.600	- 1,1 %	7.936.500	- 0,9 %	7.864.100
Krankentagegeldvers.	3.605.100	- 0,5 %	3.585.800	- 0,1 %	3.583.600
Pflegezusatzvers.	2.355.300	+ 5,4 %	2.481.800	+ 4,1 %	2.583.600
geförderte Pflegezusatzvers.	353.600	+ 58,0 %	558.600	+ 22,4 %	683.600
Pflegepflichtvers. PPV	9.537.500	- 0,7 %	9.472.700	- 0,6 %	9.413.600

* Eine Person kann mehrere Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen haben.

Anzahl der versicherten Personen nach Versicherungsarten (ohne besondere Versicherungsformen) 2015.

Beitragseinnahmen [Mio. Euro] nach Versicherungsarten					
Versicherungsart	2013		2014		2015
Krankheitsvollvers.	25.743	+ 0 %	25.775	+ 0 %	25.846
GKV-Ergänzungs-Vers.	4.958	+ 57 %	7.766	+ 3 %	7.985
Krankenhaustagegeldvers.	568	- 6 %	532	- 3 %	517
Krankentagegeldvers.	1.126	+ 0 %	1.132	+ 0 %	1.134
Krankenversicherung	32.395	+ 9 %	35.205	+ 1 %	35.481
Pflegezusatzvers.	697	+ 8 %	755	+ 8 %	818
geförderte Pfl'zusatzvers.	48	+ 201 %	144	+ 32 %	190
Pflegepflichtvers.	2.062	- 2 %	2.014	+ 9 %	2.196
Pflegeversicherung	2.807	+ 4 %	2.913	+ 10 %	3.205
Besondere Vers'formen	722	+ 6 %	769	+ 3 %	796
Summe	35.924	+ 8 %	38.886	+ 2 %	39.481

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten (ohne besondere Versicherungsformen) 2015.



Neben den 8,8 Mio. Vollversicherten haben 18,9 Millionen Personen ihren GKV-Schutz mit einer GKV-Ergänzungsversicherung mit Ambulant-, Stationär-, Zahn-, KT-, KHT-, Kur oder Pflegeleistungen ergänzt. Da eine versicherte Person mehrere Tarife abgeschlossen haben kann, fällt die Anzahl der Tarifabschlüsse mit 28,8 Millionen deutlich höher aus. Die Anzahl der

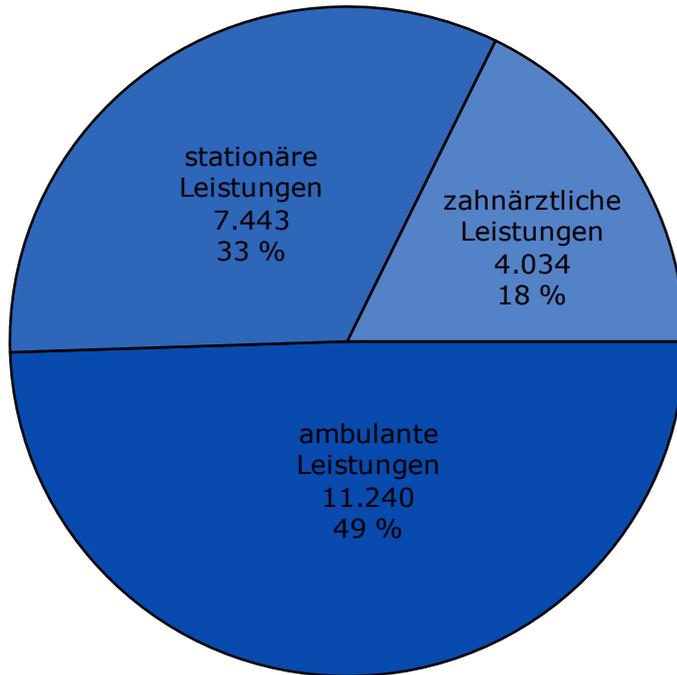
Zusatzkrankheitskostenversicherungen ist in den letzten Jahren auf Grund der Leistungskürzungen der GKV – insbesondere im Zahnbereich – stark angestiegen, so hatten 2003 zuvor lediglich 14,7 Millionen Personen eine PKV-Zusatzkrankheitskostenversicherung, dabei gab es den größten Zuwachs bei Zahnzusatztarifen.

Die Beitragseinnahmen in der PKV im Jahr 2015 betragen 39,5 Mrd. Euro. Davon entfielen mit 25,8 Mrd. Euro rund 65 Prozent auf die Vollversicherung und mit 2,2 Mrd. Euro rund 6 Prozent auf die Pflegepflichtversicherung. Die Beitragseinnahmen in Höhe von 0,2 Mrd. Euro aus dem Jahr 1949 sind auf Grund der Versichertenanzahl, des Versicherungsschutzes, der Leistungsausgaben und des Kalkulationsmodells damit nicht vergleichbar.

Auch wenn die Anzahl der Personen mit Ergänzungs-Krankheitskostenversicherungen zum GKV-Schutz (18,9 Millionen) mehr als doppelt so hoch ist wie die Anzahl der vollversicherten Personen (8,8 Millionen), betragen ihre Beitragseinnahmen dagegen 31 Prozent von denen der Vollversicherung. Gemessen an den Gesamtbeitragseinnahmen nehmen diese Zusatzkrankheitskostenversicherungen mit rund 20 Prozent noch eine untergeordnete wirtschaftliche Bedeutung für die Versicherungsunternehmen ein, allerdings mit stark steigender Tendenz.

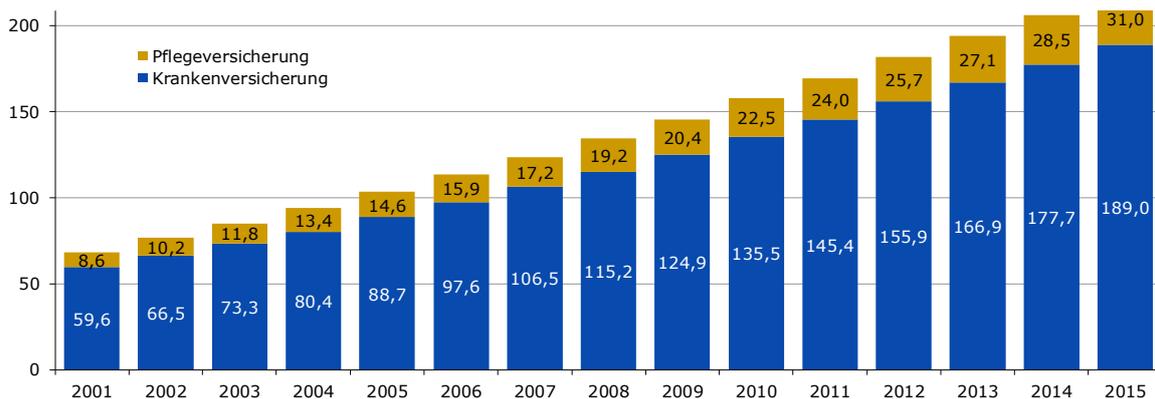
Auf die Krankenhaustagegeldversicherung fallen 1,3 Prozent, auf die Krankentagegeldversicherungen 2,9 Prozent der Beitragseinnahmen und auf die Pflegezusatzversicherung (einschließlich der staatlich geförderten) rund 2,6 Prozent (auch hier ist ein deutlicher Zuwachs erkennbar – und darin steckt noch ein großes Potential, da bisher nur vier Prozent der Bevölkerung eine solche Police abgeschlossen haben, dazu Abschnitt 4.7, p. 126).

Versicherungsleistungen 2015 (incl. Schadenregulierungsaufwendungen) in den wichtigsten Leistungsbereichen [Mio. Euro].

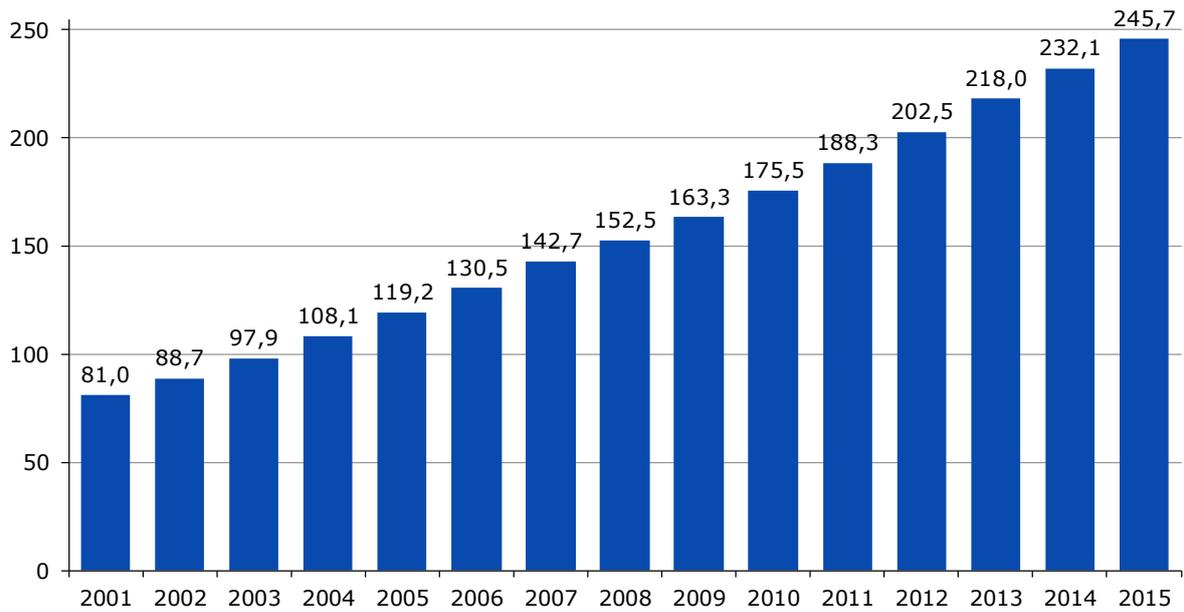


Von den Versicherungsleistungen für Krankheitskosten (substitutive und nicht-substitutive Versicherung) selbst werden in etwa die Hälfte für ambulante Leistungen aufgebracht, ein Drittel für stationäre Leistungen und ein Sechstel für zahnärztliche Leistungen.

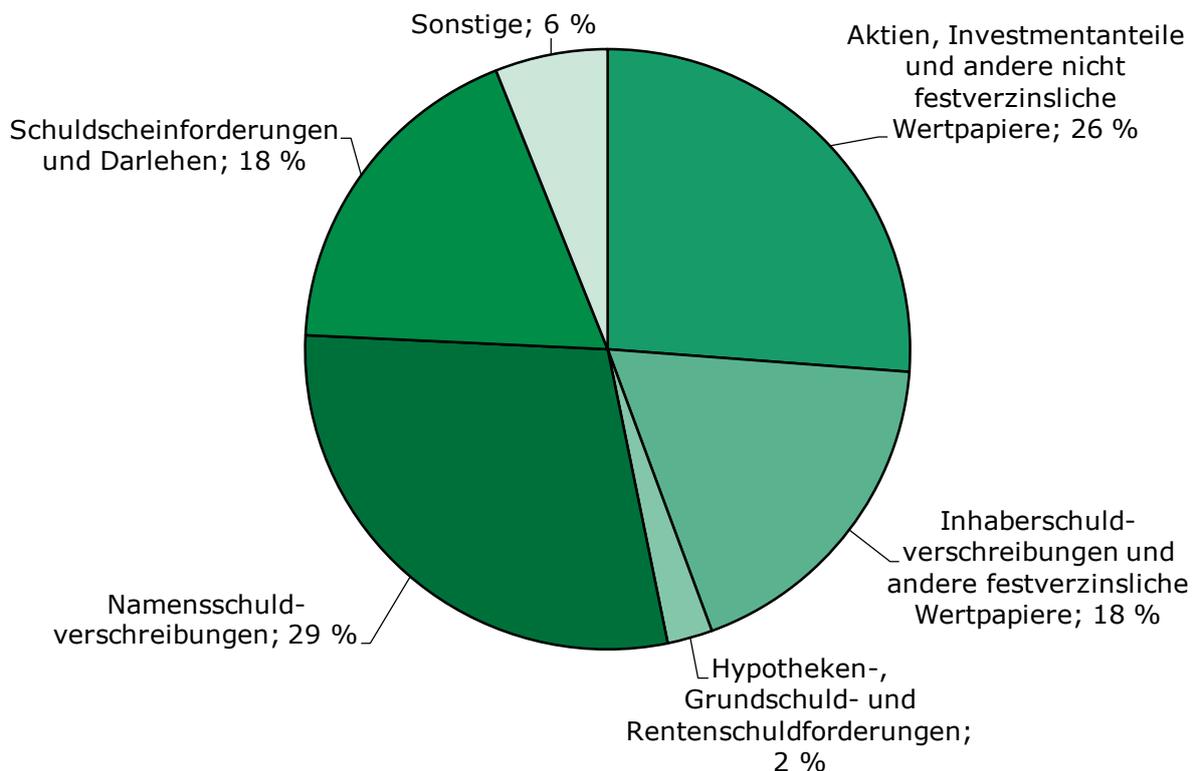
Alterungsrückstellungen der PKV [in Mrd. Euro].



Kapitalanlagen der PKV [in Mrd. Euro].



Aufteilung der Kapitalanlagen 2015.



Zur knappen Erklärung der einzelnen Position der Kapitalanlagen diene der rudimentäre Exkurs des Abschnitts 2.4, p. 55.

Damit ein Anstieg der Beiträge auf Grund des Älterwerdens vermieden werden kann, wird ein gewisser Anteil der Beiträge der sogenannten tariflichen Alterungsrückstellung zugeführt (dazu das Äquivalenz-/Ansparprinzip im

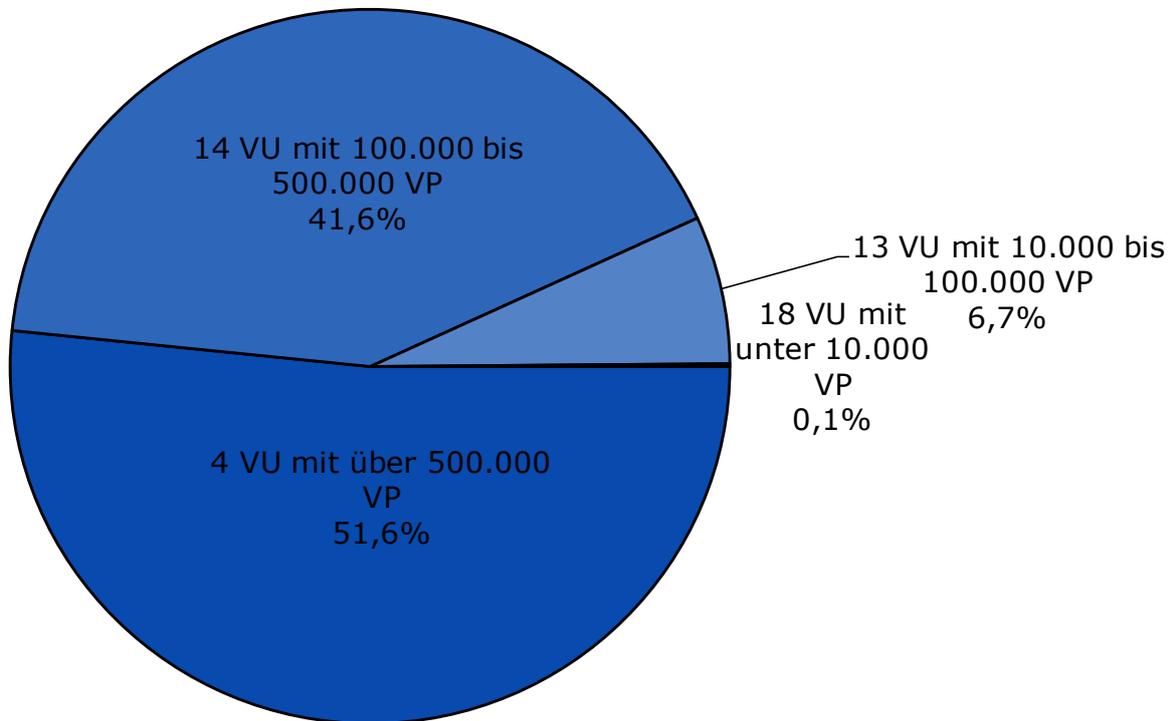
Kapitel „Beitragskalkulation“ und Zerlegung der Nettoprämie im Kapitel „Alterungsrückstellung“). Diese und andere Alterungsrückstellungen (dazu Kapitel „Alterungsrückstellung“) garantieren den vertraglich vereinbarten Versicherungsschutz für die Versicherten. Die Rückstellungen werden auf dem Finanzmarkt angelegt.

Zu den Kapitalanlagen gehören jedoch nicht nur die Mittel zur oben genannten Sicherung der Leistungsverpflichtungen, sondern auch das VU-Eigenkapital, die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (quasi der Kapitalstock der VU-Überschüsse, der den Versicherten im Laufe der Zeit zugeschrieben wird) sowie andere Rückstellungen.

Bilanztechnisch stehen Rückstellungen auf der Passivseite, Kapitalanlagen auf der Aktivseite.

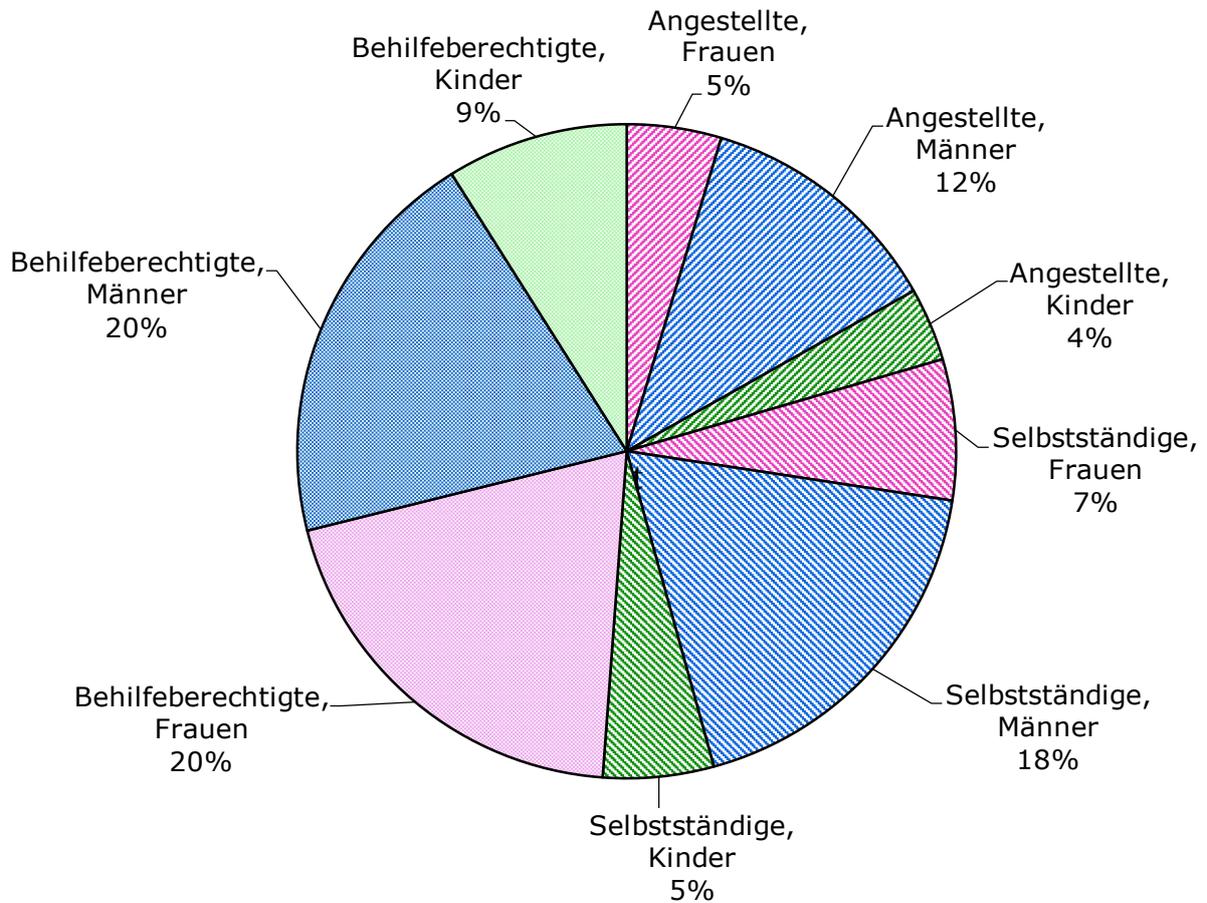
2.2 Vollversicherungsbestände.

Aufteilung des Vollversicherungsbestandes auf VU-Größen-Klassen 2015.

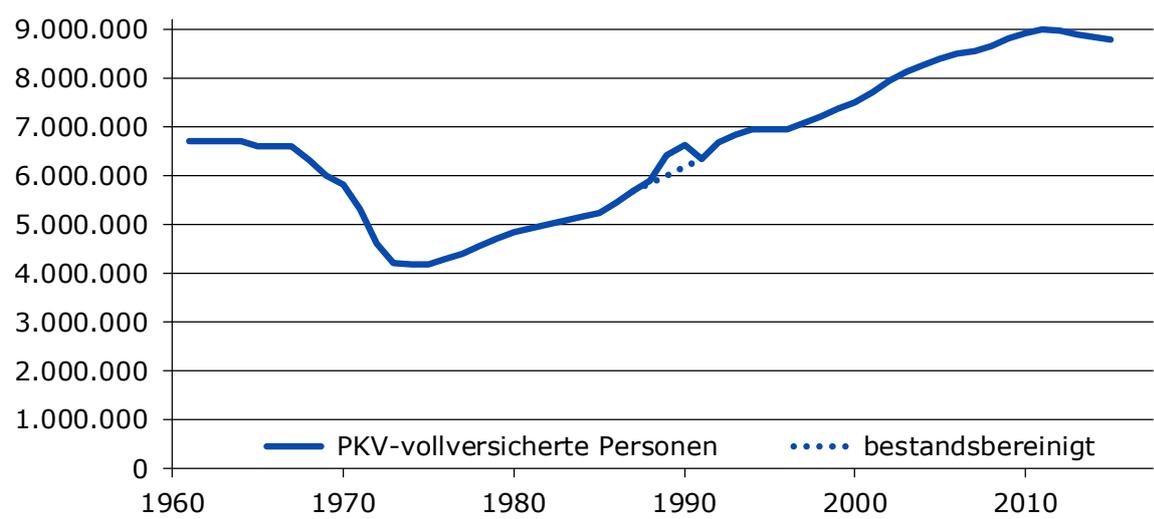


Die 19 Versicherungsunternehmen mit jeweils mehr 100.000 vollversicherten Personen halten einen Anteil von 93 Prozent am gesamten Vollversichertenbestand.

Versichertenstruktur in der PKV-Krankheitsvollversicherung 2015 (8,7 Mio. VP).



Bestandsentwicklung PKV-Vollversicherter.



PKV-Vollversicherte Personen in Deutschland [Mio.].		
Jahr	VP	Gesetzgeberische Maßnahme
1961	6,700	
1965	6,600	Anhebung der Pflichtgrenze für Angestellte von 660 auf 900 DM
1968	6,300	Krankenversicherungspflicht für Rentner
1969	6,000	Anhebung der Pflichtgrenze für Angestellte auf 990 DM
1970	5,800	Anhebung der Pflichtgrenze für Angestellte auf 1.200 DM
1971	5,300	Anhebung der Pflichtgrenze für Angestellte auf 1.425 DM mit laufender Dynamisierung; vorübergehende GKV-Öffnung für alle Angestellte und für privatversicherte Rentner
1972	4,600	Krankenversicherungspflicht für Landwirte
1973	4,200	noch Auswirkung Krankenversicherungspflicht für Landwirte
1974	4,188	
1975	4,176	
1976	4,288	
1977	4,400	
1978	4,560	Einschränkung der Krankenversicherungspflicht für Rentner
1979	4,702	
1980	4,843	
1981	4,923	
1982	5,002	
1983	5,082	
1984	5,161	
1985	5,241	
1986	5,453	
1987	5,665	
1988	5,877	
1989	6,410	Gesundheitsreformgesetz
1990	6,614	
1991	6,333	Eliminierung von Doppelzählungen: Neuzugang in 1991: 262.000 Personen
1992	6,686	
1993	6,829	
1994	6,934	
1995	6,945	
1996	6,946	
1997	7,065	Dritte Stufe der Gesundheitsreform
1998	7,206	
1999	7,356	
2000	7,494	Gesundheitsreform 2000
2001	7,710	
2002	7,924	
2003	8,110	
2004	8,259	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
2005	8,373	
2006	8,489	
2007	8,549	Einführung der Drei-Jahres-Regelung
2008	8,639	
2009	8,811	Pflicht zur Versicherung
2010	8,896	
2011	8,976	Aufhebung der Drei-Jahres-Regelung
2012	8,956	Abnahme auf Grund Unsicherheit wegen bevorstehender Unisex-Tarifierung

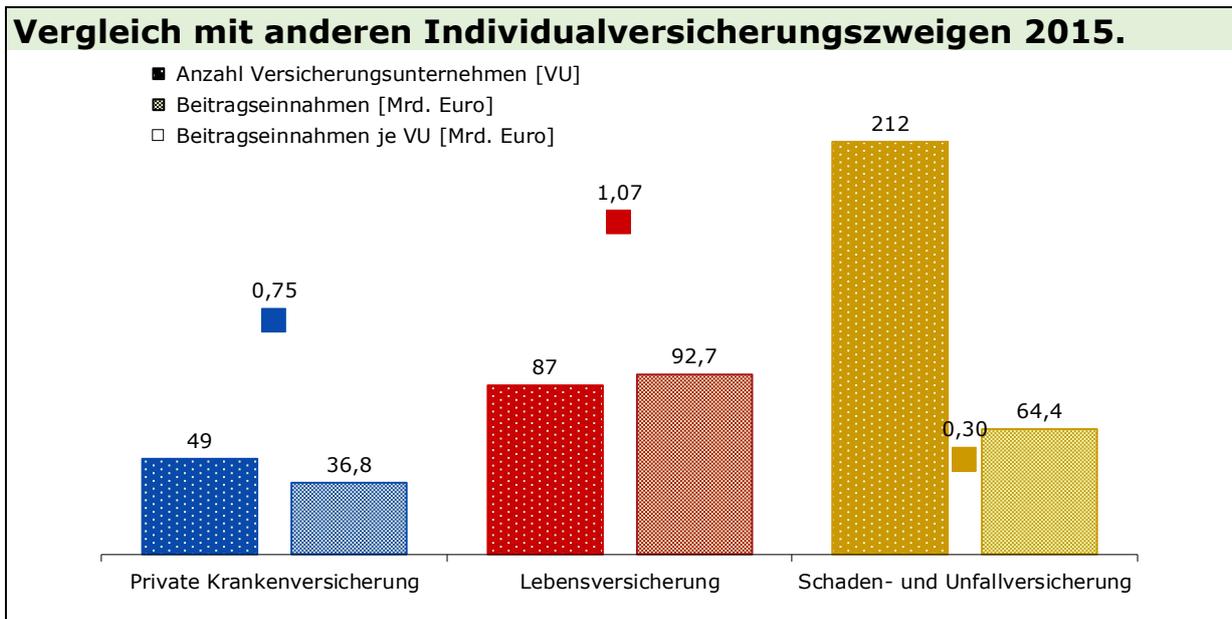
2013	8,890	Beitragsverteuerungen auf Grund Unisex-Tarifierung
2014	8,834	zunehmende Unsicherheit der zukünftigen Gesundheitspolitik, relative Beitragsstabilität in der GKV
2015	8,787	
Quelle: PKV-Zahlenberichte seit 1995/96		

Zur PKV zählen im Jahr 2015 8,8 Millionen Personen mit Vollversicherungsschutz und 9,4 Millionen Personen der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Der PPV-Bestand ist umfangreicher, da zum einen freiwillig versicherte GKV-Mitglieder im ersten Quartal nach Aufhebung der ihrer GKV-Versicherungspflicht einen PPV-Vertrag abschließen können (§ 22 „Befreiung von der Versicherungspflicht“ SGB XI) und zum anderen die Versicherten der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und der Postbeamtenkrankenkasse, die in ihrem Wesen gesetzliche Krankenkassen sind, zur PPV gehören.

Von den Vollversicherten sind die Hälfte Beihilfeberechtigte, knapp zwei Zehntel Selbstständige oder Freiberufler und ein Fünftel Arbeitnehmende, wobei Kinder zu der Gruppierung ihrer Eltern gezählt werden.

In der Zeit zwischen Mitte der 70er-Jahre bis zum Jahr 2011 war ein kontinuierlicher Zuwachs an Vollversicherten von damals rund 4 Millionen zu verzeichnen. Auf Grund der zunehmenden Unsicherheit in der Gesundheitspolitik, den steigenden PKV-Neugeschäftsbeiträgen (wegen der verteuernden Einführung des Übertragungswertes, der geschlechtsunabhängigen Kalkulation und den Rechnungszinsabsenkungen) sowie der relativen Beitragsstabilität in der GKV ist seit 2011 ein Bestandsrückgang von ca. 0,5 Prozent p.a. feststellbar.

2.3 Vergleich mit anderen Individualversicherungszweigen.



Sowohl bezüglich der Unternehmensanzahl (etwa ein Siebtel) als auch bezüglich der Beitragseinnahmen (etwa ein Fünftel) ist die Krankenversicherung die kleinste der drei typischen Individualversicherungssparten Kranken, Leben, Schaden.

2.4 Exkurs: Finanzanlagen.

broker-test.de (Aufruf 28.04.2015).

Finanzanlagen: Finanzanlagen sind monetäre Vermögensgegenstände, die ein Unternehmen besitzt. Gemeinsam mit den Sachanlagen und den immateriellen Vermögensgegenständen bilden sie das Anlagevermögen eines Unternehmens. Unternehmen versprechen sich von Finanzanlagen eine Vermögensmehrung durch Zinsen, Dividenden oder Mieten. Zu den Finanzanlagen zählen z.B. Beteiligungen, Wertpapiere und Ausleihungen.

Aktie: Die Aktie ist ein Wertpapier, das einen Anteil am Kapital einer Aktiengesellschaft verbrieft. Sie sichert dem Eigentümer bestimmte Mitgliedschafts- und Vermögensrechte. Man unterscheidet zwischen Stammaktien, die dem Besitzer auf der außerordentlichen Mitgliederversammlung ein Stimmrecht zusichern, und Vorzugsaktien, die eine höhere Dividende ausschütten, dafür aber kein Stimmrecht gewähren.

Anleihe: Anleihen sind Schuldscheine mit einem festen Nennwert und einer festen Verzinsung. Sie werden z.B. als Staatsanleihen von der öffentlichen Hand ausgegeben oder als Industriefinanzierungen von Unternehmen. Die garantierte Verzinsung macht die Anleihen, auch Rentenpapiere genannt, zu einer sicheren Anlageform, deren Risiko nur durch die Rückzahlungsfähigkeit des Emittenten bestimmt wird. Während ihrer Laufzeit können Anleihen auch an den Börsen gehandelt werden und unterliegen dadurch auch einer täglichen Kursfeststellung.

Anleihen: Festverzinsliche Wertpapiere sind Schuldverschreibungen (auch Anleihen, Pfandbriefe oder Obligationen), die dem Gläubiger das Recht auf Rückzahlung bei festem Zinssatz verbrieft. Zum Zeitpunkt der Emission ist der Zinssatz bereits fest vereinbart. Die Zinsauszahlung geschieht kontinuierlich wie bei einer Rentenzahlung, weshalb diese Anleihen auch Rentenwerte genannt werden. Emittenten von festverzinslichen Wertpapieren sind die öffentliche Hand (Kommunalobligationen), Kreditinstitute oder Unternehmen. Durch den festen Zinssatz ist die Kursentwicklung entgegengesetzt zur Marktentwicklung: bei steigenden Zinsen fallen die Kurse von festverzinslichen Wertpapieren, bei fallenden Zinsen steigen die Kurse der festverzinslichen Wertpapiere.

Anteilscheine: Investmentanteile (auch Fondsanteile, Anteilscheine, Investment-Zertifikate genannt) sind Wertpapiere, in welchen das Eigentumsrecht an einem Vermögen eines Investmentfonds verbrieft (beurkundet) ist. Sie sind auf eine quotenmäßige Beteiligung am Fondsvermögen ausgestellt. Der Wert eines Anteils wird ermittelt, indem der Nettowert des Fondsvermögens durch die umlaufenden Anteile dividiert wird. Dieser Wert wird im Allgemeinen börsentäglich ermittelt und publiziert. Investmentanteile kön-

nen jederzeit zum ausgewiesenen Rücknahmepreis verkauft werden. Herausgeber von Investmentanteilen ist eine Investmentgesellschaft (Fonds). Diese oder eine Kapitalanlagegesellschaft verwaltet auch den Fonds. Das Fondvermögen wird bei einer Depotbank verwahrt.

Darlehen: Der Begriff Darlehen bezeichnet nach deutschem Recht einen beidseitig verpflichtenden Vertrag. Gegenstand des Vertrages ist die zeitweilige Überlassung eines Sachgegenstandes bzw. Geldwertes. Neben der eigentlichen Rückzahlung ist der Darlehensnehmer häufig zur Zahlung eines Zinses verpflichtet.

Fonds: Fonds, meist ist der Investmentfonds gemeint, stellen nach deutschem Recht Sondervermögen einer Investmentgesellschaft dar, weil es getrennt vom Vermögen der Gesellschaft halten werden muss, um den Anleger Sicherheit zu gewähren. Es handelt sich um eine Bündelung von Einzahlungen der Anleger, die den Fondsmanagern zur professionellen Investition und Verwaltung anvertraut werden. Fonds sollen das Verlustrisiko durch eine breite Streuung verringern.

Fondsanteile: Investmentanteile (auch Fondsanteile, Anteilscheine, Investment-Zertifikate genannt) sind Wertpapiere, in welchen das Eigentumsrecht an einem Vermögen eines Investmentfonds verbrieft (beurkundet) ist. Sie sind auf eine quotenmäßige Beteiligung am Fondsvermögen ausgestellt. Der Wert eines Anteils wird ermittelt, indem der Nettowert des Fondsvermögens durch die umlaufenden Anteile dividiert wird. Dieser Wert wird im Allgemeinen börsentäglich ermittelt und publiziert. Investmentanteile können jederzeit zum ausgewiesenen Rücknahmepreis verkauft werden. Herausgeber von Investmentanteilen ist eine Investmentgesellschaft (Fonds). Diese oder eine Kapitalanlagegesellschaft verwaltet auch den Fonds. Das Fondvermögen wird bei einer Depotbank verwahrt.

Grundbuch: Ein Grundbuch ist ein von Gerichten oder Behörden geführtes Verzeichnis von Grundstücken. Darin sind die Eigentumsverhältnisse der Grundstücke ebenso aufgelistet wie die damit verbundenen Rechte und Lasten, also beispielsweise besondere Nutzungsrechte wie Erbbaurecht, Weiderecht und Wohnrecht sowie Hypotheken. Grundbücher werden entweder als reale Druckwerke oder in elektronischer Form geführt. Änderungen von Grundbucheinträgen – etwa nach dem Verkauf eines Grundstücks – müssen bei der zuständigen staatlichen Stelle beantragt werden und benötigen die Zustimmung von allen Beteiligten.

Hypothek: Eine Hypothek ist nach § 1113 Bürgerlichem Gesetzbuch ein Pfandrecht, das ein Schuldner einem Gläubiger zur Absicherung eines schuldrechtlichen Vertrages einräumen muss oder kann. Dabei bezieht sich das Pfandrecht auf Eigentum an einem bebauten oder unbebauten Grundstück des Schuldners. Bei Zahlungsausfall des Schuldners kann sich der

Gläubiger entsprechend seinem Pfandrecht an den Erlösen aus der Verwertung des Grundstückes, maximal jedoch in der Höhe der noch ausstehenden Restschuld, bedienen. Daher sind Zinssätze für derart besicherte Darlehen weitaus günstiger als für unbesicherte Kredite.

Inhaberaktien/-papiere: Inhaberaktien/-papiere sind Wertpapiere, deren Besitzer alle damit verbundenen Rechte in Anspruch nehmen darf. Dazu zählen beispielsweise der Erhalt von Dividendenzahlungen, die Ausübung des Stimmrechts bei der Hauptversammlung der Aktiengesellschaft sowie die Übertragung der Wertpapiere auf eine andere Person. Die meisten der in Deutschland gehandelten Wertpapiere sind Inhaberaktien/-papiere.

Inhaberpapier: Im Gegensatz zu Namenspapieren erlauben Inhaberpapiere dem jeweiligen Besitzer, also dem, der die Papiere tatsächlich innehat, alle Rechte aus dem Papier geltend zu machen. Inhaberpapiere sind bezüglich des Rechteinhabers unspezifisch. Ein Übertrag kann somit auch leicht durch einfache Übergabe realisiert werden. Neben Wertpapieren existieren im Alltag eine Vielzahl von Inhaberpapieren, so z.B. namensungebundene Eintrittskarten oder Briefmarken.

Investmentanteile: Investmentanteile (auch Fondsanteile, Anteilscheine, Investment-Zertifikate genannt) sind Wertpapiere, in welchen das Eigentumsrecht an einem Vermögen eines Investmentfonds verbrieft (beurkundet) ist. Sie sind auf eine quotenmäßige Beteiligung am Fondsvermögen ausgestellt. Der Wert eines Anteils wird ermittelt, indem der Nettowert des Fondsvermögens durch die umlaufenden Anteile dividiert wird. Dieser Wert wird im Allgemeinen börsentäglich ermittelt und publiziert. Investmentanteile können jederzeit zum ausgewiesenen Rücknahmepreis verkauft werden. Herausgeber von Investmentanteilen ist eine Investmentgesellschaft (Fonds). Diese oder eine Kapitalanlagegesellschaft verwaltet auch den Fonds. Das Fondvermögen wird bei einer Depotbank verwahrt.

Investment-Zertifikate: Investmentanteile (auch Fondsanteile, Anteilscheine, Investment-Zertifikate genannt) sind Wertpapiere, in welchen das Eigentumsrecht an einem Vermögen eines Investmentfonds verbrieft (beurkundet) ist. Sie sind auf eine quotenmäßige Beteiligung am Fondsvermögen ausgestellt. Der Wert eines Anteils wird ermittelt, indem der Nettowert des Fondsvermögens durch die umlaufenden Anteile dividiert wird. Dieser Wert wird im Allgemeinen börsentäglich ermittelt und publiziert. Investmentanteile können jederzeit zum ausgewiesenen Rücknahmepreis verkauft werden. Herausgeber von Investmentanteilen ist eine Investmentgesellschaft (Fonds). Diese oder eine Kapitalanlagegesellschaft verwaltet auch den Fonds. Das Fondvermögen wird bei einer Depotbank verwahrt.

Namensaktien (vinkuliert): Namensaktien bezeichnet man als vinkuliert, wenn ihre Übertragung eine Zustimmung der Gesellschafter voraussetzt.

Namensaktien: Bei der Namensaktie wird der Inhaber des Wertpapiers mit Name, Adresse, Geburtstag und der in seinem Besitz befindlichen Stückzahl ins Aktienregister der Gesellschaft eingetragen. Im Gegensatz zur Inhaberaktie kennt eine Aktiengesellschaft somit jederzeit seine Anteilseigner. Nur diese sind dem Unternehmen gegenüber stimmberechtigt.

Obligation: Bei Obligationen handelt es sich um Anleihen oder Schuldverschreibungen, die eine gewisse Zeit lang einen festen Zins zahlen (festverzinsliches Wertpapier, auch Rentenpapier genannt). Die Rückzahlung des zur Verfügung gestellten Kapitals wird zu einem langfristigen, aber festen Zeitpunkt vereinbart. Es handelt sich also um Gläubigerpapiere. Obligationen werden von der öffentlichen Hand (Bund, Länder, Kommunen), aber auch von Kreditinstituten und privaten Unternehmen emittiert und über Banken verkauft. Sie werden meist in Stückelungen herausgegeben (Teilschuldverschreibungen, Mindestwert 50 Euro) und sind an der Börse handelbar. Von unabhängigen Agenturen werden Obligationen oft mit einem Rating als Maß der Kreditfähigkeit versehen.

Obligationen: Festverzinsliche Wertpapiere sind Schuldverschreibungen (auch Anleihen, Pfandbriefe oder Obligationen), die dem Gläubiger das Recht auf Rückzahlung bei festem Zinssatz verbrieft. Zum Zeitpunkt der Emission ist der Zinssatz bereits fest vereinbart. Die Zinsauszahlung geschieht kontinuierlich wie bei einer Rentenzahlung, weshalb diese Anleihen auch Rentenwerte genannt werden. Emittenten von festverzinslichen Wertpapieren sind die öffentliche Hand (Kommunalobligationen), Kreditinstitute oder Unternehmen. Durch den festen Zinssatz ist die Kursentwicklung entgegengesetzt zur Marktentwicklung: bei steigenden Zinsen fallen die Kurse von festverzinslichen Wertpapieren, bei fallenden Zinsen steigen die Kurse der festverzinslichen Wertpapiere.

Optionsschein: Optionsscheine gewähren dem Käufer das Recht, aber nicht die Pflicht, den jeweils zu Grunde liegenden Basiswert zu kaufen (Call-Optionsschein) oder zu verkaufen (Put-Optionsschein). Basiswerte können alle anderen börsennotierten Wertpapiere, aber auch Indizes oder Rohstoffe sein. Optionsscheine werden auch Warrants genannt und es gibt weitere Unterarten mit unterschiedlichen Konditionen. Sie gehören in den Bereich der Derivate und der eher spekulativen Anlageformen. Die Kursbildung für Optionsscheine erfolgt mit teils komplexen mathematischen Formeln, bei denen u.a. auch die Restlaufzeit des Scheins und die Volatilität des Basiswerts eine große Rolle spielen.

Renten: Renten sind festverzinsliche Wertpapiere.

Rentenpapiere: Festverzinsliche Wertpapiere sind Schuldverschreibungen (auch Anleihen, Pfandbriefe oder Obligationen), die dem Gläubiger das Recht auf Rückzahlung bei festem Zinssatz verbrieft. Zum Zeitpunkt der

Emission ist der Zinssatz bereits fest vereinbart. Die Zinsauszahlung geschieht kontinuierlich wie bei einer Rentenzahlung, weshalb diese Anleihen auch Rentenwerte genannt werden. Emittenten von festverzinslichen Wertpapieren sind die öffentliche Hand (Kommunalobligationen), Kreditinstitute oder Unternehmen. Durch den festen Zinssatz ist die Kursentwicklung entgegengesetzt zur Marktentwicklung: bei steigenden Zinsen fallen die Kurse von festverzinslichen Wertpapieren, bei fallenden Zinsen steigen die Kurse der festverzinslichen Wertpapiere.

Schuldscheindarlehen: Schuldscheindarlehen sind größere, langfristig vergebene Kredite im Stil von Anleihen, die außerhalb der Börse gehandelt werden. Kreditgeber sind zum Beispiel Versicherungsunternehmen oder Pensionskassen. In Anspruch genommen werden die Schuldscheindarlehen in der Regel von Unternehmen mit einer hohen Bonität. Als Vermittler agiert häufig eine Bank oder ein Makler.

Schuldverschreibung: Bei Obligationen handelt es sich um Anleihen oder Schuldverschreibungen, die eine gewisse Zeit lang einen festen Zins zahlen (festverzinsliches Wertpapier, auch Rentenpapier genannt). Die Rückzahlung des zur Verfügung gestellten Kapitals wird zu einem langfristigen, aber festen Zeitpunkt vereinbart. Es handelt sich also um Gläubigerpapiere. Obligationen werden von der öffentlichen Hand (Bund, Länder, Kommunen), aber auch von Kreditinstituten und privaten Unternehmen emittiert und über Banken verkauft. Sie werden meist in Stückelungen herausgegeben (Teilschuldverschreibungen, Mindestwert 50 Euro) und sind an der Börse handelbar. Von unabhängigen Agenturen werden Obligationen oft mit einem Rating als Maß der Kreditfähigkeit versehen.

Schuldverschreibungen: Festverzinsliche Wertpapiere sind Schuldverschreibungen (auch Anleihen, Pfandbriefe oder Obligationen), die dem Gläubiger das Recht auf Rückzahlung bei festem Zinssatz verbrieft. Zum Zeitpunkt der Emission ist der Zinssatz bereits fest vereinbart. Die Zinsauszahlung geschieht kontinuierlich wie bei einer Rentenzahlung, weshalb diese Anleihen auch Rentenwerte genannt werden. Emittenten von festverzinslichen Wertpapieren sind die öffentliche Hand (Kommunalobligationen), Kreditinstitute oder Unternehmen. Durch den festen Zinssatz ist die Kursentwicklung entgegengesetzt zur Marktentwicklung: bei steigenden Zinsen fallen die Kurse von festverzinslichen Wertpapieren, bei fallenden Zinsen steigen die Kurse der festverzinslichen Wertpapiere.

Staatsanleihen: Eine Staatsanleihe ist eine langfristige Schuldverschreibung, die von staatlichen Institutionen zur Deckung ihres Kreditbedarfs ausgegeben werden. Durch den Kauf einer Staatsanleihe leiht der Anleger dem Emittenten einen festgelegten Betrag, der Emittent verpflichtet sich im Gegenzug, den Betrag zuzüglich Zinsen am Laufzeitende zurückzuzahlen.

In Deutschland ist die Bundesbank als „Hausbank“ des Bundes für die Abwicklung der sogenannten Bundesanleihen zuständig.

Wertpapier, festverzinsliches: Bei Obligationen handelt es sich um Anleihen oder Schuldverschreibungen, die eine gewisse Zeit lang einen festen Zins zahlen (festverzinsliches Wertpapier, auch Rentenpapier genannt). Die Rückzahlung des zur Verfügung gestellten Kapitals wird zu einem langfristigen, aber festen Zeitpunkt vereinbart. Es handelt sich also um Gläubigerpapiere. Obligationen werden von der öffentlichen Hand (Bund, Länder, Kommunen), aber auch von Kreditinstituten und privaten Unternehmen emittiert und über Banken verkauft. Sie werden meist in Stückelungen herausgegeben (Teilschuldverschreibungen, Mindestwert 50 Euro) und sind an der Börse handelbar. Von unabhängigen Agenturen werden Obligationen oft mit einem Rating als Maß der Kreditfähigkeit versehen.

Wertpapier: Ein Wertpapier ist, im weiteren Sinne, ein urkundlich verbrieftes Recht. Dieses Recht kann beispielsweise Eigentumsverhältnisse oder Zahlungsverpflichtungen regeln beziehungsweise geltend machen. Eine Aktie ist ein Wertpapier, da sie zum Eigentum an einem Unternehmen berechtigt. Eine Bundesanleihe ist ein Wertpapier, da sie zum Erhalt von Zinszahlungen berechtigt. Wertpapiere stellen Vermögen dar und haben in der Regel einen bestimmten Wert. Dieser ist entweder festgelegt oder ergibt sich aus dem freien Handel. Wertpapiere eignen sich auf Grund ihrer Beschaffenheit besonders gut für den Handel. Zu den Wertpapieren gehören damit beispielsweise Aktien, Anleihen, Zertifikate, Fonds, Optionsscheine, Fahrzeugbriefe oder Schuldscheine.

Wertpapiere, festverzinsliche: Festverzinsliche Wertpapiere sind Schuldverschreibungen (auch Anleihen, Pfandbriefe oder Obligationen), die dem Gläubiger das Recht auf Rückzahlung bei festem Zinssatz verbrieften. Zum Zeitpunkt der Emission ist der Zinssatz bereits fest vereinbart. Die Zinsauszahlung geschieht kontinuierlich wie bei einer Rentenzahlung, weshalb diese Anleihen auch Rentenwerte genannt werden. Emittenten von festverzinslichen Wertpapieren sind die öffentliche Hand (Kommunalobligationen), Kreditinstitute oder Unternehmen. Durch den festen Zinssatz ist die Kursentwicklung entgegengesetzt zur Marktentwicklung: bei steigenden Zinsen fallen die Kurse von festverzinslichen Wertpapieren, bei fallenden Zinsen steigen die Kurse der festverzinslichen Wertpapiere.

Zertifikate: Zertifikate sind derivative Wertpapiere. Das bedeutet, dass Sie, entgegen einer Aktie, kein Sachkapital darstellen. Ihr Wertverhalten ergibt sich aus einfachen bis komplexen Funktionsweisen, die jedoch auf einen real gehandelten Wert (Underlying) Anwendung finden. Daher auch die Bezeichnung derivativ (von lateinisch derivare = ableiten). Auf Grund ihres Wesens müssen Zertifikate als Schuldverschreibungen betrachtet werden. Anlegern ist zu raten, sich genau mit der Materie auseinanderzusetzen.

Es besteht überdies stets das so genannte Emittentenrisiko. Im Falle der Pleite des Emittenten Ihres Zertifikats ist das gebundene Kapital nicht abgesichert, wie es beispielsweise bei Fonds der Fall ist.

3. PKV-Angebot (ohne Pflegeversicherung).

Kernleistungen gemäß § 192 „Vertragstypische Leistungen des Versicherers“ VVG.

- Medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen.
- Behandlung bei Schwangerschaft und Entbindung.
- Ambulante Vorsorge nach gesetzlichen Programmen.
- Krankenhaustagegeld.
- Krankentagegeld.
- Pflegeleistungen.
- Diesbezügliche Dienstleistungen.

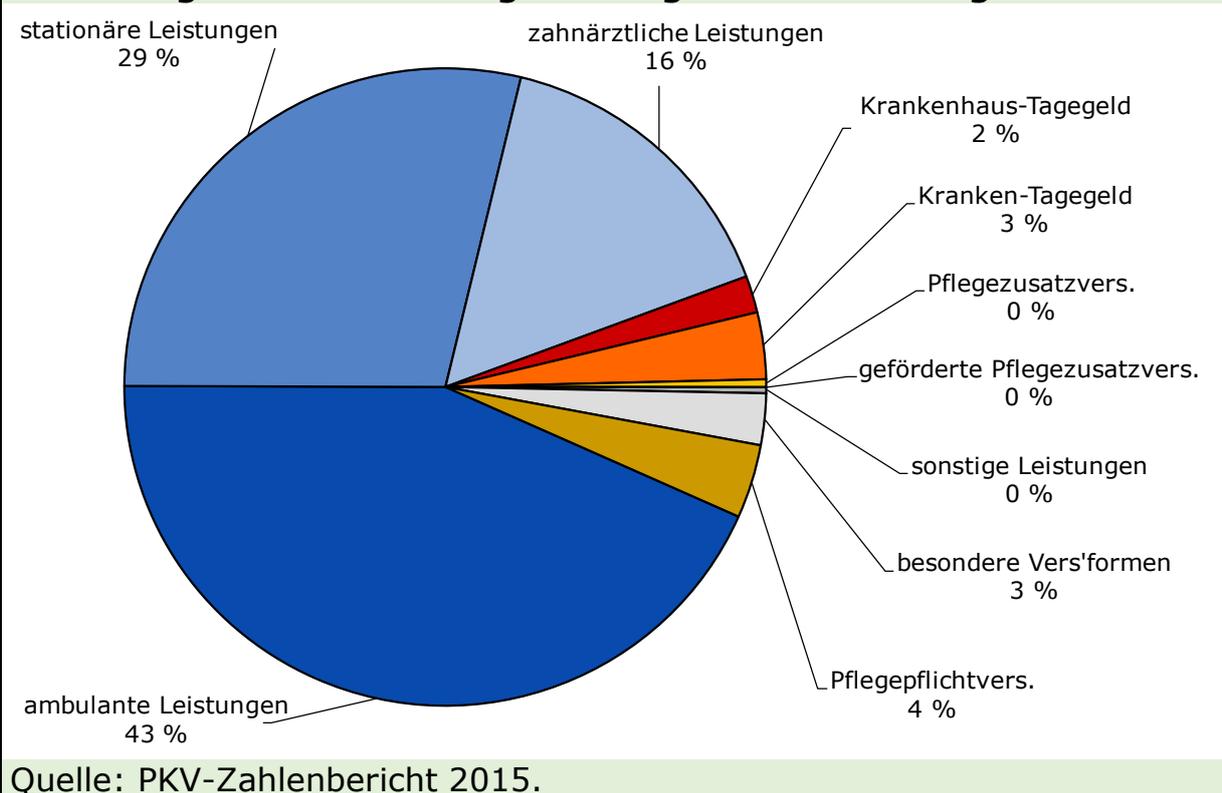
Leistungsbereiche gemäß § 12 „Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz“ Absatz 1 KVAV.

- Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung.
- Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung.
- Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz.
- Krankenhaustagegeld.
- Krankentagegeld.
- Kurtagegeld und Kostenerstattung für Kuren.
- Pflegekosten und -tagegeld.

Wichtige Versicherungsarten der PKV.

- Krankheitskostenvollversicherung (ambulant, stationär, zahn).
- Selbständige Teilversicherung (GKV-Ergänzungskrankheitskostenversicherungen (ambulant, stationär, zahn).
- Krankenhaustagegeldversicherung.
- Krankentagegeldversicherung.
- Kurversicherung (Kurtagegeld und Kurkosten).
- Pflegezusatzversicherung (Pflegegeld und Pflegekosten).
- Geförderte Pflegezusatzversicherung.
- Pflegepflichtversicherung.

Aufteilung der Versicherungsleistungen [Mio. Euro] nach Leistungsarten 2014 und 15.			
Leistungsart	2014	2015	
Arztbehandlung	5.783,8	6.015,2	+ 4,0 %
Arznei- und Verbandmittel	264,2	276,7	+ 4,7 %
Heilmittel	2.709,9	2.864,5	+ 5,7 %
Hilfsmittel	921,5	957,4	+ 3,9 %
Heilpraktiker	886,1	932,0	+ 5,2 %
Sonstiges	176,5	194,1	+ 10,0 %
ambulante Leistungen	10.742,0	11.239,9	+ 4,6 %
allg. KH-Leistungen	4.031,9	4.290,8	+ 6,4 %
Wahlleistung Chefarzt	2.322,7	2.384,8	+ 2,7 %
Wahlleistung Unterkunft	554,4	575,6	+ 3,8 %
Wahlleistung Ersatz-KHT	53,3	55,6	+ 4,3 %
Sonstiges	122,6	136,4	+ 11,3 %
stationäre Leistungen	7.084,9	7.443,2	+ 5,1 %
Zahnbehandlung	1.380,8	1.397,7	+ 1,2 %
Zahnersatz	2.291,6	2.361,6	+ 3,1 %
Kieferorthopädie	255,9	267,3	+ 4,5 %
Sonstiges	7,6	7,8	+ 2,6 %
zahnärztliche Leistungen	3.935,9	4.034,4	+ 2,5 %
Krankenhaus-Tagegeld	487,2	486,8	- 0,1 %
Kranken-Tagegeld	874,5	874,2	- 0,0 %
Pflegezusatzvers.	83,4	104,1	+ 24,8 %
gef. Pflegezusatzvers.	0,1	0,3	+ 200,0 %
sonstige Leistungen	78,1	77,9	- 0,3 %
besondere Vers'formen	624,3	679,3	+ 8,8 %
Krankenversicherung	23.910,4	24.940,1	+ 4,3 %
Pflegepflichtversicherung	880,1	967,8	+ 10,0 %
Summe	24.790,5	25.907,9	+ 4,5 %

Aufteilung der Versicherungsleistungen nach Leistungsarten 2015.

Das Tarifangebot der PKV orientiert sich am Bedarf folgender Zielgruppen:

- Personen quasi ohne Versicherungsmöglichkeit in der GKV – zum Beispiel Beamte, Freiberufler, Selbständige und deren Angehörige – benötigen einen privaten Vollversicherungsschutz.
- GKV-versicherungsfreie Arbeitnehmende und deren Angehörigen wird mit der substitutiven Vollversicherung eine Alternative zur GKV offeriert.
- GKV-Versicherten wird eine Ergänzung zur gesetzlich geregelten Grundabsicherung angeboten.
- Für alle Gruppen werden in Form von Zusatzversicherungen weitere Absicherungen zur Abrundung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes angeboten

Der Wettbewerb innerhalb der PKV sorgt dafür, dass den Versicherten ein marktgerechtes und attraktives Angebot offen steht. Hinsichtlich der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung) besteht – trotz der Systemunterschiede – ein echter Wettbewerb zwischen den beiden Systemen GKV und PKV.

Das Leistungsspektrum derjenigen Tarife, die ein Krankenversicherungsunternehmen anbieten darf, ist im § 192 „Vertragstypische Leistungen des Versicherers“ VVG angegeben und dadurch auch begrenzt. Das Zentrum der möglichen Leistungen stellt die

- medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen einschließlich der
- Behandlung bei Schwangerschaft und Entbindung sowie
- ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen

dar, ferner

- Krankenhaustagegeld und
- Krankentagegeld sowie
- Pflegeleistungen.

Diese Kernleistungen können mit

- dazu in Bezug stehenden Dienstleistungen

erweitert werden, wozu beispielsweise die Beratung über diese Leistungen und über die Anbieter dieser Leistungen sowie juristische Unterstützung in Versicherungsvertragsangelegenheiten gehören.

Bei den Tarifleistungen kann es sich um Kostenerstattungen oder um Tagegelder handeln. Bei Kostenerstattungen werden die – in Form von Rechnungen nachzuweisenden – tatsächlich entstandenen Kosten zur Bemessungsgrundlage der Erstattungen herangezogen. Tagegelder sind Barleistungen, die je Tag in der vereinbarten Höhe ausgezahlt werden, unabhängig von entstandenen Kosten; zum Nachweis genügen beispielsweise Arbeitsunfähigkeits-, Klinikaufenthalts- oder andere geeignete Bescheinigungen. Von dem Begriff „Tagegeld“ ist der Tagessatz zu unterscheiden: der Tagessatz ist der versicherte Tageshöchstbetrag, der je nach Leistungsausgestaltung in reduzierter Höhe gestaffelt als Tagegeld (Betrag je Tag) ausbezahlt wird, z.B. in Abhängigkeit des Pflegegrades (beispielsweise bemisst sich das Tagegeld für den niedrigsten Pflegegrad auf 10 Prozent des Tagessatzes, für den höchsten auf 100 Prozent).

Die möglichen Leistungsbereiche sind in § 12 „Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz“ Absatz 1 KVAV genannt:

- Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung,
- Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung sowie Krankenhaustagegeld mit Kostenersatzfunktion,
- Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz,
- Krankenhaustagegeld ohne Kostenersatzfunktion,
- Krankentagegeld,
- Kurtagegeld und Kostenerstattung für Kuren,

- Pflegekosten und -tagegeld.

Gemäß § 12 „Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz“ Absatz 3 KVAV wird unterschieden zwischen

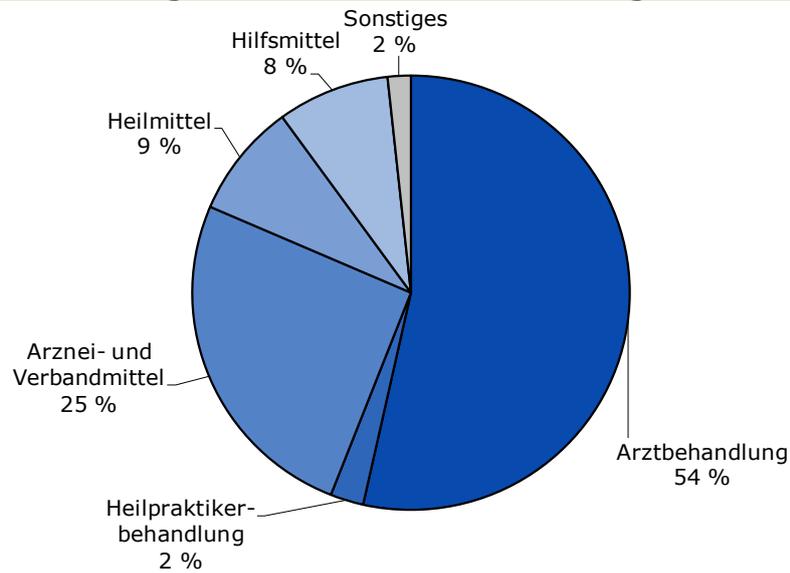
- einer substitutiven Krankenversicherung und
 - einem Ergänzungsschutz zur gesetzlichen Versicherungsschutz;
- sowie (dazu Kapitel 4, p. 108) zwischen
- einer Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung ohne Pflegezulageberechtigung und
 - einer Pflegezusatzversicherung mit Pflegezulageberechtigung gemäß § 127 SGB XI (staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung „Pflegebahr“).

Unter den Begriff „Zusatzversicherung“ fallen alle Versicherungen, die einen Grundversicherungsschutz, sowohl der GKV als auch der PKV, ergänzen, dazu gehören Ergänzungsversicherungen zur GKV, aber auch Kranken-, Krankenhaus- und Kurtagegeldversicherungen sowie Pflegezusatzversicherungen. Im umgangssprachlichen Gebrauch werden mit Zusatzversicherungen i.d.R. die GKV-Ergänzungstarife bezeichnet, welche wiederum in der fachspezifischen Sprache selbständige Teilversicherungen heißen.

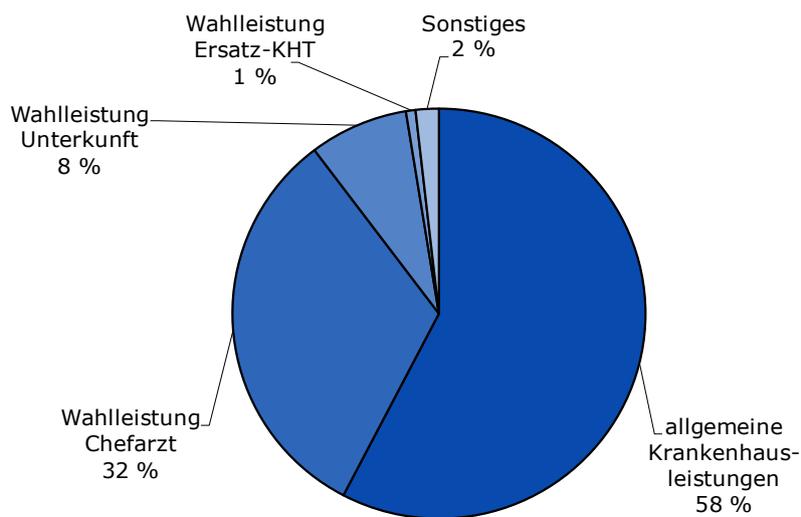
3.1 Krankheitskostenvollversicherung.

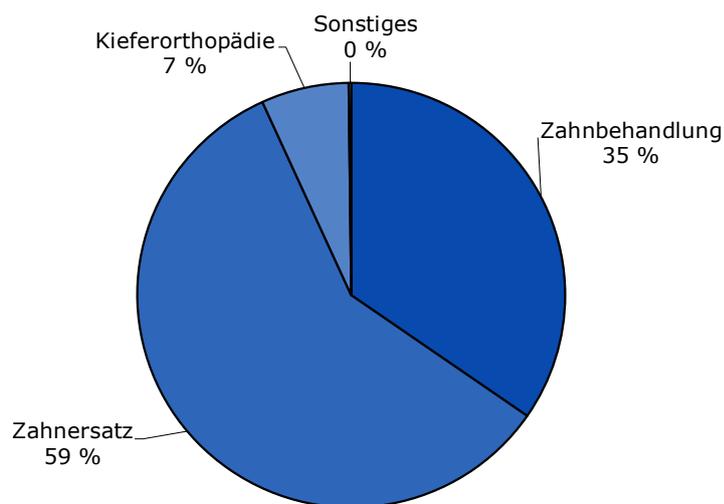
3.1.1 Allgemeines.

Aufteilung der ambulanten Leistungen 2015.



Aufteilung der stationären Leistungen 2015.



Aufteilung der zahnärztlichen Leistungen 2013.

Quelle: PKV-Zahlenbericht 2015, Mittelwerte über Voll- und Zusatztarife der Branche, auch über solche Tarife die evtl. einzelne Leistungen nicht enthalten.

Wie in Kapitel 2, p. 41 ausgeführt ist der wichtigste Versicherungszweig für die PKV die Krankheitskostenvollversicherung. Hier ist die PKV originärer Versicherer für den überwiegenden Teil der Selbständigen und Beamten sowie alternativer Versicherer für alle Freiwillig-in-der-GKV-Versicherten.

Eine Vollversicherung war vor der Einführung der Pflicht zur Versicherung durch die Absicherung der allgemeinen Krankenhausleistungen definiert; ab dem 1. April 2007 sind für Vertragsneuabschlüsse mindestens ambulante und stationäre Leistungen bei einem maximal zulässigen Selbstbehalt von 5000 Euro (dazu Abschnitt 3.1.1, p. 67) abzusichern.

Der Begriff „Vollversicherung“ zielt auf die Leistung ab, der Begriff „substitutive Krankenversicherung“ dagegen auf den juristischen Charakter, die GKV zu ersetzen (dazu gehören neben Krankheitskosten- auch Krankentagegeldleistungen – also die Leistungen, die die GKV als ihre Kernleistungen anbietet).

Die Krankheitskostenvollversicherung [KHK] übernimmt die Kosten der medizinischen Leistungen, die mit der Behandlung von Krankheiten, von Unfällen oder von Entbindungen sowie mit Vorsorgeuntersuchungen zusammenhängen. Die drei Leistungsbereiche ambulant, stationär, zahn werden dabei weiter in Leistungsarten unterteilt:

- Ambulanteleistungen:
 - Arztbehandlung,
 - Bildgebende Untersuchungen,
 - Arznei- und Verbandmittel,

- Heilmittel (therapeutische Maßnahmen im physikalischen, podologischen, lingualen oder Ergotherapie-Bereichen),
- Hilfsmittel (Gegenstände im Rahmen einer Krankenbehandlung, soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind),
- Sehhilfen,
- Heilpraktikerbehandlung einschließlich der dabei verordneten Medikamente,
- Psychotherapie,
- ambulante Operationen,
- Sonstiges (wie Krankenfahrten, Arzt-Hausbesuche).
- Stationärleistungen:
 - allgemeine Krankenhausleistungen (wie DRG, dazu Abschnitt 1.4, p. 38),
 - Wahlleistung Chefarzt,
 - Wahlleistung Unterkunft (Ein- oder Zweibett-Zimmer),
 - Wahlleistung Ersatz-Krankenhaustagegeld,
 - Sonstiges (wie Transportkosten).
- Zahnleistungen:
 - Zahnbehandlung,
 - Zahnreinigung,
 - Zahnersatz incl. Implantate und Inlays,
 - Kieferorthopädie.

Im Jahr 2012 gab es in den Medien eine umfangreiche Diskussion, dass viele PKV-Vollversicherungstarife nicht das Leistungsspektrum der GKV abdecken (dies ist insbesondere bei sogenannten Einsteigertarifen mit sehr günstigen, zudem teilweise unterkalkulierten Prämien der Fall, die allerdings größtenteils wieder vom Markt genommen wurden). Der PKV-Verband erstellte daraufhin eine Empfehlung für sogenannte Mindestleistungen, davon ausgehend, dass die Basisleistungen ohne versichert sind. Dieser Mindestleistungskatalog sieht die Erstattung von mindestens 50 Psychotherapiesitzungen jährlich (notwendigerweise nicht zu 100 Prozent), einen unbeschränkten Hilfsmittelkatalog und mindestens drei stationäre Sucht- oder ambulante Entwöhnungsbehandlungen (notwendigerweise nicht zu 100

Prozent; wobei die sogenannten Entziehungskuren bei Arbeitnehmenden teilweise von den Rentenversicherungsträgern übernommen werden) vor.

Bis zur Jahrtausendwende war es üblich, den Versicherungsschutz in sogenannte Bausteine der drei Leistungsbereiche ambulant, stationär und zahn (sogenannte Modultarife) aufzuteilen, umso den Versicherten mehr Gestaltungsmöglichkeiten für den Leistungsumfang der einzelnen Bereiche zu ermöglichen. Dazu bieten die Unternehmen beispielsweise Ambulanttarife mit oder ohne Heilpraktikerleistungen, mit unterschiedlichen Sehhilfeleistungen oder Selbsthalten (dazu Abschnitt 3.1.11, p. 83), Stationärtarife mit oder ohne Wahlleistungen sowie Zahntarife mit unterschiedlichen Erstattungsprozentsätze für Zahnbehandlung und Zahnersatz (dazu Abschnitt 3.1.3, p. 72) an, ferner gibt es Tarifabstufungen bezüglich der Gebührenordnungen (dazu Abschnitt 3.1.6, p. 75).

Der Nachteil dieser Tarifvielfalt ist die Risikostreuung und die damit verschwommenen Beitragsabstände, einhergehend mit fehlenden Subjektivitätsunterschieden in den einzelnen Tarifkollektiven. Daher gehen viele Unternehmen dazu über, ihr Tarifwerk zu komprimieren und wenige sogenannte Kompakttarife, die Versicherungsschutz über alle drei Leistungsbereiche zusammen beinhalten, anzubieten. Diese Kompakttarife werden klar durch bestimmte Differenzierungskriterien voneinander unterschieden, beispielsweise bezüglich

- der Steigerungssätze der Gebührenordnungen,
- der Heilpraktikerleistung,
- der stationären Wahlleistungen Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer resp. Wahlarzt,
- der Erstattungshöhe des Zahnersatzes,
- des integrierten Leistungs- und Gesundheitsmanagements,
- der Selbstbeteiligungen / Beitragsrückerstattungen.

Durch diese Strukturierung und Verschlankung des Tarifwerks sowie durch die damit verbundenen Risikobündelungen und Subjektivitätsdifferenzierungen (auf die Subjektivität und der damit verbundenen Abhängigkeit der Tarifbeiträge wird im Abschnitt „Kopfschäden“ eingegangen) ergeben sich für die Tarifbeiträge (Kopfschäden) deutliche Spreizungen.

Gemäß § 195 „Versicherungsdauer“ VVG sind substitutive Kranken- und Pflegeversicherungen grundsätzlich unbefristet (Ausnahme: Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen und Krankenversicherungen für Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland, Krankentagegeldversicherung unter bestimmten Umständen, gewisse Teile

von Beihilfetarifen). Wird die nicht-substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Entsprechendes.

Von einer Befristung ist allerdings die Bildung von Alterungsrückstellung zu unterscheiden. § 146 „Substitutive Krankenversicherung“ Absatz 3 VAG gibt an, dass Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen und Krankenversicherungen für Personen mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland sowie Krankentagegeldversicherungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden können.

3.1.2 Tarife mit festen Leistungssätzen.

Bis Ende der 1960er-Jahre waren die Krankheitskostentarife in den Ausprägungen ihrer Leistungshöhen sehr differenziert. Neben einigen summenmäßigen tarifbezogenen Begrenzungen enthielten die Tarife detaillierte Leistungszusagen für jede erstattungsfähige Leistung. Die absoluten Leistungszusagen je Diagnose, Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt orientierten sich an den damals geltenden Vielfachen der ärztlichen Gebührenordnungen (dazu Abschnitt 3.1.6, p. 75) und waren als feste DM-/Euro-Werte festgelegt – ohne einer Entwertung der Festbeträge entgegen wirken zu können.

Der große Nachteil diese Tarife mit festen Leistungszusätzen, der sich erst im Lauf der medizinischen Entwicklung herausgestellt hat, ist, dass über einen abschließenden Leistungskatalog mit festen Erstattungshöhen für festgelegte Behandlungen verfügen, der nicht erweitert werden kann. Beispielsweise können neue Behandlungs- oder Diagnosemethoden (Magnetresonanztomographie MRT) oder neue Krankheiten (Aids) nicht in die Versicherungsbedingungen aufgenommen werden, so dass für diese nicht geleistet werden darf und kann.

Für die Versicherten haben diese Tarife den Nachteil, dass sie vor der Behandlung mit dem Arzt die Kosten zu vereinbaren haben, um so nicht einen allzu großen Eigenanteil zu entrichten. Dagegen haben diese Tarife den kalkulatorischen Vorteil, dass der Parameter der Erstattungshöhe nach oben hin begrenzt ist und daher relativ beitragsstabil verlaufen.

Um auf die allgemeine Kostenentwicklung reagieren zu können, wurde seit Ende der 1950er-Jahre die Zusicherung des Versicherers integriert, gegebenenfalls Erweiterungen der Erstattungshöchstbeträge vorzunehmen. Diese sogenannte Leistungsanpassung hat für die Versicherten den Vorteil, dass sie ungeachtet eines möglicherweise während der Versicherungsdauer sich verschlechternden Gesundheitszustandes vorgenommen wird (im eigentlichen Sinne ist eine solche Leistungsanpassung eine Mehrleistung, für die i.d.R. eine Risikoprüfung durchzuführen wäre, dazu Abschnitt 5.12, p.

130). Dennoch blieb das Problem mit neu auftretenden Krankheiten ungelöst.

Diese Tarife werden nicht mehr angeboten, sie sind durch die sogenannten Einhundert-Prozent-Tarife (dazu Abschnitt 3.1.3, p. 72) ersetzt worden, hierbei überträgt sich die Dynamik und Entwicklung des Gesundheitswesens durch die Gebührenordnungen auf das Leistungsversprechen.

3.1.3 Einhundert-Prozent-Tarife.

Zu Beginn der 1970er-Jahre wurden sogenannte Vollkostentarife oder sogenannten Einhundert-Prozent-Tarife entwickelt. Sie bieten im Ambulant- und Stationärbereiche sowie bei Zahnbehandlung einen quasi 100-prozentigen Versicherungsschutz an, auf Grund der Ausnutzungsmöglichkeiten und hohen Kosten bei Zahnersatz wird Zahnersatz meist nur zu einem gewissen Prozentsatz (50 bis 90 Prozent) erstattet (dazu Abschnitt 3.1.9, p. 80).

Zur Kostendämpfung resp. Steuerung der versicherten Personen werden diese Tarife oftmals mit einem Selbstbehalt angeboten, marktüblich sind absolute oder prozentuale Selbstbeteiligungen (dazu Abschnitt 3.1.11, p. 83).

Auch Beihilfetarife (dazu Abschnitt 3.1.4, p. 72) fallen i.d.R. unter diese Kategorie, sofern sich die Gesamterstattung der Krankheitskosten mit dem Beihilfeanteil auf 100 Prozent addiert.

3.1.4 Beihilfetarife.

Im Rahmen der Einhundert-Prozent-Tarife gibt es noch Tarifstufen für beihilfeberechtigte Personen, die sogenannten Beihilfetarife.

So erhalten Beamte und teilweise Angestellte des öffentlichen Dienstes für sich und ihre Familienangehörigen von ihrem Dienstherrn einen prozentualen Anteil (Beihilfe) zu den Krankheitskosten.

Die Höhe des Beihilfeanspruchs und der Umfang der beihilfeberechtigten Leistungen richten sich je nach Beschäftigungsverhältnis an Bundes- und Länderrichtlinien. Für Bundesbeamte gelten beispielsweise nachstehende Beihilfeansprüche im ambulanten, stationären oder zahnärztlichen Bereich (dagegen gibt es auch Länder mit unterschiedlichen Beihilfesätzen für die einzelnen Leistungsbereiche):

Beihilfeberechtigte	Beihilfeanspruch
Ledige oder Verheiratete ohne oder mit einem Kind	50 Prozent
Ledige oder Verheiratete mit zwei oder mehr Kindern	70 Prozent
Pensionäre	70 Prozent
Beihilfeberechtigte Kinder	80 Prozent
Beihilfeberechtigte Ehe-/Lebenspartner	70 Prozent

Die Versicherer bieten für jeden möglichen prozentualen Beihilfeanspruch den Komplementärwert als Absicherungsstufe (sogenannte Beihilfetarife) an, so dass die Versicherten in Summe ihre Krankheitskosten vollständig absichern können.

Um der Versicherungspflicht (dazu Abschnitt 3.1.1, p. 67) zu genügen, ist insgesamt eine 100-prozentige Absicherung von Nöten, der maximale Selbstbehalt bei Beihilfetarifen wird gemäß Erstattungssatz von 5000 Euro heruntergerechnet.

Im Falle der Bundesbeihilfe sind dies Beihilfetarife mit Erstattungsprozentsätzen von 50, 30, 30, 20 resp. 30 Prozent.

Den Beihilfeberechtigten werden also ihre Krankheitskosten zum Teil von Beihilfestelle gemäß ihres Beihilfeanspruch-Prozentsatzes und zum anderen Teil Krankenversicherung gemäß des versicherten Prozentsatzes erstattet, was für die Betroffenen einen doppelten Aufwand der Rechnungseinreichung resp. -erstattung bedeutet.

Eine Eigentümlichkeit ist der Wechsel des Beihilfeanspruchs auf Grund äußerer, objektiver Gegebenheiten wie beispielsweise der Eintritt in den Ruhestand, bei dem oftmals der Anspruch von 50 auf 70 Prozent ansteigt, d.h. dass der abzusichernde Prozentsatz von 50 auf 30 Prozent sinkt. Auch für solche Fälle bietet die PKV spezielle Tarife an, die diesen Tatbestand berücksichtigen (§ 199 „Beihilfeempfänger“ Absatz 1 VVG). Sinkt andererseits der Beihilfeanspruch oder entfällt komplett, regelt § 199 „Beihilfeempfänger“ Absatz 2 VVG, dass der Versicherer den Versicherungsschutz unter den vorhandenen Krankheitskostentarife entsprechend ändern kann. Für den neuen Tarif entfallen sowohl Risikoprüfung (dazu Abschnitt 5.12, p. 130) als auch Wartezeiten (dazu Abschnitt 5.10, p. 130), sofern der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt wird – dies gilt nicht für die Mehrleistungen des neuen Versicherungsschutzes (die sich als Differenz zwischen den Leistungen des neuen Tarifs bezüglich des auf 100 Prozent hochgerechneten Beihilfetarifs verstehen), für diese Mehrleistungen sind sowohl eine Risikoprüfung und Wartezeiten möglich – hier greifen die üblichen Regeln zum Tarifwechsel (dazu Abschnitt 5.20, p. 130).

Speziell bei Beihilfetarifen sei noch auf das Bereicherungsverbot gemäß § 200 „Bereicherungsverbot“ VVG hingewiesen, dass nämlich die Erstattung

von Krankheitskosten die tatsächlich entstanden Kosten nicht übersteigen dürfen, z.B. durch eine Kombination von Beihilfe und Beihilfetarif mit einer Erstattung von über 100 Prozent.

3.1.5 Ausbildungstarife.

Für versicherte Personen in Ausbildung (worunter auch ein Studium zählt) – bis zum vollendeten 39. Lebensjahr – können Tarife befristet oder ohne Bildung einer Alterungsrückstellung angeboten werden – allerdings dann mit planmäßig steigenden Prämien auf Grund des Älterwerdens (§ 146 „Substitutive Krankenversicherung“ Absatz 3 VAG in Verbindung mit § 195 „Versicherungsdauer“ Absatz 2 VVG und § 10 „Prämienberechnung“ Absatz 4 KVAV). In dieser Interpretation werden Ausbildungstarife nicht nach Art der Lebensversicherung kalkuliert, so dass einige Regelungen zum Schutz des Versicherten nicht gelten, beispielsweise das Tarifwechselrecht (dazu Abschnitt 5.20, p. 130).

Andererseits können Ausbildungstarife unter substitutive Tarife nach Art der Lebensversicherung subsumiert werden, wenn alleinig § 10 „Prämienberechnung“ Absatz 4 KVAV herangezogen wird: hier werden mit dem Älterwerden planmäßig steigende Prämien gestattet, in diesem Fall ergibt sich die Alterungsrückstellung stets zu Null. In dieser Interpretation gelten die üblichen Regelungen der substitutiven Versicherung.

Ausbildungstarife basieren bezüglich der Leistung oft auf allgemein zugängliche Tarife, haben dabei jedoch den finanziellen Anreiz, günstiger als diese zu sein, da in die Prämien keine Teile zum Aufbau einer Alterungsrückstellung eingerechnet sind.

Der fehlende Aufbau von Alterungsrückstellung ist sachgerecht, da viele der Versicherten nach Abschluss ihrer Ausbildung zunächst häufig pflichtversichert sind und daher die PKV-Vollversicherungstarife aufgeben, demgemäß ist auch kein gesetzlicher Zuschlag (dazu Abschnitt 5.22, p. 130) zu entrichten.

3.1.6 Gebührenordnungen.

Abrechnung nach Gebührenordnungen.

(3:1)

Kosten = Punktezahl · Punktwert · Steigerungsfaktor

Gebührenordnungen.

- Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ],
- Gebührenordnung für Zahnärzte [GOZ],
- Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker [GebüH],
- Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten [GOP],
- Hebammen-Gebührenverordnung [HebGV].

Regelhöchstsatz GOÄ/GOZ:

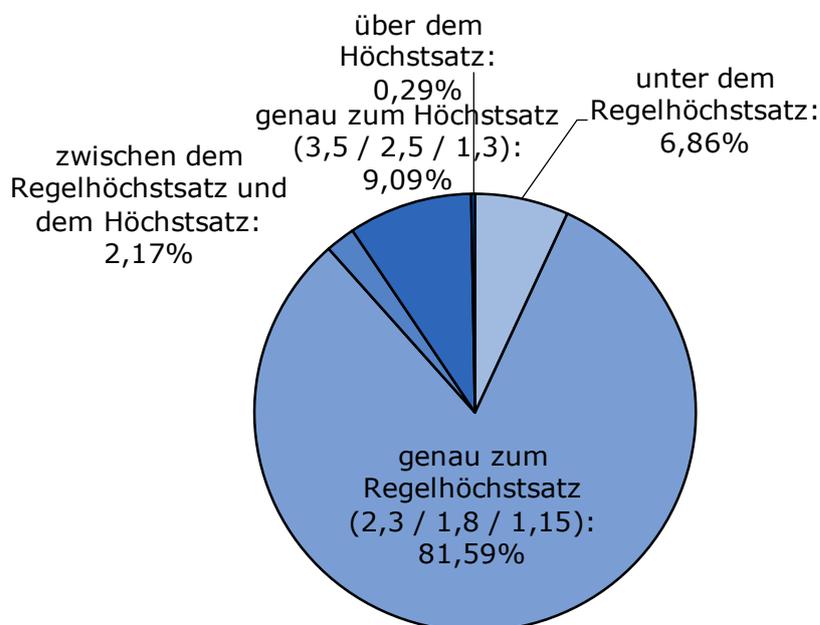
- 2,3-fache Satz für persönliche Leistungen,
- 1,8-fache Satz für technische Leistungen,
- 1,15-fache Satz für Laboruntersuchungen.

Höchstsatz GOÄ/GOZ:

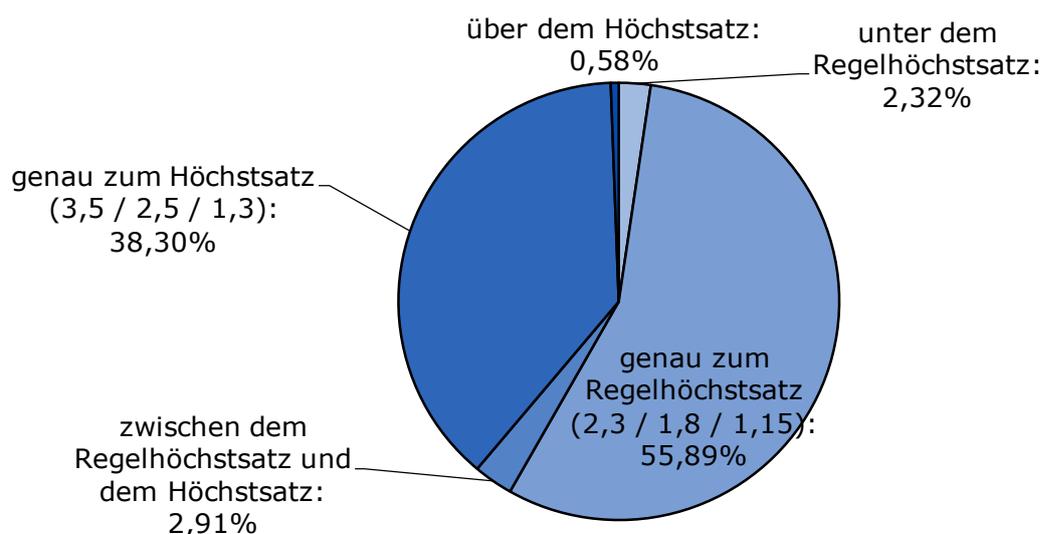
- 3,5-fach für persönliche Leistungen,
- 2,3-fach für technische Leistungen,
- 1,3-fach für Laboruntersuchungen.

Struktur der Abrechnung bezüglich GOÄ/GOZ-Multiplikatoren 2012.

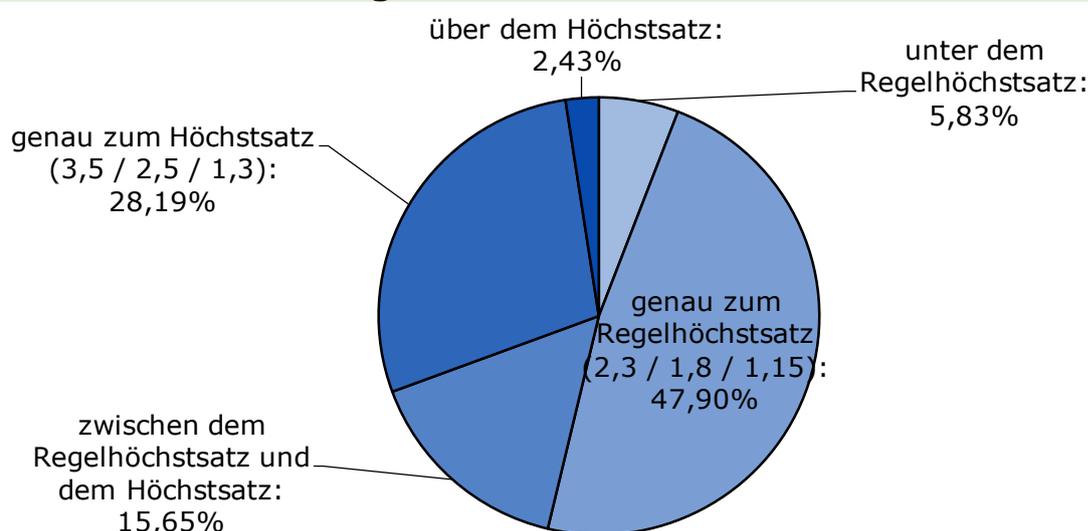
Ambulante Leistungen.



Stationäre Leistungen.



Zahnärztliche Leistungen.



Quelle: PKV-Zahlenbericht 2013 (eine Aktualisierung liegt nicht vor).

Die Gebührenordnungen regeln die Abrechnung aller medizinischen Leistungen außerhalb der GKV, so dass sie die Abrechnungsgrundlagen sind für PKV-Patienten oder bei Leistungen, die nach PKV-Maßstäben (zum Beispiel im Zahnbereich) beglichen werden, d.h. sie sind sodann für GKV- wie PKV-Versicherte und auch Selbstzahler gültig.

Die wichtigsten Gebührenordnungen sind:

- Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ],
- Gebührenordnung für Zahnärzte [GOZ],
- Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker [GebüH],
- Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten [GOP],

- Hebammen-Gebührenverordnung [HebGV].

Dagegen werden reine GKV-Leistungen nach den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs [EBM] und des Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen [BEMA] abgerechnet, die allerdings eine völlig andere Grundlage und Systematik haben.

Die beiden wichtigsten, vom Bundesgesundheitsministerium erlassenen Gebührenordnungen für Ärzte [GOÄ] und Zahnärzte [GOZ] ordnen unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 5,82873 Cent (11,4 Pfennige, seit 01.01.1999) bei der GOÄ resp. 5,62421 Cent (11 Pfennige, seit 01.01.1988) bei der GOZ jeder ärztlichen Verrichtung eine Punktezahl und die entsprechende Gebühr in Euro zu. Die Behandler haben dann die Möglichkeit, diese Eurogebühr mit einem Steigerungssatz zu multiplizieren. Der Faktor, dessen maximale Höhe i.d.R. vorgegeben ist, hängt von Schwierigkeit, Zeitaufwand sowie den Umständen bei der Ausführung ab und ist ggf. zuvor mit dem Patienten zu vereinbaren.

Die GOZ wurde zum 1. Januar 2012 reformiert, derzeit wird die GOÄ überarbeitet, wobei es keine Änderung in der laufenden Legislaturperiode 2013-17 geben wird – und weitere die Gesundheitspolitik nach der Wahl im Herbst 2017 sich gestaltet, bleibt abzuwarten.

Im Normalfall dürfen Behandelnde bis zum sogenannten Regelhöchstsatz liquidieren, dieser beträgt bezogen auf den einfachen GOÄ-/GOZ-Punktwert

- den 2,3-fachen Satz für persönlich erbrachte ärztliche Leistungen,
- den 1,8-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen und
- den 1,15-fachen Satz für Laboruntersuchungen.

Ist die Behandlung hinsichtlich Schwierigkeit, Zeitaufwand und der Umstände deutlich aufwendiger als im Normalfall, so können Behandelnde einzelne Rechnungspositionen bis zum Höchstsatz abrechnen, dieser beträgt bezogen auf den einfachen GOÄ-/GOZ-Punktwert

- den 3,5-fachen Satz für persönlich erbrachte ärztliche Leistungen,
- den 2,5-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen und
- den 1,3-fachen Satz für Laboruntersuchungen.

Erscheint den Behandelnden selbst der Höchstsatz für die Behandlung nicht ausreichend, so haben sie die Möglichkeit, auch darüber hinaus abzurechnen. Dafür ist vor Beginn der Behandlung mit der Patientin / dem Patienten eine sogenannte Honorarvereinbarung zu treffen, in der schriftlich die Überschreitung der Höchstsätze begründet und die Einverständniserklärung der Patientin / dem Patienten eingeholt werden.

Auswertungen von anonymisierten Rechnungen zeigen für das Jahr 2012, dass ambulante Behandlungen zu 81,6 Prozent bis zum Regelhöchstsatz, zu 11,55 Prozent darüber abgerechnet werden. Für stationäre Behandlungen verschieben sich die Anteile verteuern zu 55,9 resp. 41,8 Prozent. Die höchsten Multiplikatoren gibt es bei Zahnbehandlungen, hier betragen die Anteile 47,9 Prozent resp. 46,3 Prozent (darunter 2,4 Prozent der Positionen über dem Höchstsatz) Diese Auswertungen werden derzeit vom PKV-Verband nicht mehr aktualisiert veröffentlicht.

Das Tarifwerk der VU ist oft nach den Steigerungssätzen der Gebührenordnungen bezüglich der Grenzen Höchstsätze und Regelhöchstsätzen eingeteilt. Bei einer branchenüblichen Dreigliederung des Tarifwerks erstatten

- höchstwertige Tarife die Leistungen auch über die Höchstsätze hinaus,
- hochwertige Tarife die Leistungen bis zu den Höchstsätzen und
- niederwertige Tarife die Leistungen bis zu den Regelhöchstsätzen.

Den Differenzbetrag zwischen Rechnung und Leistungserstattung hat die behandelte Person selbst zu übernehmen, so dass die Begrenzung auf Steigerungssätze der Gebührenordnungen eine Art prämienreduzierende Eigenbeteiligung darstellt, die ungedeckt ist. Gleichwohl fällt dieser Eigenanteil nicht unter die Mindestbedingungen zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (maximale Selbstbeteiligung in Höhe von 5000 Euro, dazu Abschnitt 3.1.1, p. 67).

Die PKV-Sozialtarife Basis- und Standardtarif erstatten für ärztliche Leistungen der GOÄ lediglich bis zum 1,8-fachen Satz, der GOZ bis zum 2,0-fachen Satz, für technische Leistungen bis zum 1,38- und für Laboruntersuchungen bis zum 1,16-fachen Satz. Allerdings sind Ärzte, die einer Kassenvereinigung angehören, verpflichtet bei Basis- und Standardtarif-Versicherten höchstens mit diesen Sätzen abzurechnen, diese Vorschrift gilt aber nicht für Ärzte ohne Kassenzulassung.

Unter der GOÄ Nummer 1 ist beispielsweise „Beratung, auch telefonisch“ mit der Punktezahl 80 mit einer Gebühr von 4,66 Euro geführt. Bei einem 2,3-fachen Satz liquidieren die Behandelnden diese Position mit 10,72 Euro ($= 2,3 \cdot 4,66$). Als ärztliche Leistung wird sie von denjenigen Tarifen abzugsfrei erstattet, die mindestens den Regelhöchstsatz im Leistungsversprechen haben; allerdings verbleiben bei Tarifen mit Leistungsgrenzfaktor 1,8 jedoch 2,33 Euro ($= 10,72 - 1,8 \cdot 4,66 = 10,72 - 8,39$) bei den versicherten Personen.

Eine „Computertomographie des Kopfes“ (GOÄ Nummer 5370) ist mit 2000 Punkten resp. 116,57 Euro bewertet, sie gehört zu den medizinisch-technische Leistungen. Wird diese Leistung mit dem – zu begründendem – 3,0-fachen Satz abgerechnet, fallen Kosten in Höhe von 349,71 Euro (

= $3,0 \cdot 116,57$) an, die lediglich von höchstwertigen Tarifen ohne Begrenzung auf die Höchstsätze übernommen werden. Hochwertige Tarife mit Begrenzung auf die Höchstsätze (Faktor 2,5) erstatten 291,43 Euro (= $2,5 \cdot 116,57$), so dass 58,28 Euro (= $349,71 - 291,43$) als Eigenkosten bleiben, bei niederwertigen Tarifen (Faktor 1,8) verbleiben nicht erstattungsfähige Kosten in Höhe von 139,88 Euro (= $349,71 - 1,8 \cdot 116,57 = 349,71 - 209,83$). Hat die behandelnde Person keine Kassenzulassung, sind bei Basis- und Standardtarifen (Faktor 1,38) mehr als die Hälfte, nämlich 188,84 Euro (= $349,71 - 1,38 \cdot 116,57 = 349,71 - 160,87$), bei einer Erstattung von 160,87, selbst zu zahlen.

Für Beihilfebezieher kann die Berechnung der Eigenbeteiligung komplex werden, falls Beihilfestelle und Restabsicherungstarife bis zu unterschiedlichen Steigerungssätzen erstatten und der PKV-Schutz den Beihilfeabzug nicht ausgleicht. Leistet im obigen Beispiel der GOÄ-Nummer 5370 die 70-prozentige Beihilfe bis zum Regelhöchstsatz (Faktor 1,8) und der 30-prozentige PKV-Tarif zum bis Höchstsatz (Faktor 2,5) ohne Ausgleich der Beihilfelücke, beträgt die Eigenbeteiligung 115,40 Euro:

$$\underbrace{116,57}_{\text{GOÄ Nr. 5370}} \cdot \underbrace{3,0}_{\text{Abrechnungssatz}} - \underbrace{116,57}_{\text{GOÄ Nr. 5370}} \cdot \underbrace{1,8}_{\text{Regelhöchst-satz}} \cdot \underbrace{70\%}_{\text{Beihilfesatz}} - \underbrace{116,57}_{\text{GOÄ Nr. 5370}} \cdot \underbrace{2,5}_{\text{Höchst-satz}} \cdot \underbrace{30\%}_{\text{komplementärer Beihilfesatz}}$$

Rechnungsbetrag: 349,71
Beihilfeleistung: 146,88
Tarifleistung: 87,43

Eigenbeteiligung 115,40

3.1.7 Heilpraktikerleistung.

Nicht alle Vollversicherungstarife leisten für Behandlungen durch Heilpraktiker; diese Leistung ist auch für die GKV nicht verpflichtend, gleichwohl kann sie dafür leisten, um so ggf. Wettbewerbsvorteile zu erzielen.

Auch bei dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker [GebüH] gibt es Mindest- oder Höchstsätze, die bei der Tarifleistung ggf. Berücksichtigung finden. Neben der GebüH gibt es noch das Hufelandverzeichnis, das bei der Leistungsabrechnung herangezogen werden kann.

Bei der branchenüblichen Dreiteilung des Tarifwerks könnte es folgende Gliederung geben:

- höchstwertige Tarife: unbegrenzte Leistung auch über die Höchstsätze hinaus,
- hochwertige Tarife: begrenzte Leistung (z.B. 500, 1000 oder 1500 Euro) bis zu den Höchstsätzen,
- niederwertige Tarife: begrenzte Leistungen (z.B. 500, 750 oder 1000 Euro) bis zu den Mindestsätzen oder gar keine Leistung.

3.1.8 Stationäre Wahlleistungen.

Zu den stationären Wahlleistungen gehören die Leistungen für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) oder für die Behandlung durch den Chefarzt (Wahlleistung Arzt); im Falle einer Nicht-Inanspruchnahme einer dieser Wahlleistung können – sofern es das Tarifleistungsversprechen vorsieht – Ersatz-Krankenhaustagegelder ausbezahlt werden.

Bei der branchenüblichen Dreiteilung des Tarifwerks könnte es folgende Gliederung geben:

- höchstwertige Tarife: Wahlleistung Arzt auch über die Höchstsätze hinaus, Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer (entsprechendes Ersatz-Krankenhaustagegeld),
- hochwertige Tarife: Wahlleistung Arzt bis zu den Höchstsätze, Wahlleistung Zweibettzimmer (entsprechendes Ersatz-Krankenhaustagegeld),
- niederwertige Tarife: keine Wahlleistungen.

Bei der Festsetzung des Ersatz-Krankenhaustagegeld im Falle der Nicht-Inanspruchnahme der verbesserten Unterkunft ist zu beachten, dass im Jahr 2015 in Deutschland die Unterbringen pro Tag im Einbettzimmer durchschnittlich knapp 95 Euro, im Zweibettzimmer durchschnittlich knapp 50 Euro kostete.

3.1.9 Zahnärztliche Leistungen.

Ein Kostentreiber innerhalb der Krankheitskostenvollversicherung sind die zahnärztlichen Behandlungen und der Zahnersatz (insbesondere Implantationsverfahren und Gnathologie, i.e. Zusammenhang zwischen Muskeln, Knochen, Gelenken, Kiefer und Zahnverankerungen). Neben dem ausgeprägten medizinischen Fortschritt in diesem Bereich sind hier wohl die individuellen Wünsche der versicherten Personen und die zur Umsetzung vorhandenen Möglichkeiten am ausgeprägtesten. Aber auch ohne überzogene Materialwünsche gibt es nicht selten Rechnungen in der Größenordnung von 15.000 Euro im Jahr.

Um diese Entwicklung einigermaßen einzudämmen, sehen deshalb Tarife insbesondere für Zahnersatz prozentuale Eigenbeteiligungen der Versicherten vor. Eine typische Leistungszusage in diesem Bereich ist beispielsweise die Erstattung von Zahnbehandlung zwischen 75 und 100 Prozent und von Zahnersatz zwischen 50 und 90 Prozent – die nichterstatteten Kosten werden Eigenbeteiligung genannt. Wobei mit dem Erstattungsprozentsatz auch die Erstattung und somit die Prämie steigt.

Ein höherer Erstattungsprozentsatz steigert darüber hinaus das sogenannte subjektive Risiko: Je höher der Erstattungsprozentsatz ist, umso eher wählt die versicherte Person die kostenintensivere Behandlung, denn oftmals gibt es beim Zahnersatz verschiedene Behandlungsarten, die unterschiedlich kosten. Erhält beispielsweise die versicherte Person einen Heil- und Kostenplan (so heißt ein vom Zahnarzt erstelltes Angebot) über 1000 und einen alternativen über 2000 Euro, fällt bei einer Zahnersatzleistung von 50 Prozent ein Eigenanteil von 500 resp. 1000 Euro, bei einer Zahnersatzleistung von 90 Prozent ein Eigenanteil von 100 resp. 200 Euro an. Die 50-Prozent-versicherte Person wählt eher die günstigere Behandlung, die 90-Prozent-versicherte Person eher die teurere. Untersuchungen zeigen, dass dieses subjektive Risiko mit jedem Erstattungsprozentpunkt um 4 Prozent steigt, d.h. die Erstattungsbeträge bei 90 Prozent Erstattung betragen das 3,4-fache ($\frac{90\%}{50\%} + (90 - 50) \cdot 4\% = 1,8 + 1,6 = 3,4$) derjenigen bezüglich 50 Prozent Erstattung (rein nominell betragen sie das 1,8-Fache [$\frac{90\%}{50\%} = 1,8$]).

Eine weitere Möglichkeit der Begrenzung ist die summenmäßige Begrenzungen der Erstattung, zum Beispiel auf 5000 Euro für einen Versicherungsfall oder abgegrenzt auf Versicherungsjahre.

Zudem besteht die Möglichkeit, das Leistungsspektrum einzugrenzen und sehr aufwendige oder zahnmedizinisch umstrittene Maßnahmen analog zur GKV von der Erstattung auszunehmen (zum Beispiel auf eine tarifliche festgelegte Anzahl von Teleskopkronen oder Implantaten).

Da die Inanspruchnahme von teuren Zahnleistungen von den Versicherten oftmals steuerbar, d.h. zeitlich verschiebbar ist, sind viele Tarife mit sogenannten Zahnstaffeln ausgestattet, um so zu verhindern, für ausgedehnte Zahn(ersatz)leistungen kurz nach Vertragsabschluss zu erstatten, gleichwohl ist eine übliche Zahnbehandlung abgesichert. Eine Zahnstaffel begrenzt die aufaddierten Erstattungsbeträge in den ersten Versicherungsjahren [VJ], beispielsweise auf 1000 Euro im ersten VJ, auf 2000 Euro in den ersten beiden VJ und auf 3000 Euro in den ersten drei VJ; es gibt auch Zahnstaffeln, die den Leistungsbetrag in jedem Jahr der Staffel begrenzen.

Wie in der GKV ist es möglich, die Tarifleistung so auszugestalten, dass die Erstattungssätze für Zahnbehandlung oder Zahnersatz bei nachgewiesener ununterbrochen Zahnprophylaxe mit den Jahren steigt.

Anzumerken ist, dass die bei den aufgeführten Begrenzungen anfallenden Eigenbeteiligungen im Zahnbereich nicht unter den maximalen Selbstbehalt von 5000 Euro für den Mindestschutz im Rahmen der Pflicht zur Versicherung fallen, da dieser auf ambulante und stationäre Leistungen begrenzt ist (dazu Abschnitt 3.1.1, p. 67).

Bei der branchenüblichen Dreiteilung des Tarifswerks könnte es folgende Gliederung geben:

- höchstwertige Tarife: Zahnbehandlung auch über die Höchstsätze hinaus zu 100 Prozent, Zahnersatz auch über die Höchstsätze hinaus zu 75 bis 90 Prozent, dreijährige Zahnstaffel mit Intervallen von 1000 Euro,
- hochwertige Tarife: Zahnbehandlung bis zu den Höchstsätzen zu 90 bis 100 Prozent, Zahnersatz bis zu den Höchstsätzen zu 60 bis 75 Prozent, vierjährige Zahnstaffel mit Intervallen von 750 Euro,
- niederwertige Tarife: Zahnbehandlung bis zu den Regelhöchstsätzen zu 75 bis 90 Prozent, Zahnersatz bis zu den Regelhöchstsätzen zu 50 bis 55 Prozent, mehrjährige Zahnstaffel mit Intervallen von 500 Euro.

3.1.10 Tarife mit integriertem Leistungs- und Gesundheitsmanagement.

Im letzten Jahrzehnt wurden in der Krankenversicherungsbranche Tarife mit integriertem Leistungs- und Gesundheitsmanagement entwickelt. Diese Tarife sind zum Beispiel auf Grund von Hausarztprinzip oder Behandlung durch Ärzte- oder Krankenhauskooperationspartner krankheitskostensparend und somit für die Versicherten günstiger.

Beim Hausarztprinzip soll der Versicherte zuerst seinen Hausarzt aufsuchen – diese Rechnung wird gemäß des Leistungsversprechens zu 100 Prozent übernommen. Sieht der Hausarzt die Notwendig einer Überweisung zu einem Facharzt, wird die Facharzt-Rechnung gemäß des Leistungsversprechens – bei Vorlage der Überweisung – ebenfalls zu 100 Prozent erstattet. Sucht dagegen der Versicherte direkt einen Facharzt auf, wird die Rechnung gemäß des Leistungsversprechens zu üblicherweise zu 75 bis 85 Prozent erstattet.

Da das integrierte Leistungs- und Gesundheitsmanagement von den Versicherten evtl. als umständlich und zeitaufwendig betrachtet werden könnte, ist es nicht üblich, diese Systeme bei höchstwertigen Tarifen anzubieten, eher hoch- und niederwertige Tarife werden mit diesem System ausgestattet.

3.1.11 Selbstbehalte.

Zahlenbeispiel.

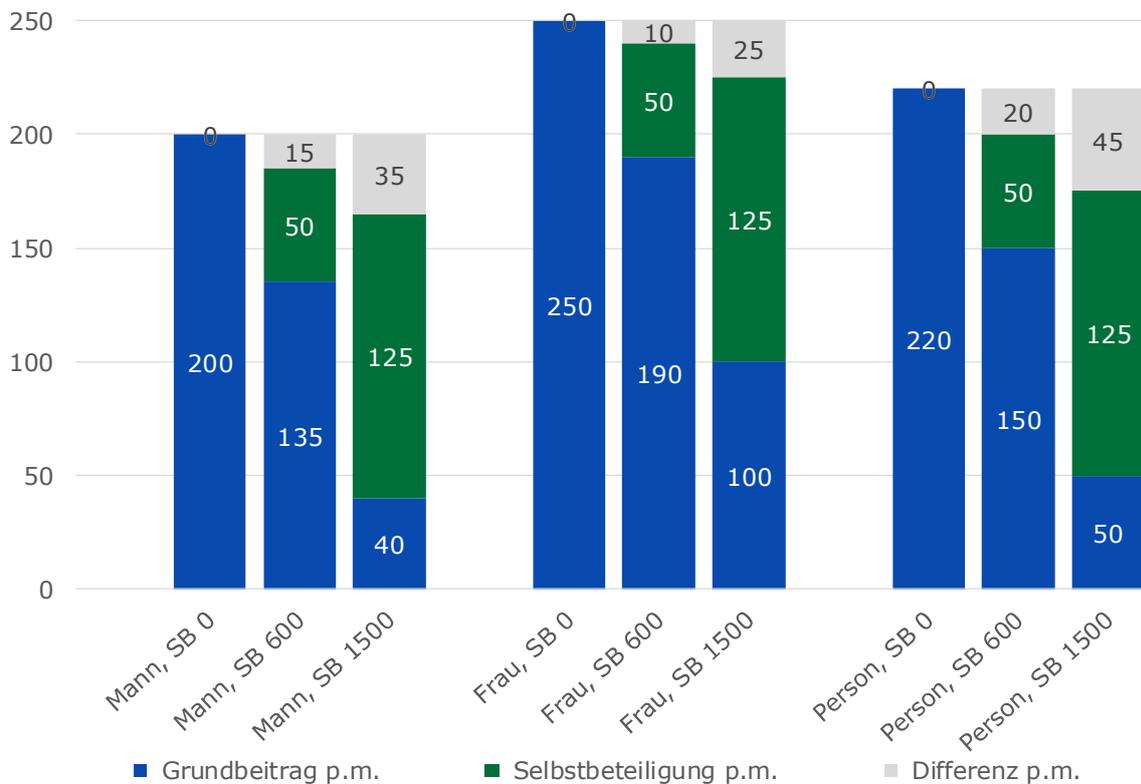
Schadenauswirkungen: Vereinfachendes Beispiel für absolute Selbstbehalte [abs. SB], Jahreswerte.							
Tarif	abs. SB	Schadenverteilung				Mittelwert *	Schadenänderung *
		50%	25%	20%	5%		
Rechnungsbetrag RB1							
		0	500	5.000	20.000	2.125	
abs. SB1		Erstattungsbetrag p.a. EB1				EB1 zu RB1	
Tarif 1	0	0	500	5.000	20.000	2.125	0,0 %
Tarif 2	300	0	200	4.700	19.700	1.975	- 7,1 %
Tarif 3	1.500	0	0	3.500	18.500	1.625	- 23,5 %
Tarif 4	5.000	0	0	0	15.000	750	- 64,7 %
allgemeine Schadensteigerung in Höhe von + 10 Prozent							
Rechnungsbetrag RB2 nach Schadensteigerung							
		0	550	5.500	22.000	2.338	+ 10,0 %
abs. SB1		Erstattungsbetrag EB2				EB2 zu EB1	
Tarif 1	0	0	550	5.500	22.000	2.338	+ 10,0 %
Tarif 2	300	0	250	5.200	21.700	2.188	+ 10,8 %
Tarif 3	1.500	0	0	4.000	20.500	1.825	+ 12,3 %
Tarif 4	5.000	0	0	500	17.000	950	+ 26,7 %
SB-Erhöhung wie allg. Schadensteigerung zur Neutralisierung der SB-Entwertung °							
abs. SB3		Erstattungsbetrag EB3				EB3 zu EB1	
Tarif 1	0	0	550	5.500	22.000	2.338	+ 10,0 %
Tarif 2	330	0	220	5.170	21.670	2.173	+ 10,0 %
Tarif 3	1.650	0	0	3.850	20.350	1.788	+ 10,0 %
Tarif 4	5.000	0	0	500	17.000	950	+ 26,7 %
* hochgradig abhängig von der Schadenverteilung bezüglich Anzahl und Höhe (ca. fünf Prozent der Schäden belaufen sich über 5.000 Euro).							
° Unter Beachtung der maximal zulässigen Selbstbeteiligung von 5.000 Euro zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung.							

Anmerkung: In diesem Beispiel wird bei der Schadenverteilung die Subjektivität nicht beachtet, die sich bei höheren Selbstbehalten ergeben.

Schadenauswirkungen: Vereinfachendes Beispiel für prozentuale Selbstbehalte [proz. SB], Jahreswerte.							
proz. SB	SB-Grenze	Schadenverteilung				Mittelwert *	Schadenänderung *
		50%	25%	20%	5%		
Rechnungsbetrag RB1							
		0	500	5.000	20.000	2.125	
proz. SBSB-Grenze1		Erstattungsbetrag EB1				EB1 zu RB1	
20 %	1.500	0	400	4.000	18.500	1.825	- 14,1 %
allgemeine Schadensteigerung in Höhe von + 10 Prozent							
Rechnungsbetrag RB2 nach Schadensteigerung							
		0	550	5.500	22.000	2.338	+ 10,0 %
proz. SBSB-Grenze1		Erstattungsbetrag EB2				EB2 zu EB1	
20 %	1.500	0	440	4.400	20.500	2.015	+ 10,4 %
SB-Erhöhung wie allg. Schadensteigerung zur Neutralisierung der SB-Entwertung							
proz. SBSB-Grenze3		Erstattungsbetrag EB3				EB3 zu EB1	
20 %	1.650	0	440	4.400	20.350	2.008	+ 10,0 %
* hochgradig abhängig von der Schadenverteilung bezüglich Anzahl und Höhe (ca. fünf Prozent der Schäden belaufen sich über 5.000 Euro).							

Anmerkung: In diesem Beispiel wird bei der Schadenverteilung die Subjektivität nicht beachtet, die sich bei einer Rechnungsteuerung bis zu 7500 Euro ($= \frac{1.500 \text{ Euro}}{20\%}$) resp. 8250 Euro ($= \frac{1.650 \text{ Euro}}{20\%}$) ergibt.

Beitragswirkungen unterschiedlicher absoluter Selbstbeteiligungen in einem Ambulanttarif für 33-Jährige.



Grundlage: Eigene Berechnungen nach PKV-Zahlenberichte 2011/12, 15.

Selbstbehalte oder synonym Selbstbeteiligungen [SB] bezwecken, kleinere Schäden nicht zu berücksichtigen und beim Versicherten Kostenbewusstsein zu erzeugen. In der Krankheitskostenversicherung wird zwischen absoluten und prozentualen Selbsthalten unterscheiden. In beiden Fällen erzeugt die Rechnungssteuerung auf Grund des selbst zu tragenden Anteils Kosteneinsparungen, die die Tarifprämie senken; wird allerdings der Selbstbehalt überschritten, sind alle Rechnungen – auch diejenige, die unter den SB-Abzug fallen – einzureichen und zu regulieren. Dabei zeigt sich in praxi, dass die Selbstbehalte höhere Einsparungen bewirken: die beobachteten Erstattungsreduzierungen sind höher als die nominellen gemäß des tariflichen Leistungsversprechens. Die Unterschiede im Leistungsversprechen sind objektiv, die darüberhinausgehenden subjektiv; daher wird die übermäßige Einsparung Subjektivität genannt. Es ist beobachtbar, dass mit der Höhe der Selbstbehalte die Subjektivitäten überproportional zunehmen. (Bei geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarifen ist die Beitragsdifferenz nicht nur auf die Subjektivität zurückzuführen, sondern auch auf das Frauen-Männer-Verhältnis.)

Bei der absoluten Selbstbeteiligung, der sogenannten Abzugsfranchise, erstattet der Versicherer die Rechnungen eines Kalenderjahres in voller Höhe

unter Abzug des vereinbarten Selbstbehalts, nachdem dieser Wert überschritten ist.

Bei der prozentualen Selbstbeteiligung, der sogenannten Integralfranchise, trägt der Versicherte bei jeder Rechnung den vereinbarten Prozentsatz der Kosten selbst, der Komplementwert wird vom Versicherer erstattet.

Auf Grund der permanenten Rechnungssteuerung birgt ein prozentualer Selbstbehalt höhere Kosteneinsparungspotentiale als ein absoluter, da es im zweiten Fall jenseits des Grenzwertes keine Rechnungssteuerung mehr gibt.

Allerdings kann ein prozentualer Selbstbehalt für die Versicherten ein unüberschaubares Risiko bergen, wenn von jedem Betrag ein gewisser Prozentsatz selbst zu zahlen ist, insbesondere bei Hochkostenfälle von 500 Tsd. Euro, die durchaus auftreten. Daher wird bei prozentualen Selbstbeteiligungen die Höhe des selbstzutragenden Anteils auf einen absoluten Höchstbetrag begrenzt, der gemäß der Pflicht zur Versicherung maximal 5000 Euro betragen darf (dazu Abschnitt 3.1.1, p. 67). Bei einer prozentualen Selbstbeteiligung bis zum einem SB-Höchstbetrag hat der Versicherungsnehmende von jeder Rechnung den prozentualen Anteil selbst zu übernehmen – bis der SB-Höchstbetrag erreicht wird.

Bei absoluten Selbstbehalten gibt es dagegen das Problem der Entwertung, da sich absolute Geldbeträge im Laufe der Zeit durch Inflation entwerten, wodurch der kostensparende Steuerungseffekt nachlässt. Daher lässt der Gesetzgeber zu, dass die Höhe von Selbstbehalten zusammen mit Beitragsanpassungen geändert werden können (§ 203 „Prämien- und Bedingungsanpassung“ Absatz 2 VVG: Bei einer Prämienanpassung darf „auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst [...], soweit dies vereinbart ist“).

Eine absolute Selbstbeteiligung kann als prozentuale Selbstbeteiligung zu 100 Prozent mit dem SB-Höchstbetrag in Höhe des absoluten Selbstbehaltes interpretiert werden.

Selbstbehalte gibt es vorwiegend in Ambulant- oder Kompakttarifen, zum Beispiel 100, 250, 500, 1000, 2000 Euro oder mehr als absolute Selbstbeteiligungen resp. 20 Prozent bis maximal 1000 Euro als gedeckelter prozentualer Selbstbehalt (was einer Rechnungssteuerung bis 5000 Euro entspricht, unter diesen Betrag fällt der Großteil der Jahresschäden). Selbstbeteiligungen verstehen sich i.d.R. auf ein Kalenderjahr. In der letzten Zeit kamen vermehrt sogenannte Großschadenttarife mit jährlichen Obergrenzen für Selbstbeteiligungen von bis zu 5000 Euro auf den Markt, was den maximal zulässigen Betrag darstellt, womit eine Versicherung noch der Pflicht zur Versicherung genügt (dazu Abschnitt 3.1.1, p. 67).

Im reinen stationären Bereich sind wegen der kaum möglichen Steuerung und der Höhe der dort anfallenden Kosten i.d.R. keine Selbstbehalte vorgesehen, allerdings erstrecken sich in Kompakttarifen tarifübergreifende Selbstbeteiligungen teilweise auch über den stationären Bereich.

Im reinen Zahnbereich wird oftmals mit reduzierten Erstattungsprozentsätzen – bei unbegrenzten Eigenbeteiligungen, die nicht als Selbstbehalte bezeichnet werden – schon die Leistungsanspruchnahme gesteuert (dazu Abschnitt 3.1.9, p. 80), so dass ein zusätzlicher Selbstbehalt unübersichtlich und wenig kundenorientiert wäre. Allerdings erstrecken sich in Kompakttarifen teilweise tarifübergreifende Selbstbeteiligungen auch über den Zahnbereich (so dass es hier zu doppelten Abzügen kommen kann, erst die Eigenbeteiligung bezüglich des reduzierter Erstattungsprozentsätze und so dann bezüglich der tarifübergreifenden Selbstbeteiligung).

Bei der Ausgestaltung des individuellen Versicherungsschutzes ist zu beachten, dass Selbstbehalte in voller Höhe von den Versicherten selbst zu tragen sind, die günstigeren Tarifprämien bei höheren Selbstbeteiligungen dagegen den Arbeitnehmendenzuschuss (dazu Abschnitt 1.2.6, p. 28) reduzieren und den Steuerfreibetrag (dazu Abschnitt 5.16, p. 130) herabsetzen können. Für Arbeitnehmende, deren PKV-Beiträgen unterhalb des GKV-Höchstbeitrages liegen und damit den Arbeitgebendenzuschuss nicht in voller Höhe ausschöpfen, lohnt es sich daher i.d.R. kaum, Tarife mit höheren Selbsthalten zu wählen. Für Versicherungsnehmende, die ihre Beiträge vorwiegend selbst zu zahlen haben (beispielsweise Freiberufler, Selbständige, Rentner oder Arbeitnehmende mit Gesamtbeiträgen über dem GKV-Höchstbeitrag) sind höhere Selbstbehalte oft von finanziellem Vorteil, da mit der Selbstbeteiligung die Subjektivität die Beiträge vergünstigt.

Tarife ohne Selbstbeteiligung verleiten die Versicherten evtl. zu unbedachter erhöhter Inanspruchnahme medizinischer Güte, was sich unmittelbar auf die Tarifbeiträge verteuern auswirkt. Um dennoch die Versicherten zu einem überlegten Verhalten anzuhalten, können für Teilleistungen wie Arznei-, Heil-, Hilfsmittel und Sehhilfen Eigenbeteiligungen oder spezielle Regelungen (Generika statt Originalpräparat) in die Tarifleistung oder eine Beitragsrückerstattung (dazu Abschnitt, 3.1.12, p. 87) aufgenommen werden.

3.1.12 Beitragsrückerstattungen.

Wie Selbstbehalte (dazu Abschnitt 3.1.11, p. 83) haben Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit [BRE] (i.S.v. Barausschüttungen, und nur diese werden in diesem Abschnitt betrachtet) den Zweck, Leistungsausgaben und Verwaltungsausgaben und damit Tarifprämien zu senken. Sie werden gewährt, sofern für die versicherte Person über einen bestimmten Zeitraum –

i.d.R. ein Kalenderjahr – keine Tarifleistungen in Anspruch genommen wurden und können somit als pauschale Abgeltung von kleineren Schäden angesehen werden.

Dabei kann es von Vorteil sein, gewisse Beträge bei der Versicherung nicht geltend zu machen und selbst zu begleichen, um so in den Genuss der BRE zu kommen. Durch diese Selbstzahlung und der damit verbundenen entlastenden Steuerung ergibt sich die beabsichtigte Senkung der Leistungsausgaben, zudem fallen hierbei weniger zu regulierende Belege an.

Wenn allerdings der BRE-Betrag von den Erstattungen übertroffen wird, werden diese i.d.R. dann in kompletter Höhe ohne Abzüge erstattet, so dass dann die prämienmindernde BRE-Wirkung entfällt. Daher gibt es Tarife, die sowohl eine BRE als auch eine Selbstbeteiligung vorsehen.

Bei der BRE sind verschiedene parallele Systeme zu unterscheiden:

- *Erfolgsunabhängige* Beitragsrückerstattung [eu BRE].
- *Erfolgsabhängige* Beitragsrückerstattung [ea BRE].

Die *erfolgsunabhängige* Beitragsrückerstattung [eu BRE] ist eine tarifspezifische tariflich garantierte Leistung, die in den Versicherungsbedingungen festgelegt ist. Bei Leistungsfreiheit wird entweder ein absoluter Betrag oder ein prozentualer Anteil der bezahlten Beiträge zurückerstattet, dabei können sowohl Absolutbetrag als auch Prozentanteil bei aufeinander folgenden Jahren der Leistungsfreiheit kontinuierlich bis zu Höchstwerten ansteigen. I.d.R. wird die eu BRE nur in Kostenvollversicherungstarife mit Ambulantleistungen (Kompakt- oder reine Ambulanttarife) integriert. Da diese Leistung für das VU verpflichtend ist, ist sie in die Prämien an Hand eines Beitragszuschlages einzurechnen.

Eine weitere Form der tariflichen *erfolgsunabhängigen* BRE [eu BRE] ist das selten umgesetzte Prinzip des Leistungsfreiheitsrabatt-Systems: ähnlich der Schadenfreiheitsrabatte in der Kfz-Versicherung steigt oder sinkt dieser Rabatt bei Leistungsfreiheit resp. -inanspruchnahme jährlich beispielsweise um zehn Prozentpunkte (in einem Intervall zwischen 40 und 0 Prozent). Auch die Finanzierung dieser Rabatte ist in die Prämien einzurechnen.

Die *erfolgsabhängige* Beitragsrückerstattung [ea BRE] ist nicht tariflich garantiert, sondern wird ggf. jedes Jahr in Höhe und Umfang aufs Neue ausgelobt und den Versicherungsnehmern mitgeteilt, sofern Mittel dafür zur Verfügung stehen. Im Gegensatz zur eu BRE wird nämlich die dafür notwendige Finanzierung nicht in die Prämien einkalkuliert, sondern hängt vom Geschäftserfolg des Versicherungsunternehmens ab, da die ea BRE (indirekt) aus den erwirtschafteten Überschüssen finanziert wird. Bei Leistungsfreiheit wird i.d.R. entweder eine gewisse Anzahl an bezahlten Monatsbei-

trägen oder ein prozentualer Anteil der Summe der bezahlten Beiträge zurückerstattet, dabei können sowohl Anzahl als auch Anteil bei aufeinander folgenden Jahren der Leistungsfreiheit kontinuierlich bis zu Höchstwerten gestaffelt werden. Die eu BRE wird in speziell ausgewählte Tarife integriert, dagegen erstreckt sich die ea BRE auf Tarifgruppierungen, so beispielsweise auf Tarife mit ambulanten oder Zahnleistungen der Krankheitskostenvoll- und -zusatzversicherung, reine Stationärтарife oder Tagegeldtarife sind oftmals von der ea BRE ausgenommen.

Der Nachteil von Beitragsrückerstattungen, insbesondere der sich allmählich erhöhenden, ist die Verschleppung von notwendigen Heilbehandlung oder unterbleibende Vorsorgeuntersuchungen vor dem Hintergrund, die BRE zu erhalten. Dem Vorsorge-Manko beugen manche Tarife vor, indem Vorsorgeaufwendungen erstattet werden, ohne – andersweitige Schadenfreiheit vorausgesetzt – die BRE zu verwirken, denn Vorsorge reduziert zu einem späteren Zeitpunkt die Krankheitskosten.

Zu beachten ist, dass die Rückerstattungsbeträge sowohl der erfolgsunabhängigen als auch der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung die steuerlich absetzbaren Beiträge vermindern (dazu Abschnitt 5.16, p. 130).

Für Arbeitnehmende, deren Beiträge von Arbeitgebenden bezuschusst werden, lohnt es sich oftmals, Tarife mit integrierter eu BRE abzuschließen, da die Rückerstattungsbeträge (auch die der ea BRE) nicht mit dem Arbeitgeberzuschuss verrechnet werden.

Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) achtet bei der Ausgestaltung der eu BRE auf eine sachgerechte Höhe, um so die Arbeitgebenden durch überhöhte BRE-Beträge nicht überzubelasten. So wird beispielsweise Tarifen mit einer eu BRE des halben Jahresbeitrags und höher die Arbeitgeberzuschussfähigkeit versagt.

Anmerkung: Eine weitere Art der Beitragsrückerstattung ist die Rückgewähr von Überschüssen durch Gewährung von prämiemindernden Rabatten (beispielsweise bei Limitierungen im Rahmen von Prämienanpassungen). Sie erfolgt im Gegensatz zur Barausschüttung nicht individuell bezogen auf Leistungsfreiheiten, sondern für Versichertenkollektive.

3.1.13 Optionen.

Niederwertige Tarife oder Einsteigertarife, d.h. Tarife mit teilweise stark eingeschränktem Leistungsspektrum, die für Existenzgründer zum PKV-Einstieg konzipiert sind, beinhalten oftmals sogenannte Optionen, die Wechsel in höherwertige Tarife ohne erneute Risikoprüfung (dazu Abschnitt 5.12, p. 130) ermöglichen, so dass für die Mehrleistung kein zusätzlicher Risiko zu-

schlag erhoben werden darf. Um Ausnutzungstendenzen bei den Versicherten vorzubeugen, werden sowohl Wechselzeitpunkte als auch mögliche Wechseltarife mehr oder weniger restriktiv in den Versicherungsbedingungen festgelegt.

Da das Versichertenkollektiv der aufnehmenden Tarife durch diese Tarifwechsler – auf Grund der fehlenden Gesundheitsüberprüfung für die Mehrleistung – nicht belastet werden darf, ist für die versicherten Personen in den Ursprungstarifen ein zusätzlicher Betrag in die Prämien einzurechnen, mit dem im Zieltarif eine Art von Risikozuschlag zur dauerhaften Schadenreduzierung finanziert wird; die Option ist im Prinzip eine Risikoteilantwortschaftsversicherung (dazu Abschnitt 3.7, p. 100).

Allerdings hat es sich in der Vergangenheit gezeigt, dass die Versicherten der Einsteigertarife oftmals ihre Option auf höherwertige Tarife nicht ausgeübt haben und stattdessen in den niederwertigeren Tarifen mit geringem Leistungsspektrum (das oftmals dem Mindestleistungs- oder dem GKV-Katalog nicht genügt, dazu Abschnitt 3.1, p. 67) verblieben sind. Dieses unerwünschte Verhalten hatte zur Folge, dass diese geringleistende Tarife größtenteils wieder vom Markt genommen worden sind.

3.2 GKV-Ergänzungsversicherung (Selbständige Teilversicherung).

GKV-Ergänzungstarife umfassen Leistungen für GKV-Versicherte, für die die GKV nicht zahlt, sie sind speziell für GKV-Versicherte konzipiert und können alleinig von ihnen abgeschlossen werden. Im umgangssprachlichen Gebrauch wird diese Versicherung oft als Zusatzversicherungen bezeichnet, in der fachspezifischen Sprache wiederum als selbständige Teilversicherungen.

In Folge der Leistungskürzungen bei der GKV erhalten GKV-Ergänzungstarife eine immer mehr anwachsende Bedeutung für die PKV, insbesondere im Zahnbereich.

Die PKV-Unternehmen reagieren bei bevorstehenden gesetzlichen Leistungsänderungen sehr schnell und konzipieren neue GKV-ERGÄNZUNGSTARIFE, so dass diese dann zum Datum des Wirksamwerdens der Leistungskürzung für die Kunden bereit stehen – manchmal auch mit der Folge, dass diese Tarife wieder abgewickelt werden, ohne je wirklich funktional geworden zu sein, da die GKV-Modifikationen zurückgenommen oder gar nicht in Kraft getreten sind.

Wie in der Krankheitskostenvollversicherung werden auch in der selbständigen Teilversicherung die Leistungen in die drei Leistungsbereichen ambulant, stationär und zahn aufgeteilt, wobei auch Tarife angeboten werden, die Leistungen aus mehreren Bereichen beinhalten.

- Ambulante Tarife sehen zum Beispiel Zuschüsse zu Arznei-, Heil-, Hilfsmittel, Sehhilfen, Hörgeräten, Vorsorgeuntersuchungen oder die Erstattung von Heilpraktikerrechnungen oder Praxisgebühren (erhoben in den Jahren 2004-12) vor.
- Stationäre Tarife erstatten beispielsweise die Wahlleistungen im Krankenhaus wie Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) oder die Behandlung durch den Chefarzt (Wahlleistung Arzt) oder die Mehrkosten auf Grund freier Krankenhauswahl; bei Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen kann ein Ersatz-Krankenhaustagegeld vorgesehen werden.
- Zahntarife beinhalten beispielsweise Leistungen für Zahnersatz, Zahnbehandlung, Inlays und Kieferorthopädie. Etabliert hat sich die prozentuale Erstattung des Gesamtrechnungsbetrages unter Einrechnung der GKV-Vorleistungen bis zu einer festgelegten Höchstgrenze.

Auf Grund der unterschiedlichen Abrechnungen von GKV- und PKV-Versicherten bieten Unternehmen teilweise als Leistungskatalog von GKV-Ergänzungsversicherungen die Differenz zwischen beiden Krankenversicherungs-

systemen – unter Einbeziehung der GKV-Leistungen – an, wozu dann beispielsweise auch die Aufnahme in Privatkliniken gehören kann; der Versicherte ist dann quasi PKV-versichert.

3.3 Krankenhaustagegeldversicherung.

Die Krankenhaustagegeldversicherung [KHT] ist sowohl für GKV- als auch für PKV-Versicherte gleichermaßen konzipiert. Für jeden Tag eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes, einschließlich der Aufnahme- und Entlassungstage, auch für Sams-, Sonn- und Feiertage, wird der vertraglich vereinbarte Geldbetrag ausbezahlt.

Da der Beitrag relativ günstig ist, werden Krankenhaustagegeldversicherungen meistens ohne Karenzzeiten angeboten (eine Karenzzeit bezeichnet denjenigen Zeitraum, in dem noch keine Leistungen gewährt werden, obwohl der Ursprung des versicherten Umstands bereits eingetreten ist), d.h. am dem ersten Tag des Krankenhausaufenthaltes.

Die Leistungsbeträge sind per se zweckungebunden und stehen den Patienten ohne Kostennachweise zur freien Verfügung (ein Nachweis über die Dauer des stationären Aufenthaltes ist dennoch zu erbringen). Sie sollen insbesondere nicht gedeckte Krankenhauskosten finanzieren, sei es die Eigenbeteiligung bei GKV-Versicherten, Kosten für Haushaltshilfen oder anderweitigen Stellvertretungen, für die Unterbringung von Begleitpersonen der Patienten (rooming in), für Besucherfahrten oder auch gesundheitsfördernde Extras während des stationären Aufenthaltes wie zusätzliche Getränke und Speisen, Blumen oder Lektüre. Für Selbständige kann das Krankenhaustagegeld aber auch elementar Einnahmeausfälle abdecken.

Das Krankenhaustagegeld kann auch eine Versicherung der stationären Wahlleistung Unterkunft ersetzen oder aufstocken, da diese Kosten überschaubar sind. Die Unterbringung kostete nämlich im Jahr 2015 in Deutschland pro Tag im Einbettzimmer durchschnittlich knapp 95 Euro, im Zweibettzimmer durchschnittlich knapp 50 Euro.

Werden Krankenhaustagegeldversicherungen neben substitutiven Krankheitskostenvollversicherungen abgeschlossen, sind die Beiträge arbeitgebendenzuschussfähig (im Rahmen des maximalen Betrages, dazu Abschnitt 1.2.6, p. 28), sie sind jedoch nicht steuerbefreit (dazu Abschnitt 5.16, p. 130).

3.4 Krankentagegeldversicherung.

Mit der Krankentagegeldversicherung [KT] werden monetäre Ausfälle auf Grund von Arbeitsunfähigkeit in Folge von Krankheit oder Unfall ausgeglichen. Diese Versicherung ist sowohl für PKV-Vollversicherte als auch für GKV-Versicherte relevant. Die Tagegeldhöhe, d.h. der täglich (auch für Sams-, Sonn- und Feiertage) ausbezahlt Geldbetrag während der Arbeitsunfähigkeit, wird vertrags-individuell vereinbart, darf aber – auch in Summe mit anderen gesetzlich oder privat versicherten Krankengeldern – das Nettoeinkommen nicht überschreiten.

Krankentagegeldtarife werden mit unterschiedlichen sogenannten Karenzzeiten angeboten. Eine Karenzzeit bezeichnet denjenigen Zeitraum, in dem noch keine Leistungen gewährt werden, obwohl der Ursprung des versicherten Umstands bereits eingetreten ist. So wird beispielsweise bei einer 42-tägigen / sechswöchigen Karenzzeit erst ab dem 43. Krankheitstag das Krankentagegeld geleistet. Karenzzeiten sind mit prämiensparenden Selbstbehalten bei einer Krankheitskostenversicherung (dazu Abschnitt 3.1.11, p. 83) vergleichbar.

Für PKV-Vollversicherte ist diese Versicherung von existenzieller Bedeutung. Da nämlich i.d.R. bei Arbeitnehmenden die gesetzlich vorgeschriebene Entgeltfortzahlung durch die Arbeitgebende nach wenigstens sechs Wochen endet (manche Arbeitgebende gewähren jedoch auch längere oder gestaffelte Lohnfortzahlungen je nach Betriebszugehörigkeit) resp. bei Freiberufler und Selbständigen ab dem ersten Tag des Arbeitsausfalls die Einkünfte ganz oder teilweise wegfallen (bei laufenden Betriebskosten). Beihilfeempfangende benötigen i.d.R. keine Krankentagegeldversicherungen, da es im öffentlichen Dienst eine unbeschränkte Gehaltsfortzahlung gibt.

Für Freiberufler und Selbständige werden Karenzzeiten von wenigen Tagen oder Wochen, für Arbeitnehmende von sechs oder mehr Wochen angeboten. Je länger die Karenzzeit ist, desto günstiger werden die dafür notwendigen Prämien, so dass viele Versicherte ihre Krankentagegelder in der Höhe nach unterschiedlichen Karenzzeiten aufteilen – im Bewusstsein, den Einnahmenausfall nicht vom ersten Tag an in voller Höhe auszugleichen.

Beim Abschluss der versicherten Tagegelder ist darauf zu achten, dass die Summe dabei die Summe das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht überstiegen darf.

Das Krankentagegeld wird grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung bezahlt, endet aber sobald ein anderer Träger für den Entgeltausfall zum Beispiel wegen Erwerbsunfähigkeit aufzukommen hat.

Auch für GKV-Versicherte führen längere Krankheiten zu empfindlichen Einbußen, da das von der GKV bezahlte Krankengeld 70 Prozent des regelmäßigen beitragspflichtigen Arbeitseinkommens, höchstens jedoch 90 Prozent

des Nettoarbeitsentgelts beträgt – jedoch begrenzt auf Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (das sind 2017 maximal 3.045,00 Euro p.m., 70 Prozent von 4.350,00 Euro). Insbesondere für freiwillig versicherte Arbeitnehmende ist eine solche zusätzliche Absicherung empfehlenswert, da ihr Verdienst über der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

Bei Bezug von Renten oder Beendigung der selbständigen Arbeit endet i.d.R. die Krankentagegeldversicherung – daher ist diese Versicherung vom zehnzehnten gesetzlichen Zuschlag (dazu Abschnitt 5.22, p. 130), der alleinig der Beitragsentlastung im Alter (ab 65) dient, befreit.

Da die GKV das Krankentagegeld im Leistungskatalog hat, gehört diese Versicherung bei substitutiv versicherten Arbeitnehmenden zur substitutiven Krankenversicherung, so dass die Beiträge in vollem Umfang arbeitgebendenzuschussfähig sind (im Rahmen des maximalen Betrages, dazu Abschnitt 1.2.6, p. 28). Von der Steuerbefreiung sind Krankentagegeldversicherungen explizit ausgenommen (dazu Abschnitt 5.16, p. 130).

§ 196 „Befristung der Krankentagegeldversicherung“ Absatz 1 VVG gestattet, dass bei Krankentagegeldversicherung vereinbart werden kann, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person planmäßig endet – die Kalkulation erfolgt demgemäß mit abgekürztem Endalter mit Bildung einer Alterungsrückstellung. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten gestattet § 146 „Substitutive Krankenversicherung“ Absatz 3 VAG, dass die Prämien ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert werden können.

3.5 Kurtagegeldversicherung und Kurkostenversicherung.

Kurtarife gibt es in zwei grundverschiedenen Ausführungen, zum einen als Tagegeld- und zum anderen als Kostenerstattungstarife. Beide Tarifarten leisten nur bei Kuren als medizinisch notwendige Maßnahmen.

Bei Tagegeldtarifen wird das vereinbarte Tagegeld für jeden Tag der Kur gezahlt, unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten, für die Leistung genügt ein Nachweis über die Dauer des Kuraufenthaltes und der medizinischen Notwendigkeit. Bei Kostenerstattungstarifen werden die tatsächlich entstandenen Kosten für die Kur erstattet, wozu die diesbezüglichen Rechnungen notwendig sind, dazu ein Nachweis der medizinischen Notwendigkeit.

Da Kuraufenthalte teilweise individuell steuerbar sind, wird bei marktgängigen Tarifen der Leistungsumfang auf eine begrenzte Anzahl von Tagen mit einem begrenzten Tagegeld resp. auf einen beschränkten Höchstleistungsbetrag fest umrissen, ferner der Zeitraum, in dem Kurleistungen bezahlt werden, der sich über mehrere Jahre erstrecken kann.

GKV-Versicherte haben für Kuren, sofern sie von der Kasse genehmigt werden, Eigenbeteiligungen zu entrichten. Bei PKV-Versicherten leisten die Krankheitskostenvolltarife oftmals gar nicht für Kuren. Gemäß ihrer individuellen Einschätzungen der Bedürfnisse sichern somit Versicherte beider Gruppierungen den potentiellen Bedarf ab.

Werden Kurversicherungen neben substitutiven Krankheitskostenvollversicherungen abgeschlossen, sind die Beiträge arbeitgebendenzuschussfähig (im Rahmen des maximalen Betrages, dazu Abschnitt 1.2.6, p. 28), sie sind jedoch nicht steuerbefreit (dazu Abschnitt 5.16, p. 130).

3.6 Besondere Versicherungsformen.

3.6.1 Auslandsreisekrankenversicherung.

Auslandsreisekrankenversicherungen leisten für unvorhergesehene Krankheitskosten während eines Auslandsaufenthaltes und oftmals auch für medizinisch notwendige Krankenrücktransporte. Hierfür gibt es – zumeist recht preisgünstige – Tarife für kürzere und längere zusammenhängende Auslandsaufenthalte, auch für mehrere innerhalb eines Zeitraumes, unabhängig vom Grund des Auslandsaufenthaltes (Urlaub, Studium oder Beruf). Die Einschränkung „unvorhergesehen“ zielt darauf ab, dass die Behandlungskosten im Ausland, sofern der Grund für den Auslandsaufenthalt eine medizinische Behandlung ist, i.d.R. von der Erstattung ausgenommen sind, da es sich hierbei im versicherungstechnischen Sinn um kein zufälliges Ereignis handelt.

Für GKV-Versicherte ist eine Reisekrankenversicherung wegen der beschränkten GKV-Auslandsleistungen angeraten. Nur in denjenigen Ländern, mit denen Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat (das sind alle EU-Länder sowie die meisten anderen europäischen Länder, für Großbritannien muss dies nach dem Brexit verhandelt werden), erfolgt bei Vorlage eines entsprechenden Krankenscheins eine (teilweise) Kostenübernahme durch die GKV, wobei die Leistungen länderspezifisch sind und teilweise Restkosten verbleiben. In allen übrigen Ländern besteht gar kein GKV-Versicherungsschutz.

Eine PKV-Vollversicherung beinhaltet i.d.R. mindestens einen einmonatigen Versicherungsschutz im kompletten europäischen Ausland, wobei allerdings die Erstattungsbeträge auf das ortsübliche Maß oder auf die entsprechenden in Deutschland anfallenden Kosten beschränkt sind und Krankenrücktransporte, auch medizinisch notwendige, nicht berücksichtigt werden, so dass Restkosten entstehen können. Viele Vollversicherungstarife bieten jedoch darüber hinaus erweiterten Schutz hinsichtlich Dauer, Gebiet oder Leistungen.

Ist bei PKV-Versicherten der Auslandsaufenthalt länger, als die tarifliche Leistungspflicht, ist eine entsprechende Absicherung der Krankheitskosten unablässig, entweder durch einen entsprechenden Reisekrankenentwurf oder durch eine Absprache mit dem Versicherer (ggf. sind für einige Länder, wie z.B. die USA, Schweiz oder Österreich, spezielle Zuschläge zu entrichten).

Darüberhinaus kann die Reisekrankenversicherung zusätzlich eine sinnvolle Ergänzung darstellen, um so ggf. Beitragsrückerstattungen bei Leistungsfreiheit (dazu Abschnitt 3.1.12, p. 87) nicht zu verwirken oder keine Restkosten selbst bezahlen zu müssen.

Gemäß § 146 „Substitutive Krankenversicherung“ Absatz 3 VAG und § 195 „Versicherungsdauer“ Absatz 2 VVG können als Ausnahme Auslandsreisekrankenversicherungen befristet oder ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.

3.6.2 Ausländerkrankenversicherung.

Bieten Auslandsreisekrankenversicherungen zeitlich befristeten Krankenschutz für Deutsche im Ausland an, sind Ausländerkrankenversicherungen für Nicht-Deutsche während ihres mittelfristigen, zumeist berufsbedingten Deutschlandaufenthaltes gestaltet.

Diese Tarife haben grundsätzlich substitutiven Charakter, ihre Leistungen entsprechen im Großen und Ganzen denen der regulären Krankheitskostenvollversicherungen (dazu Abschnitt 3.1, p. 67).

Gemäß § 146 „Substitutive Krankenversicherung“ Absatz 3 VAG und § 195 „Versicherungsdauer“ Absatz 3 VVG kann für die Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet, in diesem Fall kann sie ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden. Die Gesamtlaufzeit solcher Versicherungen unter Miteinrechnung von Verträgen auch bei anderen Versicherer darf fünf Jahre nicht überschreiten.

3.6.3 Spezielle Ausschnittsversicherung.

Diese Versicherungen decken ein spezielles Risiko ab, zum Beispiel alleinig die Kosten von Sehhilfen. Da die Kalkulation unter Sonderbedingungen erfolgt, gilt diese Versicherungsart nicht als Zusatzkrankheitskostenversicherung.

Die Bedeutung dieser Versicherungsart ist sehr verschwindend.

3.6.4 Restschuldversicherung.

Die Restschuldversicherung ist eine Spezialvariante der Krankentagegeldversicherung (dazu Abschnitt 3.4, p. 94) und wird nur im Rahmen eines Kreditvertrages abgeschlossen.

Im Falle der Arbeitsunfähigkeit der Versicherten werden die Kreditraten übernommen, so dass sich die vereinbarte Tagegeldhöhe an den Kreditraten orientiert und die Versicherungsdauer auf die Kreditlaufzeit befristet ist. Im Krankheitsfall können die Versicherten also weiterhin ihre Ratenzahlungsverpflichtungen erfüllen, was eine Sicherheit für die Kreditgeber ist.

Gemäß § 146 „Substitutive Krankenversicherung“ Absatz 3 VAG und § 195 „Versicherungsdauer“ Absatz 2 VVG können Restschuldversicherung befristet oder ohne Alterungsrückstellung kalkulierte werden.

Die Bedeutung dieser Versicherungsart ist sehr verschwindend.

3.6.5 Beihilfeablöseversicherung.

Bei der Beihilfeablöseversicherung sind die Versicherungsnehmer (VN) stets von den versicherten Personen (VP) verschieden, da diese Versicherung nur von – vorwiegend kleineren – beihilfeleistenden Stellen wie Kommunen abgeschlossen wird. Im Krankheitsfall von Beihilfeberechtigten (als VP) werden die notwendigen Beihilfezahlungen übernommen. Sie ist quasi das Gegenstück zu den Beihilfetarifen (dazu Abschnitt 3.1.4, p. 72).

Die Bedeutung dieser Versicherungsart ist gering.

3.6.6 Lohnfortzahlungsversicherung.

Auch bei der Lohnfortzahlungsversicherung sind die Versicherungsnehmer (VN) stets von den versicherten Personen (VP) verschieden, da diese Versicherung nur von – vorwiegend kleineren – Arbeitgebenden abgeschlossen wird. Im Krankheitsfall von Arbeitnehmenden werden die notwendigen Entgeltfortzahlungen (i.d.R. bis zu sechs Wochen) übernommen. Sie ist quasi das Gegenstück zu den Krankentagegeldtarifen (dazu Abschnitt 3.4, p. 94).

Die Bedeutung dieser Versicherungsart ist sehr verschwindend.

3.7 Anwartschafts- und Optionsversicherungen.

Für Versicherte in Tarifen nach Art der Lebensversicherung garantierte § 204 „Tarifwechsel“ Absatz 4 VVG die Möglichkeit, für diejenige Zeit, in der vorübergehend Ansprüche auf tarifliche Leistungen nicht notwendig sind, Tarife in Anwartschaftsversicherungen [AwV] umzustellen, beispielsweise für die Vollversicherung während einer vorübergehenden GKV-Pflichtversicherung, eines Anspruchs auf freie Heilfürsorge im Wehrdienst oder einer andersweitigen Versicherung. In Zeiten finanzieller Engpässe können Versicherungen, die nicht zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (dazu Abschnitt 5.15, p. 130) gehören, ebenfalls zu leistungsfreie Anwartschaftsversicherungen abgeändert werden.

Anwartschaftsversicherungen berechtigten die Versicherten, zu einem späteren Zeitpunkt den ursprünglichen Versicherungsschutz unter Wahrung gewisser bestehender Rechte wieder zu erlangen, dazu gehören die Anrechnung von Alterungsrückstellungen und keine erneute Risikoprüfung oder Leistungsausschlüsse.

Unter Anwartschaften werden vier Arten subsumiert:

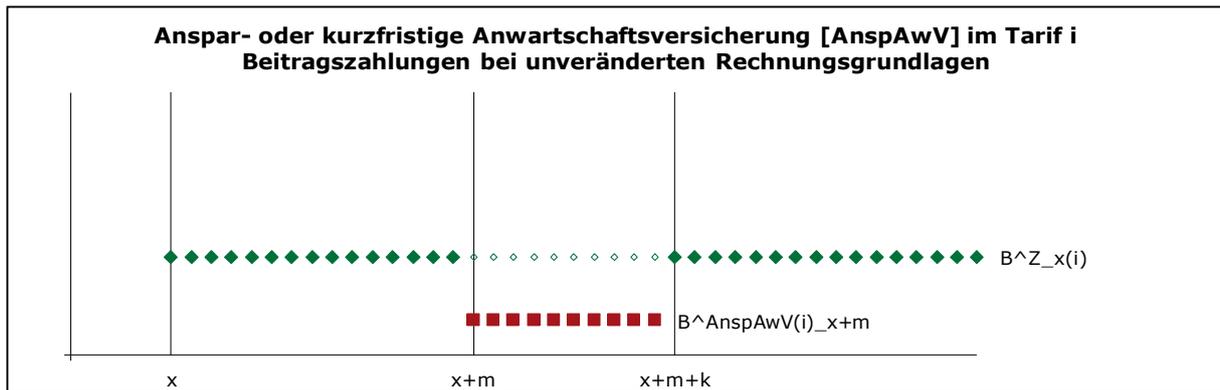
- Anspar-, kurzfristige oder große Anwartschaftsversicherung [AnspAwV],
- Risiko-, langfristige, Risiko- oder kleine Anwartschaftsversicherung [RisAwV],
- Teilanwartschaftsversicherung [TeilAwV],
- Optionsversicherung [OptVers].

Zu weiteren Ausführungen und mathematischen Betrachtungen auch Kapitel „Anwartschaften und Optionen“.

3.7.1 Anspar-, kurzfristige oder große Anwartschaftsversicherung.

Beschreibung und systematischer Beitragsverlauf der Anspar-, kurzfristigen oder großen Anwartschaftsversicherung [AnspAwV].

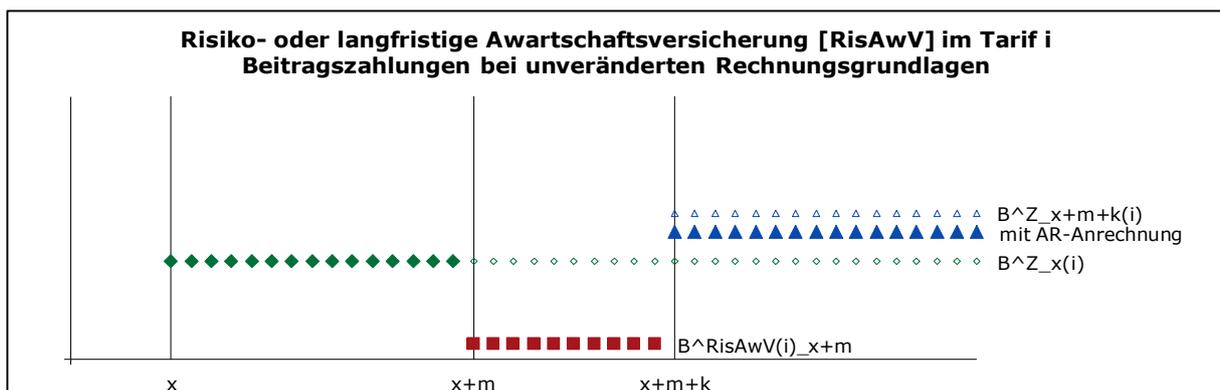
Während der AnspAwV-Zeit im Tarif i wird genau dieselbe Alterungsrückstellung aufgebaut, wie bei einer normal leistenden Versicherung, allerdings ist das aktuelle Krankheitsrisiko vorübergehend nicht versichert; der Zweck der AnspAwV ist die Beibehaltung des ursprünglichen Gesundheitszustandes und der unveränderte Ansparprozess, so dass nach der Umstellung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz derselbe Beitrag zu entrichten ist, wie wenn die Versicherung die ganze Zeit unverändert fortgeführt worden wäre (x : Eintrittsalter, $x+m$: Alter bei Übergang zur AnspAwV, $x+m+k$: Alter bei Übergang aus AnspAwV).



3.7.2 Risiko-, langfristige oder kleine Anwartschaftsversicherung.

Beschreibung und systematischer Beitragsverlauf der Risiko-, langfristigen oder kleinen Anwartschaftsversicherung [RisAwV].

Während der RisAwV im Tarif i ist das aktuelle Krankheitsrisiko vorübergehend nicht versichert und wird keine zusätzliche Alterungsrückstellung aufgebaut, allerdings werden vorhandene Alterungsrückstellungen weitergeführt; der Zweck der RisAwV ist die Beibehaltung des ursprünglichen Gesundheitszustandes und Aufrechterhaltung der bereits angesparten Alterungsrückstellung (ohne Einfluss auf RisAwV-Prämie), so dass nach der Umstellung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz der Beitrag zum dann erreichten Alter abzüglich von Rabatten aus der vorhandenen Alterungsrückstellung zu entrichten ist (x : Eintrittsalter, $x+m$: Alter bei Übergang zur RisAwV, $x+m+k$: Alter bei Übergang aus RisAwV).

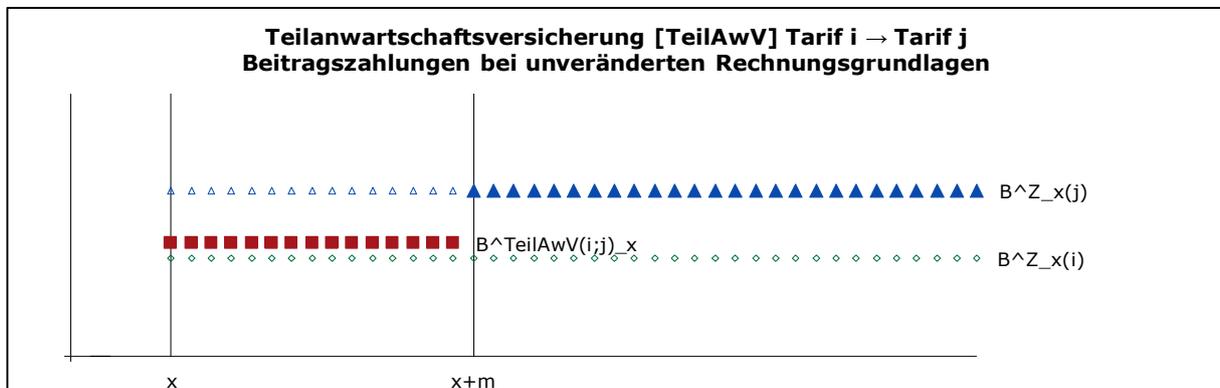


3.7.3 Teilanwartschaftsversicherung.

Beschreibung und systematischer Beitragsverlauf der Teilanwartschaftsversicherung [TeilAwV].

Während der TeilAwV-Zeit besteht in dem Tarif i Versicherungsschutz mit vollem Leistungsanspruch, hingegen ist beabsichtigt, zu einem späteren Zeitpunkt in einen höherwertigen Tarif j ohne Risikoprüfung zu wechseln (

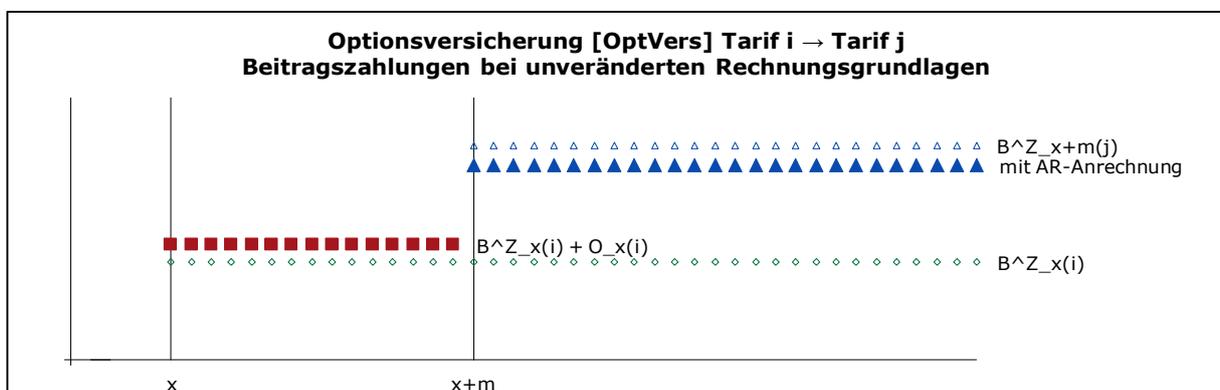
$i \rightarrow j$) und in dem neuen Tarif j dann denjenigen Beitrag zu entrichten, wie wenn die Versicherung die ganze Zeit über im Tarif j geführt worden wäre, d.h. es wird dieselbe Alterungsrückstellung aufgebaut wie im Zieltarif j ; hierbei handelt es sich im Prinzip um eine AnspAwV auf die Leistungsdifferenz (x : Eintrittsalter, $x+m$: Alter bei Übergang zum Tarif j).



3.7.4 Optionsversicherung.

Beschreibung und systematischer Beitragsverlauf der Optionsversicherung [OptVers].

Während der OptVers-Zeit besteht Versicherung mit vollem Leistungsanspruch in dem bestehenden Tarif i , hingegen ist beabsichtigt, zu einem späteren Zeitpunkt in einen höherwertigen Tarif j ohne Risikoprüfung zu wechseln, allerdings wird für den höherwertigen Zieltarif keine zusätzliche Alterungsrückstellung aufgebaut. Die Option besteht darin, bei einem Wechsel $i \rightarrow j$ in den Tarif j keine erneute Risikoprüfung zu durchlaufen, so dass für die Mehrleistung keine Risikozuschläge erhoben werden. Nach dem Wechsel ist der Beitrag des Tarifs j zum dann erreichten Alter abzüglich von Rabatten aus der vorhandenen Alterungsrückstellung zu entrichten. Es handelt sich hierbei im Prinzip um eine RisAwV auf die Leistungsdifferenz (x : Eintrittsalter, $x+m$: Alter bei Übergang zum Tarif j).



(Zu Optionen auch Abschnitt 3.1.13, p. 89).

3.8 Spezialversicherungen.

3.8.1 Gruppenversicherung.

In der PKV gilt die sogenannte Gleichbehandlung oder das sogenannte Begünstigungsverbot (§ 146 „Substitutive Krankenversicherung“ Absatz 2 VAG) gemäß § 138 „Gleichbehandlung“ Absatz 2 VAG: „Bei gleichen Voraussetzungen dürfen Prämien und Leistungen nur nach gleichen Grundsätzen bemessen werden.“ Demnach ist jeder PKV-Versicherte in vergleichbarer Situation bezüglich Leistung oder Beitrag gleichzubehandeln, eine Bevorzugung einzelner Kunden ist untersagt, die Prämienfestsetzung hat objektiven Kriterien zu folgen.

Allerdings gibt es sogenannte Gruppen- oder Kollektivversicherungen. Diese vereinbaren spezielle Versicherungsangebote, die sich nach dem Bedarf und dem Risiko bestimmter, eindeutig abgrenzbarer Personengruppen ausrichten, sofern mit diesem Personenkreis ein ausreichend umfangreicher Bestand sichergestellt und Transparenz gegeben ist.

Vertragspartner von Gruppenverträgen, also nicht der eigentlichen Versicherungsverträge selbst, können Arbeitgebende oder Verbände sein, zum Beispiel Berufsverbände oder Parteien. In diesen Gruppenverträgen werden die Regelungen zu den einzelnen Versicherungsverträgen der Berechtigten getroffen.

Bei der Gruppenversicherung sind zwei grundsätzliche Arten zu unterscheiden:

- **Beitragsnachlass:** Im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages können die Berechtigten einen Versicherungsvertrag zu günstigeren Konditionen abschließen, i.d.R. mit einem Beitragsnachlass. Die Höhe des Beitragsnachlasses ist überprüfbar nachzuweisen. Üblich sind Kosteneinsparungen bei Verwaltung oder bei der Akquisition, woraus Kostenrabatte resultieren.
- **Spezielle Tarife:** Im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages können die Berechtigten speziell für die sie kalkulierte Tarife abschließen, die zum einen günstigere Kostensätze oder zum anderen günstigere Schadenverläufe aufweisen. Beides ist überprüfbar nachzuweisen. Beispielsweise weisen Humanmediziner geringere Erstattungsbeträge auf, was auf das höhere Gesundheitsbewusstsein und bestimmte standesübliche Gepflogenheiten – wie zum Beispiel Selbstmedikation oder niedrigere Liquidation unter Kollegen – zurückzuführen ist.

3.8.2 Betriebliche Krankenversicherung.

Die betriebliche Krankenversicherung [bKV] ist noch relativ jung und im Vergleich zur betrieblichen Altersvorsorge [bAV] noch lange nicht so bekannt und etabliert. Allerdings dürfte die Attraktivität der bKV in den nächsten Jahren steigen und somit ein zukunftssträchtiger Versicherungszweig mit hohem Wachstumspotenzial werden.

Im Unterschied zur Gruppenversicherung versichern die Arbeitgebende als Versicherungsnehmer [VN] ihre gesamte Belegschaft als versicherte Personen [VP].

I.d.R. werden keine individuellen Risikozuschläge erhoben (dazu Abschnitt 5.12, p. 130), was jedoch in der Prämienfestlegung mit einem höheren Kopfschadenansatz ausgeglichen wird. Zur Risikostreuung resp. zur Vorbeugung gegen eine negative Risikoselektion werden große festumrissene Kollektive (mit Gesunden und Kränkeren) geschlossen aufgenommen.

Von einer fehlenden Risikoprüfung profitieren insbesondere diejenigen Versicherten, die bisher auf Grund ihres Gesundheitszustandes eine private GKV-Ergänzungsversicherung nicht oder nur mit Risikozuschlägen abschließen konnten; für die VU reduziert sich der Aufwand bei der Aufnahme der Versicherten.

Das angebotene Leistungsspektrum betrifft primär GKV-Ergänzungsleistungen, beispielsweise

- Zusatzkrankheitskostenversicherungen für ambulante Leistungen,
- Zusatzkrankheitskostenversicherungen für stationären Leistungen,
- Zusatzkrankheitskostenversicherungen für zahnärztliche Leistungen,
- Krankentagegeld,
- Auslandsreisekrankenversicherung,

wobei die Arbeitgebenden daraus für ihre Belegschaft spezielle Leistungskombinationen zusammenstellen; derzeit überwiegen Zahnleistungen in der bKV.

Bei der Tarifausgestaltung ist wichtig, dass die Versicherung von den Versicherten auch nach einem Arbeitsplatzwechsel oder nach dem Renteneintritt ohne Risikoprüfung weitergeführt werden kann, wenn auch zu geänderten Beitragskonditionen (zum Beispiel auf Grund der entfallenden Verwaltungskostenvergünstigung oder der Kalkulationsart) und auf eigene Rechnung.

Für Arbeitnehmende sind zwar Gehalt und Arbeitsbedingungen die entscheidenden Kriterien bei der Wahl des Arbeitsplatzes. Allerdings können zusätzliche Angebote wie Altersvorsorge, Weiterbildung, flexible Arbeitszeiten und

bKV den letztendlichen Ausschlag für die eine oder gegen eine andere Arbeitsstelle geben.

Arbeitgebende können durch diese Zusatzleistung zum einen ihre Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt steigern und zum anderen ihre Mitarbeiter besser an sich binden. Ferner lassen sich durch die verbesserte medizinische Versorgung krankheitsbedingte Ausfallzeiten reduzieren.

Die Beiträge werden entweder von den Arbeitgebenden in voller Höhe oder von den Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden zusammen übernommen. Für die Arbeitgebenden fallen die Beiträge resp. Zuschüsse zur betrieblichen Krankenversicherung unter die Betriebsausgaben und sind damit steuerlich abzugsfähig.

Attraktiv war die bKV zunächst durch ein Urteil vom Bundesfinanzhof aus dem Jahr 2011, das Versicherungsbeiträge steuer- und sozialabgabenfrei stellt, sofern sie – zusammen mit anderen Sachleistungen – 44 Euro monatlich nicht überschritten. Allerdings entfiel die Abgabenbefreiung ab Januar 2014, so dass dann die bKV-Beiträge in voller Höhe als geldwerte Vorteile zu versteuern und mit Sozialversicherungsabgaben zu belegen sind.

3.9 Beitragsentlastungstarife.

Beitragsentlastungstarife haben den Zweck, eine tariflich garantierte Beitragsreduzierung über einen festen Euro-Betrag ab einem festen Alter herbeizuführen. Sie sind eine Art Rententarife, deren Rentenleistungen zur Beitragsfinanzierung in höheren Altern verwendet werden. Ältere Versicherte trifft nämlich – bei eher vermindertem Einkommen – eine erforderliche Beitragsanpassung bezogen auf Absolutbeträge besonders heftig.

Abweichend von der Kalkulation in der Lebensversicherungsbranche werden in die Beitragsentlastungstarife auch geringe Stornowahrscheinlichkeiten eingerechnet, ferner haben sie bezüglich des Rechnungszinses und der zweigegliederten Ausscheideordnung (bestehend aus Sterbe- und Stornowahrscheinlichkeiten) Anpassungsmöglichkeiten. Eine weitere Besonderheit ist – damit sie von PKV-Unternehmen angeboten werden können –, dass der Beitrag bei unveränderten Rechnungsgrundlagen über die gesamte Vertragslaufzeit unverändert ist, d.h. dass auch während der Leistungsphase Beiträge zu entrichten sind.

Unter diesen Prämissen sind Tarife mit integrierten Beitragsentlastungskomponenten sowohl arbeitgebendenzuschussfähig (im Rahmen des Maximalbetrages, dazu Abschnitt 1.2.7, p. 32) als auch steuerabzugsfähig (wobei der spätere Entlastungsbetrag in Abzug gebracht wird, dazu Abschnitt 5.16, p. 130).

Die marktgängigen Beitragsentlastungstarife garantieren ab dem Alter 65 einen dauerhaften Beitragszuschuss in Höhe des vereinbarten absoluten Betrags. Schwierigkeiten macht nicht die Kalkulation der Beitragsentlastungstarife selbst, sondern die nicht vorhersehbare Beitragsentwicklung der zu entlastenden Tarife, also der vereinbarte Entlastungsbetrag.

Der Abschluss von Beitragsentlastungstarifen, die ab Anfang der 1990er Jahre angeboten werden, sind individuell abschließbar und vom Gesetzgeber nicht verpflichtend vorgeschrieben – im Gegensatz zum zehnpromtigen gesetzlichen Zuschlag (dazu Abschnitt 5.22, p. 130), der im Jahr 2000 eingeführt wurde.

Die Beitragsentlastungstarife sind besonders lukrativ für Arbeitnehmende, deren Arbeitgebendenzuschuss noch nicht in Gänze ausgeschöpft ist (dazu Abschnitt 1.2.7, p. 32).

3.10 Branchenweite Tarife.

Derzeit gibt es vier verpflichtenden Versicherungen für die PKV-Branche:

- der Standardtarif (dazu Abschnitt 5.17, p. 130),
- der Basistarif (dazu Abschnitt 5.18, p. 130),
- der Notlagentarif (dazu Abschnitt 5.19, p. 130),
- die Private Pflegepflichtversicherung (dazu Abschnitt 4.4, p. 116).

Mit Ausnahme des Notlagentarifs liegt diesen Tarifen jeweils eine brancheneinheitliche Konzeption und Nettokalkulation zu Grunde, d.h. für alle Unternehmen gibt es ein übereinstimmendes Leistungsversprechen und eine einheitliche Nettoprämienbestimmung sowie ein Poolausgleich zur Neutralisierung der Risikostrukturen in den einzelnen Unternehmen. Die Kostensätze setzt jedes Unternehmen individuell gemäß seiner Bestimmungen an, nur auf Grund dieser Kosten können sich dann die Beiträge in den einzelnen Unternehmen voneinander unterscheiden.

Der zeitlich zuerst branchenweit eingeführte Tarif ist

- die Private Studentische Krankenversicherung (PSKV),

dem ebenfalls eine brancheneinheitliche Konzeption und Nettokalkulation jedoch ohne Poolausgleich zu Grunde liegt; für die Unternehmen ist es allerdings nicht verpflichtend, diese Versicherung ihren Kunden anzubieten, so dass ihn nur noch wenige Unternehmen führen. Auf Grund des eingeschränkten Leistungsangebotes besticht der Tarif mit günstige Prämien für Studierende: sie liegen bei 90 bis 110 Euro in den Altern bis 30. Dieser Tarif wurde von Anfang an geschlechtsunabhängig kalkuliert, so dass er insbesondere für Studentinnen attraktiv ist.

Im Vorgriff auf Abschnitt 4.8, p. 128 sei hier die staatlich geförderte ergänzende Pflegezusatzversicherung angeführt. Sie ist trotz Kontrahierungszwang kein brancheneinheitlicher Tarif, vielmehr ist sie bezüglich Leistung und Beiträge VU-individuell ausgestaltet, daher gibt es auch keinen Ausgleichspool. Gleichwohl hat der PKV-Verband Anregungen zur Kalkulation vorgegeben, die Mindestleistungen sind in § 127 SGB XI formuliert.

Auch der im Laufe des Jahres 2013 eingeführte Notlagentarif (dazu Abschnitt 5.19, p. 130) ist kein brancheneinheitlicher Tarif, vielmehr ist er VU-individuell ausgestaltet. Auch hier hat der PKV-Verband Anregungen zur Kalkulation und juristische Hilfestellungen gegeben.

4. Pflegeversicherung.

Zum 01.01.2017 wurde die Pflegeeinteilung grundständig von drei Stufen in fünf Grade umgestellt (Zweites Pflegestärkungsgesetz, PSG II). Diese Änderung lässt sich naturgemäß noch nicht auswerten, so dass die derzeitigen Grundsätze nur auf Annahmen beruhen können. Um dennoch ein Verständnis für die Pflegeversicherung vermitteln zu können, wird die Pflegeversicherung teilweise auch an Hand der veralteten Pflegestufen-Einteilung vorgestellt.

Die Pflegeversicherung.

Drei Arten der Pflegeversicherung:

- Verpflichtende Pflegepflichtversicherung (quasi als Pflegegeldtarife):
 - Soziale Pflegeversicherung [SPV],
 - Private Pflegepflichtversicherung [PPV].
- Pflegezusatzversicherung ohne Pflegezulageberechtigung als Pflegekosten- oder Pflegegeldtarife.
- Pflegezusatzversicherung mit Pflegezulageberechtigung gemäß § 127 „Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen“ SGB XI als Pflegegeldtarife („Pflegebahr“).

Verpflichtende Pflegepflichtversicherung:

- Pflicht zur Versicherung: GKV-Versicherte i.W. in SPV, PKV-Versicherte in PPV – bei einheitlichen Leistungen gemäß SGB XI.
- Pflegegelder bis maximal 2.005 Euro monatlich in Abstufung nach Pflegegrad und -grad.
- SPV-Beiträge: 2,55 Prozent plus für „Kinderlose“ 0,25 Prozent des Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze, SPV-Höchstbeitrag: ca. 111 + 11 Euro, kostenlose Familienmitversicherung. Studenten: ca. 18 Euro.
- PPV in zwei Tarifstufen für Nichtbeihilfe- resp. für Beihilfeberechtigte: altersabhängiger Beitrag bis zum SPV-Höchstbeitrag (111 Euro) resp. für Beihilfeempfänger 44½ Euro, kein „Kinderlosen-Zuschlag“, für gewisse Ehegatten/Lebenspartner jeweils 75 Prozent davon, kostenlose Kindermitversicherung; Poolausgleich. Studenten: ca. 10½ Euro.
- Maximaler Arbeitgebendenzuschuss: ca. 33½ Euro in Sachsen, ca. 55½ Euro sonst.

Wesentliche Anforderungen für „Pflegebahr“ (5 Euro Monatszuschuss):

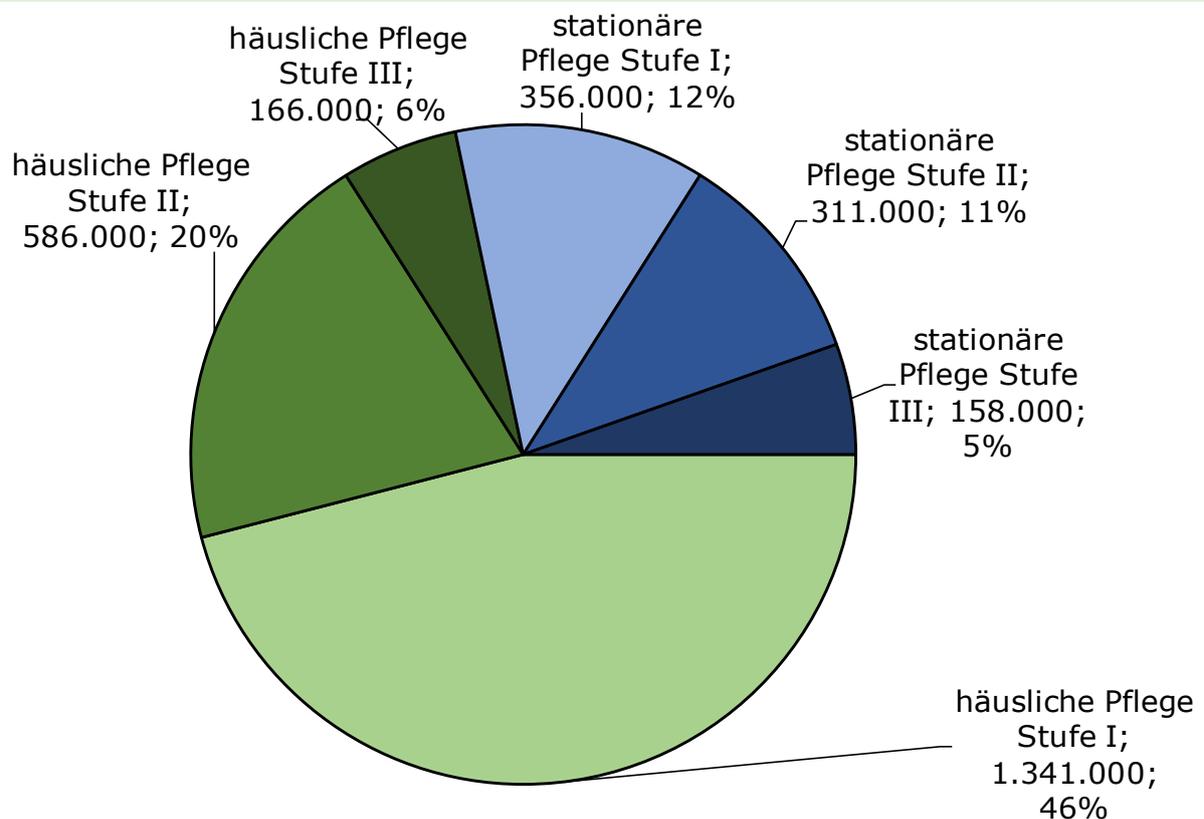
- Pflegegelder bei allen Pflegegraden, mindestens 600 Euro bei Pflegegrad 5.
- Kontrahierungszwang bei VU-interner Kalkulation.
- Eigenbeitrag mindestens 10 Euro monatlich.

Es gibt mittlerweile drei Arten der Pflege(kranken)versicherung [PV]:

- die verpflichtende Pflegepflichtversicherung:
 - die Soziale Pflegeversicherung [SPV] resp.
 - die Private Pflegepflichtversicherung [PPV],
- die Pflegezusatzversicherung ohne Pflegezulageberechtigung und
- die Pflegezusatzversicherung mit Pflegezulageberechtigung gemäß § 127 „Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen“ SGB XI.

4.1 Pflegebedürftigkeit.

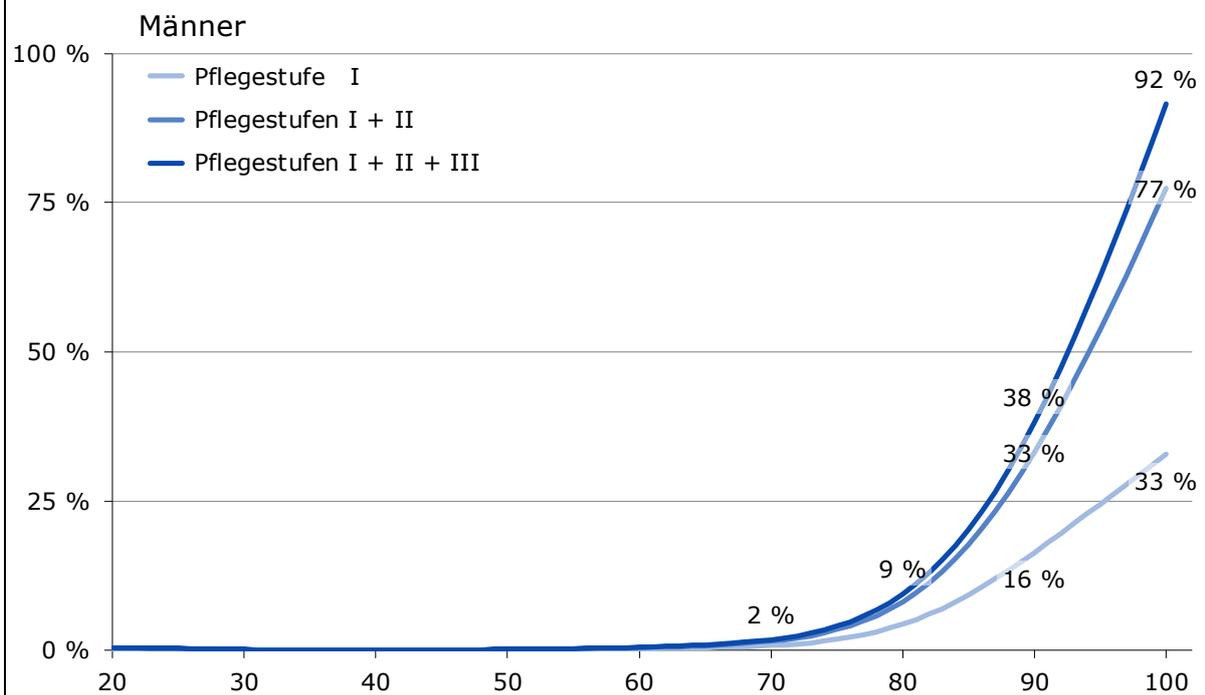
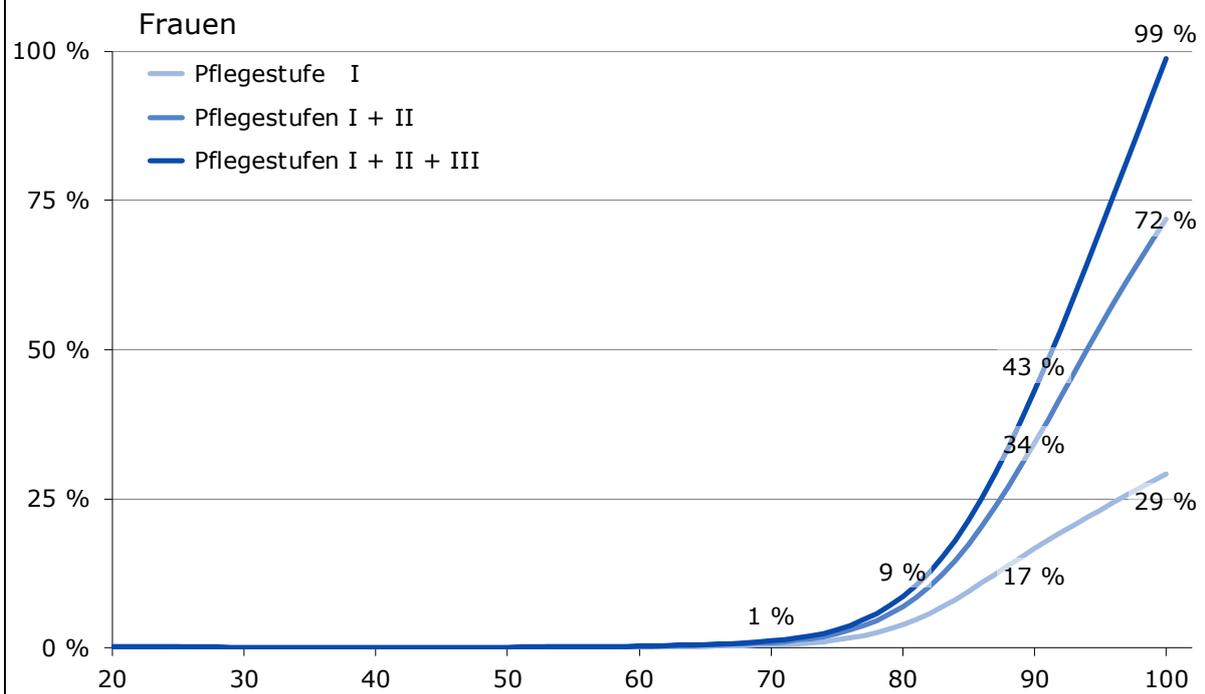
Pflegebedürftige 2016 (2,9 Mio.) nach Versorgungsart in Pflegestufen.



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“, Stand 20.04.2017.

Pflegeprävalenzen PPV – noch für Pflegestufen.

Pflegeprävalenz: Anteil der Pflegebedürftigen an der Anzahl der Versicherten



Quelle: an Hand von BaFin-Wahrscheinlichkeitstafeln 2015.

Im Jahr 2016 waren in Deutschland 2,9 Millionen Personen pflegebedürftig – ca. ein Drittel Prozent mehr als vor zehn Jahren. Prognosen gehen davon aus, dass demographiebedingt den nächsten 50 Jahren pro Jahr per Saldo jeweils 0,05 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland dazukommen (trotz

abnehmender Gesamtbevölkerung führen das Älterwerden der Bevölkerung, die zunehmende Lebenserwartung und der medizinische Fortschritt zu diesem Anstieg).

Die 2,9 Millionen Pflegebedürftige verteilen sich auf

- die Pflegestufen I bis III zu 58 zu 31 zu 11 Prozent resp.
- die häusliche resp. stationäre Pflege zu 72 zu 28 Prozent resp.
- Frauen zu drei Viertel und Männer zu einem Viertel.

Weil die Anzahl kinderloser Haushalte steigt und die Kinder zudem wegen der gestiegenen Mobilitätsanforderungen oft weit entfernt von ihren Eltern leben, wird zukünftig der Anteil der häuslichen Pflege rückläufig und im Gegenzug der Anteil der stationären Pflege zunehmend sein.

Die Pflegebedürftigkeit ist stark altersabhängig, so sind bei den 70-Jährigen ca. 1 bis 2 Prozent, bei den Mitte-90-Jährigen weit über die Hälfte pflegebedürftig.

(Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“, Stand 20.04.2017).

4.2 Verpflichtende Pflegeversicherung.

Anfang der 1990er Jahre wurde die Problematik und das damit verbundene finanzielle Risiko der steigenden Pflegebedürftigkeit erkannt und im allgemeinen Bewusstsein verankert, so dass ab 01.01.1995 die Pflegeversicherung in drei Stufen eingeführt wurde (Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung; SGB XI). Beiträge werden seit dem 01.01.1995 erhoben, Leistungsanspruch für häusliche Pflege wurde seit dem 01.04.1995 gewährt. Im nächsten Schritt werden seit 01.07.1996 bei erhöhtem Beitrag auch Leistungen für stationäre Pflege erbracht. Zwischenzeitlich wurden die Leistungen mehrfach angehoben (dynamisiert), so wurden zum 01.07.2008 auch Demenzleistungen eingeführt.

Zum 01.01.2017 erfolgte eine grundständige Überarbeitung der Pflegeversicherung, insbesondere die Einteilung der Pflegebedürftigkeit. Zuvor wurde sie an Hand dreier Pflegestufen (I, II, III) und des Begleitumstandes Demenz vorgenommen, nun an Hand von fünf Pflegegrade (1 bis 5). Die konkreten Auswirkungen lassen sich naturgemäß noch nicht feststellen. Auch wegen Übergangsvorschriften wird es noch einige Zeit bedürfen, um nachhaltige Daten zu erhalten.

Nach der seit 2009 bestehenden Pflicht zur Versicherung und dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ haben alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, eine verpflichtende Pflegeversicherung abzuschließen (§§ 20 „Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung“, 23 „Familienversicherung“ SGB XI). Der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ bedeutet zum einen für jeden Krankenversicherten, eine Pflegeversicherung abzuschließen, und zum anderen, dass GKV-Versicherte grundsätzlich in der Sozialen Pflegeversicherung [SPV] und PKV-Vollversicherte in der Privaten Pflegepflichtversicherung [PPV] versichert sind.

Freiwillig-GKV-versicherte Personen haben innerhalb von drei Monaten nach Beginn der freiwilligen GKV-Mitgliedschaft die Möglichkeit, sich in der PPV zu versichern. Daneben bestand auch für alle GKV-versicherten Personen, die bereits vor dem 23.06.1993 eine private Pflegeversicherung abgeschlossen hatten, die Möglichkeit, sich bis 31.03.1995 von der SPV befreien zu lassen und einen PPV-Vertrag abzuschließen. Voraussetzung dafür war, dass der Umfang des Versicherungsschutzes demjenigen der SPV angepasst wurde.

Neben diesen Versichertengruppen gehören auch die geschlossenen Bestände der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und der Postbeamtenkrankenkasse, die in ihrem Wesen gesetzliche Krankenkassen sind, zur PPV, so dass die PPV etwas mehr Versicherte als die PKV umfasst. Dennoch ist die PPV ein guter Messer für die PKV-Vollversicherungsbestände.

Für PKV-Versicherte ist es ratsam, die PPV bei demjenigen PKV-Unternehmen abzuschließen, bei dem die Krankenversicherung geführt wird, allerdings ist seit 2009 ein VU-Wechsel möglich – unter Mitnahme der Alterungsrückstellung (§ 204 „Tarifwechsel“ Absatz 2 VVG, dazu Abschnitt 4.4, p. 116). Der Abschluss der SPV bei einer GKV ist jedoch ausgeschlossen.

4.3 SPV-Beitrag, Beitragszuschlag für Kinderlose.

Der individuelle SPV-Beitrag \tilde{B}^{SPV} berechnet sich gemäß § 54 „Grundsatz“ Absatz 1 SGB XI analog zum GKV-Beitrag (dazu Abschnitt 1.2.6, p. 28) als Produkt aus dem Beitragssatz p^{SPV} und dem persönlichen Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze $BB\tilde{G}r$ (2017: monatlich 4.350,00 Euro):

$$\tilde{B}^{SPV} = p^{SPV} \cdot \min(BB\tilde{G}r, btrgpfl\tilde{E}).$$

Der Beitragssatz p^{SPV} , $p^{SPV} = p^{SPV, allg} + p^{SPV, Kinderlose}$ wird seit Einführung der SPV bundeseinheitlich festgelegt, er setzt sich aus beiden Komponenten zusammen:

- dem (allgemeinen) Beitragssatz $p^{SPV, allg}$ – er beträgt 2,55 Prozent ab dem Jahr 2017 gemäß § 55 „Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze“ Absatz 1 SGB XI (1,7 Prozent ab 01.07.1996, 1,95 Prozent ab 01.07.2008, 2,05 Prozent ab 01.01.2013, 2,35 Prozent ab 01.01.2015) und
- dem (Zusatz-)Beitragssatz $p^{SPV, Kinderlose}$ – er beträgt 0,25 Prozentpunkt gemäß § 55 „Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze“ Absatz 3 SGB XI, zahlbar nur für sogenannte Kinderlose, er wurde zum 01.01.2005 eingeführt.

Am 03.04.2001 stellte nämlich das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe (BVerfG) fest, dass bei der Beitragserhebung in der SPV Erziehungsleistungen der Eltern zu berücksichtigen sind. Daher haben erwachsene SPV-Versicherte ab Alter 23 ab Geburtsjahrgang 1940, sofern keine Erziehungsleistungen berücksichtigt werden können, einen um 0,25 Prozentpunkte erhöhten Beitrag zu entrichten, wobei dieser zusätzliche Beitrag ausdrücklich nicht arbeitgebendenzuschussfähig ist. – Am gleichen Tag verkündete das BVerfG in einem weiteren Urteil, dass solche Beitragsunterscheidungen für die PPV nicht gegeben sind.

Im Jahr 2017 beträgt somit der SPV-Höchstbeitrag für Kinderlose rund 122 Euro monatlich ($(2,55\% + 0,25\%) \cdot 4.350,00 = 121,80$), im Jahr zuvor waren es rund 110 Euro, was einer Erhöhung um 10,6 Prozent i.W. auf Grund der Umstellung auf die neue Pflegegradsystematik entspricht, ansonsten rund 111 Euro ($(2,55\% + 0\%) \cdot 4.350,00 = 110,93$).

Der jeweilige Beitrag gilt für das Mitglied, gleichgültig, ob es alleine versichert ist oder ob Anspruch auf kostenlose Familienversicherung für Angehörige besteht, die nicht einer selbstständigen Versicherungspflicht unterliegen (§ 25 „Familienversicherung“ SGB XI).

(Beitragspflichtige) Studenten, die nicht mehr familienmitversichert sind, haben einen eigenen SPV-Beitrag zu leisten. Im Jahr 2017 beträgt er – die üblichen – 2,80 Prozent für Kinderlose resp. 2,55 Prozent bezüglich 649

Euro (Festlegung gemäß BAföG, Bundesausbildungsförderungsgesetz). So ist ein Beitrag von 18,17 Euro resp. 16,55 Euro zu entrichten.

4.4 Private Pflegepflichtversicherung.

Das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) regelt im zehnten Kapitel „Private Pflegeversicherung“ (§§ 110-111) die Private Pflegeversicherung.

Die Private Pflegepflichtversicherung [PPV] wird mittels eines verbandseinheitlichen Tarifs den PKV-Unternehmen zur Verfügung gestellt, wobei der PKV-Verband lediglich die Nettokalkulation vorgibt und die Versicherungsunternehmen ihre Kosten (Abschluss-, Schadenregulierungs- und sonstige Verwaltungskosten) einrechnen.

Der Ausgleich der unterschiedlichen Risikostruktur in den einzelnen Unternehmen – bei gleichen Nettoprämien – erfolgt in einem Pflegepool, dem alle Unternehmen angehören, die die PPV anbieten. (Dies sind Verfahren, die im Standard- und im Basistarif gleichermaßen umgesetzt sind, dazu Abschnitte 5.17, p. 130 und 5.18, p. 130).

Die Private Pflegeversicherung unterscheidet zwei Tarifstufen:

- PVN für Nichtbeihilfeberechtigte und
- PVB für Beihilfeberechtigte.

Für Beihilfeberechtigte wird nur eine Tarifstufe angeboten, unabhängig vom Beihilfesatz, da bei Leistungseintritt fast alle Beihilfeberechtigte 70 Prozent Beihilfe erhalten und lediglich 30 Prozent die PPV zu übernehmen hat.

Die Beiträge sind altersgerecht und schon seit Tarifeinführung im Jahr 1995 geschlechtsunabhängig kalkuliert, unter Einrechnung vor Alterungsrückstellungen.

Die Versicherten werden nach dem Zeitpunkt ihres Versicherungsabschlusses unterschieden, da sie unterschiedliche Rechte haben. Als sogenannte Bestandskunden werden diejenigen Personen bezeichnet, die zum Einföhrungstermin der Pflegeversicherung am 01.01.1995 die PPV abgeschlossen haben; als sogenannte Neukunden die Versicherten mit späterem Vertragsabschluss.

Für die PVN-Bestandskunden gilt, dass der zu zahlende Beitrag nicht höher als der SPV-Höchstbeitrag (ohne „Kinderlosen-Zuschlag“) sein darf. Dieser Höchstbeitrag beträgt im Jahr 2017 in den allen Bundesländern einheitlich 110,93 (dazu Abschnitt 4.2, p. 114). Für Versicherte des seit 2009 angebotenen Basistarifs (dazu Abschnitt 5.18, p. 130) mit nachgewiesener Hilfsbedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches II bzw. XII reduziert sich der Höchstbeitrag um die Hälfte (maximal 55,46). Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner zahlen – sofern ein Ehegatte/Lebenspartner kein oder nur ein geringfügiges Einkommen hat – zusammen nicht mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages der SPV, also maximal 166,38 Euro zusammen resp. 83,19 Euro einzeln (analoge Beitragsbegrenzungsregel zum Standardtarif).

Für Beihilfeberechtigte schreibt das SGB XI mindestens die Halbierung dieser Höchstbeiträge vor. Auf Grund der Regelleistung von 30 Prozent ist es sachgerecht, den generellen PVB-Höchstbeitrag und die PVB-Höchstbeiträge für Ehegatten/Lebenspartner mit 40 Prozent anzusetzen: 44,37 Euro resp. 66,56 / 33,28 Euro (zusammen / einzeln). Bei Hilfsbedürftigkeit erfolgt die Halbierung des diesbezüglichen PVN-Höchstbeitrages auf 27,73 Euro.

Für PPV-Neukunden gilt zum einen die Höchstbeitragsgarantie erst nach einer Vorversicherungszeit von fünf Jahren in der PPV (was derzeit von untergeordneter Bedeutung ist, da die Beiträge in den neugeschäftsrelevanten Altern weit unter dem SPV-Höchstbeitrag liegen) und zum anderen entfällt stets die Ehegatten-/Lebenspartnervergünstigung. Bei Basistarif-Versicherten gilt jedoch die Höchstbeitragsgarantie bereits ab Vertragsabschluss, und werden im Basistarif auf Grund von Hilfsbedürftigkeit die Beiträge reduziert, gilt die Halbierung entsprechend auch in der PPV.

Außerdem gibt es Unterschiede bei Bestands- und Neuzugangskunden bezüglich der Risikoprüfung und Kontrahierung. Für erstere entfielen Risikoprüfungen und es gab einen Kontrahierungszwang. Mit Neukunden können Risikozuschläge vereinbart werden, die unter die – i.d.R. nach fünf Jahren wirksam werdende – Höchstbeitragsbegrenzung fallen, wobei es keinen Kontrahierungszwang gibt.

Kinder ohne bzw. mit nur geringfügigem Einkommen sind grundsätzlich bis Vollendung des 18. Lebensjahres beitragsfrei mitversichert, unter bestimmten Voraussetzungen auch darüber hinaus, so zum Beispiel bis Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Berufsausbildung befinden.

Beitragspflichtige Studenten zahlen einen reduzierten PPV-Beitrag, 10,68 Euro im Jahr 2017 (auf Grund von Beihilfe-Konstellationen ist alleinig eine Versicherung in der Tarifstufe PVN möglich).

Die Beiträge der einzelnen Unternehmen differieren nur sehr gering, da dem Tarif einheitlich kalkulierte Nettobeiträge zu Grunde liegen, die Abweichungen können lediglich durch unternehmensindividuelle Kostensätze für die Abschluss-, Schadenregulierungs- und sonstigen Verwaltungskosten entstehen.

Mit Einführung des Übertragungswertes zum 01.01.2009 (dazu Abschnitt 5.21, p. 130) wurde die PPV – im Gegensatz zur Tarifduplizierung in der Krankenversicherung – komplett auf den Übertragungswertanspruch umgestellt. Jeder PPV-Versicherte erhält demnach seit Anfang 2009 einen Übertragungswert, der der tariflichen Alterungsrückstellung entspricht (dazu § 14 „Übertragungswert“ Absatz 6 KVAV). Finanziert wird der Übertragungswert durch einen entsprechend sehr geringen Stornoansatz (dazu § 5 „Ausscheideordnung“ Absatz 2 KVAV).

PPV-Neugeschäftsbeiträge 2017 in Euro.

x	20	30	40	50	60	100
$\tilde{B}_{x/y}$ (PVN)	ca. 20	ca. 25	ca. 35	ca. 50	ca. 70	ca. 920
$\tilde{B}_{x/y}$ (PVB)	ca. 10	ca. 13	ca. 16	ca. 20	ca. 30	ca. 320

PPV-Höchstbeiträge 2017.

- Beitragsbemessungsgrenze $BB\tilde{G}r$ 4.350,00 EUR
Allgemeiner Beitragssatz p^{SPV} 2,55 Prozent
- SPV-Höchstbeitrag $\tilde{H}g$ (SPV):
 $\tilde{H}g$ (SPV) = runden($p^{SPV} \cdot BB\tilde{G}r ; 2$) 110,93 EUR
- PPV-Höchstbeiträge ${}^S\tilde{H}g$ (Höchstbeitrag ${}^S\tilde{H}g$ (PVN) geradzahlig bezüglich Cent, so dass paritätische Aufteilung zwischen Arbeitgebenden und -nehmenden möglich):
 ${}^S\tilde{H}g$ (PVN) = runden($\frac{1}{2} \cdot p^{SPV} \cdot BB\tilde{G}r ; 2$) 110,92 EUR
 ${}^S\tilde{H}g$ (PVB) = runden($40\% \cdot {}^S\tilde{H}g$ (PVN) ; 2) 44,37 EUR
- PPV-Höchstbeiträge ${}^E\tilde{H}g$ eines Ehe-/Lebenspartner (unter bestimmten Voraussetzungen für Seit-PPV-Einführung-Versicherte):
 ${}^E\tilde{H}g$ (PVN) = runden($75\% \cdot {}^S\tilde{H}g$ (PVN) ; 2) 83,19 EUR
 ${}^E\tilde{H}g$ (PVB) = runden($75\% \cdot {}^S\tilde{H}g$ (PVB) ; 2) 33,28 EUR
- PPV-Höchstbeiträge ${}^H\tilde{H}g$ bei Hilfsbedürftigkeit:
 ${}^H\tilde{H}g$ (PVN) = runden($50\% \cdot {}^S\tilde{H}g$ (PVN) ; 2) 55,46 EUR
 ${}^H\tilde{H}g$ (PVB) = runden($50\% \cdot {}^S\tilde{H}g$ (PVB) ; 2) 27,73 EUR

4.5 Arbeitgebendenzuschuss und Steuerfreiheit für die Pflegeversicherung.

Der Beitragszuschlag für Kinderlose, der aus den zusätzlichen 0,25 Prozentpunkten resultiert, ist nicht arbeitgebendenzuschussfähig, lediglich die Beiträge bezüglich des (allgemeinen) Beitragssatzes von zur Zeit 2,55 Prozent (2017).

Bei der Einführung der verpflichtenden Pflegeversicherung wurde jedem Bundesland die Möglichkeit gegeben, einen gesetzlichen Feiertag zu streichen, der stets auf einen Wochentag fällt, so dass die Arbeitgebenden ihren PV-Zuschuss in Höhe von 50 Prozent finanzieren können. Wurde von der Regelung kein Gebrauch gemacht, ist ein Prozentpunkt von den Arbeitnehmenden selbst zu tragen, der Rest des allgemeinen Beitragssatzes (also abzüglich des einen Prozentpunktes) wird zu 50 Prozent von den Arbeitgebenden mitgetragen. Mit Ausnahme von Sachsen haben alle Bundesländer einen solchen Feiertag abgeschafft (nämlich den evangelischen Buß- und Bettag Mitte November)

In diesen Ländern beträgt der PV-Arbeitgebendenzuschuss die Hälfte des 2,55-prozentigen Beitrags, nämlich 1,275 Prozent. Im Freistaat Sachsen teilt sich der 2,55-prozentige Beitragssatz auf 0,775 Prozent ($= \frac{1}{2} \cdot (2,55\% - 1,00\%)$) für die Arbeitgebenden und 1,775 Prozent ($= \frac{1}{2} \cdot (2,55\% - 1,00\%) + 1,00\%$) für die Arbeitnehmenden auf.

Der einmalige bundesweite gesetzliche Reformations-Feiertag am 31.10.2017 anlässlich der 500-jährigen Wiederkehr des angeblichen Theßenanschlages von Martin Luther am 31.10.1517 an Tür der Schlosskirche zu Wittenberg schmälert nicht den Arbeitgebendenzuschuss.

Bei einem maximalen monatlichen Beitrag von 110,93 Euro (ohne Kinderlosen-Zuschlag) beträgt der maximale Arbeitgebendenzuschuss demnach in Sachsen 33,60 Euro, in den anderen Bundesländern 55,46 Euro.

Der zunächst 50-prozentige Zuschuss, den Rentner von ihrem Rentenversicherungsträger zur verpflichtenden Pflegeversicherung erhielten, wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz zum 01.01.2004 ersatzlos gestrichen, so dass alle dieser Personengruppe ihre PV-Beiträge ohne weitere Unterstützung aufzubringen haben.

In der PPV versicherte Arbeitnehmende erhalten gemäß § 61 „Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte“ SGB XI von ihren Arbeitgebenden ebenfalls einen Arbeitgebendenzuschuss für sich selbst und für diejenigen ihrer Familienmitglieder, die in der SPV kostenfrei mitversichert wären. Der Zuschuss beträgt 50 Prozent resp. in Sachsen $\frac{0,775\%}{2,55\%}$ Prozent (30,39 Prozent) dieser Beiträge, jedoch nicht mehr, als wenn eine SPV-Versicherung bestünde (d.h. maximal 55,46 resp. in Sachsen 33,60 Euro im Jahr 2017).

Seit Inkrafttreten des Bürgerentlastungsgesetzes zum 01.01.2010 (dazu Abschnitt 5.16, p. 130) sind die selbst getragenen Beiträge zur SPV oder zur PPV in voller Höhe als Sonderausgaben von der Steuer absetzbar.

Bis 2009 konnten Personen, die 1958 oder später geboren sind, für eine Pflegezusatzversicherung maximal 184 Euro jährlich als Sonderausgaben absetzen (die im Gesetz vorgegebene Günstigerprüfung, d.h. keine Schlechterstellung des Steuerpflichtigen bezüglich des Vorjahres auf Grund der Gesetzesänderung, wird wohl kaum relevant werden).

4.6 Leistungen der verpflichtenden Pflegeversicherung.

Das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) regelt im vierten Kapitel „Leistungen der Pflegeversicherung“ (§§ 28-45f) die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung. Weiter ist in § 23 „Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen“ Absatz 1 vorgeschrieben, dass die Vertragsleistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung [PPV] nach Art und Umfang den Leistungen der SPV gleichwertig sind, wobei entsprechend dem PKV-Prinzip die Kostenerstattung an Stelle der in der GKV/SPV üblichen Sachleistungen tritt (dazu Abschnitt 1.2, p. 16).

Bis 31.12.2016:

Die Leistungen sind gestaffelt nach der Einteilung der Pflegebedürftigen in drei sogenannte Pflegestufen (§ 15 „Stufen der Pflegebedürftigkeit“ Absatz 1), als Kriterien zählt der Umfang bei der täglichen Hilfe im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität sowie bei der wöchentlichen Hilfe zur hauswirtschaftlichen Versorgung:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I (Erheblichpflegebedürftige): Hilfe mindestens ein Mal täglich bei mindestens zwei Verrichtungen aus den erstgenannten Bereichen und mehrfach in der Woche im Haushalt.
- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige): Hilfe mindestens drei Mal täglich zu verschiedenen Tageszeiten bei den erstgenannten Bereiche und mehrfach in der Woche im Haushalt.
- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige): Hilfe täglich rund um die Uhr, auch nachts bei den erstgenannten Bereiche und mehrfach in der Woche im Haushalt.

Demenzerkrankte sind Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen (§ 45a „Be-rechtigter Personenkreis“).

Die Leistungen unterscheiden sich nach Art der Pflege und der Pflegeeinstufung. Diese Maximalansprüche [in Euro] je Kalendermonat betragen, wobei die Pflegekosten tatsächlich entstanden sein müssen, wovon auszugehen ist (dazu Abschnitt 4.7, p. 126) sind:

Pflegestufe	I	II	III	in Härtefällen
Demenzerkrankte: 123 (231) zusätzlich				
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	244	458	728	
Häusliche Pflege	468	1.144	1.612	1.995
Ersatzpflege: vier Wochen je Kalenderjahr:	1.612			
Teilstationäre Pflege	468	1.144	1.612	
Kurzzeitpflege: vier Wochen je Kalenderjahr:	1.612			
Vollstationäre Pflege	1.064	1.330	1.612	1.995

Ab 01.01.2017:

Die Leistungen sind gestaffelt nach der Einteilung der Pflegebedürftigen in fünf sogenannte Pflegegrade (§ 15 „Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument“ SGB XI).

Als Kriterien zählen die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei

- der Mobilität (10 Prozent),
- kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (15 Prozent),
- der Selbstversorgung (40 Prozent),
- der Bewältigung von und dem selbständigen Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 Prozent),
- der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 Prozent).

Diese fünf Bereiche werden mit fünf Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten eingeteilt:

- Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
- Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Daraus ergeben sich die fünf Pflegegrade:

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (12,5-27 Prozent),
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (27-47,5 Prozent),
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (47,5-70 Prozent),
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (70-90 Prozent),
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90-100 Prozent).

Die Leistungen unterscheiden sich nach Art der Pflege und der Pflegegrade. Orientierungswerte in Euro für diese Maximalansprüche, wobei die Pflegekosten tatsächlich entstanden sein müssen, wovon auszugehen ist (dazu Abschnitt 4.7, p. 126), sind:

Pflegegrad	1	2	3	4	5
Pflegegeld, monatlich	—	316	545	728	901
Pflegesachleistung, monatlich	—	689	1.298	1.612	1.995
Verhinderungspflege für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr durch nahe Angehörige, jährlich	—	474	817 ½	1.092	1.351 ½
Verhinderungspflege für bis zu 6 Wochen oder Kurzzeitpflege für bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr durch sonstige Personen, jährlich	—	1.612	1.612	1.612	1.612
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege, monatlich	—	689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbetrag bei ambulanter Pflege, monatlich	125	125	125	125	125
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen, monatlich	214	214	214	214	214
Vollstationäre Pflege, monatlich	125	770	1.262	1.775	2.005
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, monatlich	—	10 Prozent des Heimentgelts, höchstens 266			

Pflegehilfsmittel (zum Verbrauch), monatlich	40
Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Hilfsmittel	100 Prozent der Kosten
Wohnumfeldverbesserungsmaßnah- men	bis zu 4.000 je Maßnahme

Versicherte, die zum 01.01.2017 pflegebedürftig waren, wurden nicht nach den neuen Pflegemaßstäben neu begutachtet und bezüglich der neuen Pflegegrade neu eingestuft. Vielmehr gab es eine Übergangsregelung von der Skala der Pflegestufen in die der Pflegegrade: die Personen der Pflegestufe I wurden in den Pflegegrad 2 überführt, die der Pflegestufe II in Pflegegrad 3, die der Pflegestufe III in Pflegegrad 4; lag zudem Demenz vor, erhöhte sich der Pflegegrad um 1 (entsprechend wurden Demenzerkrankte ohne Pflegestufe dem Pflegegrad 1 zugeordnet). Dabei gibt es einen Bestandschutz: die Leistungen der Pflegebedürftigen dürfen durch die Überführung oder späteren Neubegutachtungen nicht sinken.

Es wird vermutet, dass durch die neue Einteilung mehr Versicherte Leistungen erhalten wie bisher (insbesondere bezüglich des Pflegegrads 1).

Leistungsanspruch besteht erst, wenn, in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung eine mindestens zweijährige PV-Versicherung nachgewiesen werden kann, für versicherte Kinder gilt ggf. die Vorversicherungszeit eines Elternteils.

Voraussetzung für die Leistung ist die Wirtschaftlichkeit, wobei sie das Maß des Notwendigen nicht übersteigen dürfen. Leistungen dürfen nur bei Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, mit denen die Pflegekassen oder die für sie tätigen Verbände Verträge abgeschlossen haben (§ 29 „Wirtschaftlichkeitsgebot“).

An erster Stelle der Pflege steht die häusliche Pflege. Sie wird durch geeignete und anerkannte Pflegekräfte erbracht (§ 36 „Pflegesachleistung“ Absatz 1). Statt der häuslichen Pflegehilfe kann ein Pflegegeld gezahlt werden, sofern damit die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt wird (§ 37 „Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen“ Absatz 1). Diese beiden Leistungsarten können miteinander kombiniert werden, wobei sich die Leistung sodann rätierlich aufteilt (§ 38 „Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)“). Bei Verhinderung der Pflegeperson im Falle der Pflegegeld-Leistung besteht für maximal sechs Wochen je Kalenderjahr die Möglichkeit der Ersatzpflege (§ 39 „Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson“).

An zweiter Stelle steht die teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, sofern eine häusliche Pflege in ausreichendem Umfang nicht sichergestellt ist oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Auch in diesem Zusammenhang sind

Kombinationsleistungen möglich. Eine Kurzzeitpflege ist eine vorübergehende, maximal acht Wochen dauernde vollstationäre Pflege, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann.

An dritter Stelle steht die vollstationäre Pflege. Versicherte haben hierauf Anspruch, falls eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich (§ 45b „Entlastungsbetrag“ SGB XI). Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege oder der ambulanten Pflegedienste.

Neben diesen genannten PV-Leistungen gibt es noch eine Vielzahl weiterer, die u.a. für die Pflege notwendigen Hilfsmittel und Einführungen, die soziale Absicherung der familiären Pflegenden und Pflegeberatung betreffen. In den letzten Jahren wurden einige Gesetze verabschiedet, die dazu beitragen, den pflegenden Familienangehörigen Beruf und Pflege leichter miteinander in Einklang zu bringen.

Im Jahr 2015 betragen die Leistungsausgaben der SPV ca. 27 Mrd. Euro und die der PPV ca. 1 Mrd. Euro, Schätzung gehen davon aus, dass die Umstellung der Pflegesystematik auf Grade ca. 4 Mrd. Euro an zusätzlichen Leistungsausgaben verursacht.

4.7 Pflegezusatzversicherung.

Die Leistungen der verpflichtenden Pflegeversicherung reichen bei weitem nicht aus, im Pflegefall die tatsächlich entstehenden Kosten zu decken, was auch bei Einführung der Versicherung bewusst nicht gewollt war.

Da es noch keine belastbaren Statistiken für die Pflegeeinstufung nach Graden gibt, seien hier noch Werte Heft „Finanztest 05/2015“ angeführt. Besonders gravierend sind die Finanzierungslücken bei Pflegebedürftigkeit der Stufen II oder III (knapp die Hälfte der Pflegefälle sind in Pflegestufe II oder III eingestuft), unterliegen aber starken Schwankungen, beispielsweise je nach Bundesgebiet. Die Situation bezüglich der Pflegegrade dürfte allerdings keine qualitativen Unterschiede mit sich bringen, da auch die Kosten für die Pflegeleistung auf Grund des WSG-II-Gesetzes steigen werden.

	Pflegestufe	I	II	III
Häusliche Pflege	durchschnittliche Kosten	1.008	2.439	3.977
	SPV-/PPV-Leistung	468	1.144	1.612
	Finanzierungslücke	540	1.295	2.365
	Aufteilung der Pflegefälle	44 %	21 %	6 %
Vollstationäre Pflege	durchschnittliche Kosten	1.819	2.310	2.897
	SPV-/PPV-Leistung	1.064	1.330	1.612
	Finanzierungslücke	755	980	1.285
	Aufteilung der Pflegefälle	12 %	11 %	6 %

Derzeit können ein Fünftel der Pflegebedürftigen Ihre Pflegekosten nicht selbst bezahlen. Bevor allerdings staatliche Gelder dafür in Anspruch genommen werden können, wird erst geprüft, ob Kinder oder Eltern für den Fehlbetrag aufzukommen haben. Zukünftig verschärfend kommt hinzu, dass die Pflegekosten i.d.R. mehr steigen werden als das Rentenniveau, was die Zahlungsmöglichkeit weiter beschränken wird.

Bei PV-Einführung war bereits bekannt, dass die tatsächlichen Kosten in etwa nur zur Hälfte durch die PV-Leistungen finanziert werden können, diese sogenannte Teilkaskoversicherung wurde aber billigend in Kauf genommen – mit dem Hinweis auf Pflegezusatzversicherungen, die bis zum Inkrafttreten des Bürgerentlastungsgesetzes (dazu Abschnitte 4.5, p. 119, und 5.16, p. 130) stets steuerbegünstigt waren.

Es gibt zwei Varianten an Pflegezusatztarife:

- Pflegekostentarife, die den Teil der Pflegekosten abdecken, die nach PV-Leistung bei den Versicherten verbleiben.
- Pflegetagegeldtarife, die unabhängig von den tatsächlich entstandenen Pflegekosten ein vereinbartes Tagesgeld auszahlen, wobei Abstufungen

des vereinbarten Tagessatzes (die Grundlage zur Bemessung des Tagegeldes) nach Pflegeart/-grad üblich sind.

Am Markt haben sich hauptsächlich Pfl egetagegeldtarife etabliert.

Neu entworfene Tarife beugen der inflationsbedingten Geldentwertung vor, indem die Tarifbedingungen sogenannte Dynamisierungen beinhalten, dass nämlich der vereinbarte Tagessatz zu bestimmten Zeitpunkten in einem gewissen Rahmen ohne erneute Risikoprüfung erhöht werden kann (was natürlich auch die Prämie anhebt).

Bei modernen Tarifen wird als weitere zusätzliche Leistung die Einmalzahlung eines Betrages bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ab einer gewissen Grad aufgenommen, um so beispielsweise Umbaumaßnahmen im häuslichen Umfeld finanzieren zu können.

Die Pfl egetagegeldtarife können sowohl von Unternehmen der Lebensversicherung [LV] als auch der Krankenversicherung [KV] angeboten, da sie zum einen einen Rentencharakter aufweisen und zum anderen eine (Pflege)-Krankenversicherung darstellen. Die Kalkulation ist in den beiden Sparten unterschiedlich, insbesondere da alleinig die Krankenversicherung über eine Beitragsanpassungsmöglichkeit verfügt. Dementsprechend werden in der LV-Sparte sehr vorsichtige Annahmen bezüglich Pflegewahrscheinlichkeiten, Lebenserwartung und Zins zu Grunde gelegt – Rechnungsgrundlagen, die in der KV-Sparte gegebenenfalls geändert werden können (zudem werden in KV-Tarife auch Stornowahrscheinlichkeiten eingerechnet). Ein weiterer Unterschied ist die Dauer der Beitragszahlungen: bei LV-Tarifen endet diese i.d.R. im Leistungsfall; bei KV-Tarifen ist sie üblicherweise unverändert fortzusetzen (auf Grund des Primats der unveränderten Beiträge bei unveränderten Rechnungsgrundlagen). Indessen gibt es nun vermehrt KV-Tarife mit Beitragsbefreiungen ab einem gewissen Pflegegrad.

4.8 Geförderte ergänzende Pflegezusatzversicherung.

Der schwarz-gelben Bundesregierung 2009-13 (CDU, CSU, FDP) wurde bewusst, dass vielen Bundesbürgern ein großes Risiko der Altersarmut wegen Pflegebedürftigkeit droht, da damals nur 2,4 Prozent der PV-Versicherten über eine freiwillige Pflegezusatzversicherung verfügten, so dass zum 01.01.2013 die staatlich geförderte ergänzende Pflegezusatzversicherung (GEPV, Pflege-Zusatzversicherung mit Pflegezulageberechtigung gemäß Dreizehntem Kapitel „Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge“ SGB XI, „Pflegebahr“) initiiert wurde.

Folgende Kriterien hat ein solcher Tarif zu erfüllen, damit eine mindestens 18-jährige versicherte Person monatlich 5 Euro Förderung vom Staat erhält (§§ 126 „Zulageberechtigte“, 127 „Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen“ SGB XI):

- Mindestleistung: Tagegelder bei allen Pflegegraden, bei Pflegebedürftigkeit des Grades 5 mindestens 600 Euro, dabei dürfen die maximal versicherte Monatssätze nicht die PV-Leistung überschreiten; Dynamisierungen sind möglich.
- Maximal fünfjährige Wartezeit bis zur ersten Leistungsanspruchnahme.
- Kontrahierungszwang für alle nichtpflegebedürftigen PV-Versicherte, d.h. Unzulässigkeit von Gesundheitsüberprüfungen, Risikozuschlägen oder Leistungsausschlüssen und Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht.
- Eigenbeitrag von mindestens 10 Euro (die staatliche Förderung in Höhe von 5 Euro erhält das VU direkt vom Staat, wird allerdings je zulageberechtigter Person nur für einen Versicherungsvertrag gewährt).
- Kalkulation nach Art der Lebensversicherung unter Einrechnung geringer Abschluss- und Verwaltungskosten.

Auf Grund der beiden Bedingungen des Mindestbeitrages und der Mindestleistung erzielen Jüngere für ihren Mindestbeitrag in Höhe von 10 (+ 5) Euro eine höhere Leistung, dagegen haben Ältere zur Absicherung der Mindestleistung einen höheren Beitrag als 10 (+ 5) Euro zu entrichten.

Die detaillierte Ausgestaltung eines solchen Tarifes obliegt jedem Versicherungsunternehmen, so dass unterschiedliche Tarife ab Anfang des Jahres 2013 am Markt lanciert wurden.

Trotz des Kontrahierungszwanges gibt es keinen Poolausgleich, vielmehr ist die tarifimmanente Risikostruktur in die VU-individuellen Tarife einzurechnen.

Auf Grund der unterschiedlichen Leistungen und Risikostrukturen gibt es keine gemeinsame brancheneinheitliche Nettokalkulation, gleichwohl gibt der PKV-Verband einige Orientierungspunkte zur Kalkulation.

Insgesamt gibt es so auf dem Markt große Unterschiede in der Leistungsgestaltung, bei den Beiträgen und somit auch im Preis-Leistungsverhältnis der einzelnen Tarife.

Im Jahr 2013 wurden von den Versicherungsunternehmen bereits 350 Tsd. Verträge der geförderten ergänzenden Pflegezusatzversicherung – neben den 2,4 Mio. Verträgen der (allgemeinen) Pflegezusatzversicherung – geführt, im Jahr 2015 waren es 685 Tsd. zu 2,6 Mio. Von den 80 Millionen Bundesbürgern hatten 2015 demnach ca. 4 Prozent eine Pflegezusatzversicherung (Tendenz steigend).

5. PKV-Spezifika. – In Vorbereitung –