

Die Private Krankenversicherung (PKV) – Auf einen Blick

Finanzierung

Träger der Privaten Krankenversicherung sind privatrechtliche Unternehmen, die in Form einer Aktiengesellschaft oder eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit organisiert sind. Die Rechtsgrundlagen dafür bilden das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).

Den Versicherungsunternehmen stehen grundsätzlich drei Finanzierungsquellen zur Verfügung: Beitragseinnahmen, Entnahmen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) und Erträge aus Anlagen am Kapitalmarkt.

Beiträge

In der PKV werden die Beiträge nach dem Kapitaldeckungsverfahren kalkuliert. Die Grundlage für die Beitragsberechnung ist das individuelle Risiko. Die Beiträge sind abhängig von Alter, Gesundheitszustand vor Vertragsbeginn, Berufsgruppe und den gewünschten Versicherungsleistungen. Bei bestimmten Krankheitsrisiken oder bereits bestehenden Erkrankungen kann der Versicherer bei Vertragsbeginn einen Risikozuschlag oder auch einen Leistungsausschluss vereinbaren.

In jungen Jahren zahlen privat Krankenversicherte höhere Beiträge als nötig, um die - statistisch errechneten - Kosten für Ärzte, Medikamente und Krankenhausbehandlungen im Alter auszugleichen. Der zu viel gezahlte Betrag ist der Grundstock der Alterungsrückstellung. Weitere Mittelzuflüsse erfolgen durch die Vererbung bei Tod oder Kündigung einzelner Versicherter. Auch diese Rückstellungen verbleiben zu großen Teilen beim Versicherer und kommen dem Tarifkollektiv zugute.

Später, wenn der zu entrichtende Beitrag aufgrund des gestiegenen Lebensalters und damit auch einer verstärkten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht mehr für die benötigten Versicherungsleistungen ausreicht, werden die in der Alterungsrückstellung angesammelten Mittel für den Versicherten unbemerkt zur Abdeckung dieser Finanzierungslücke eingesetzt. Damit werden Beitragssteigerungen allein aufgrund des Älterwerdens grundsätzlich ausgeschlossen. Die Gemeinschaft aller privat Versicherten hat - inkl. gesetzlichem Zuschlag - bisher rund 200 Mrd. Euro Rückstellungen angespart (Stand 31.12.2015).

In der PKV sind Familienmitglieder nicht mitversichert. Jedes Familienmitglied muss eine eigenständige Krankenversicherung abschließen.

Hat ein Versicherter für einen gewissen Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen, kann ihm, je nach Versicherer unterschiedlich, eine Beitragsrückerstattung gewährt werden.

Leistungen

Es wird zwischen folgenden Versicherungsarten unterschieden:

- Vollversicherung: Ersatz für eine Gesetzliche Krankenversicherung,
- Pflegeversicherung: Äquivalent zur Pflegeversicherung für gesetzlich Krankenversicherte,
- Zusatzversicherung: meist als Ergänzung zur GKV, einige Zusatzversicherungen sind aber auch für Vollversicherte interessant, wie z.B. die Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- und die Pflegezusatzversicherung.

Die meisten Tarife der Vollversicherung decken auch Leistungen ab, die die GKV nicht übernehmen darf, wie Wahlleistungen im Krankenhaus oder spezielle Behandlungsformen beim Zahnersatz. Wer überschaubare Risiken selbst tragen möchte, kann dies tun, indem er einen jährlichen Selbstbehalt vereinbart, um den Versicherungsbeitrag zu senken.

Anders als in der GKV (Sachleistungsprinzip) besteht für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der PKV das Kostenerstattungsprinzip. Der Arzt stellt nach der Behandlung eine Rechnung aus. In der Regel bezahlt der Patient die Rechnung, reicht diese bei seinem Versicherer ein, der ihm die Kosten ganz oder teilweise erstattet. Es können aber auch Rechnungen eingereicht werden, die noch nicht an den Arzt bezahlt wurden. Bei stationären Aufenthalten rechnet das Krankenhaus die Kosten meist direkt mit dem Versicherer ab.

Neben den Tarifen der einzelnen Unternehmen gibt es in der Vollversicherung auch Tarife, die branchenweit einheitlich sind und von jedem Versicherer angeboten werden müssen:

Basistarif:

Die PKV-Unternehmen sind seit dem 1. Januar 2009 verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der GKV vergleichbar sind. Er sieht zudem einen Annahmewang vor. Die Gesellschaften dürfen niemanden zurückweisen, der sich in diesem Tarif versichern darf. Im Basistarif sind Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse nicht erlaubt. Für Beihilfeberechtigte wird ein beihilfekonformer Basistarif angeboten. Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag den Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten. Sind Versicherte hilfebedürftig oder würde durch die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit ausgelöst, reduziert sich der Beitrag im Basistarif auf die Hälfte.

Standard-Tarif:

Der Standardtarif erfüllt seit seiner Einführung 1994 eine soziale Schutzfunktion und richtet sich vorrangig an ältere Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen preiswerten Tarif benötigen. Der Wechsel in den Standardtarif ist für privat Versicherte - wenn die Voraussetzungen gegeben sind - nur innerhalb des jeweiligen Versicherungsunternehmens möglich. Der Leistungsumfang orientiert sich an den Leistungen der GKV. Die Beitragshöhe ist abhängig von der Vorversicherungszeit und dem Alter des Versicherten, darf aber für Einzelpersonen den Höchstbeitrag der GKV bzw. für Ehepaare 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrags nicht übersteigen. Der Standardtarif kommt nur für Versicherte mit vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen in Frage. PKV-Versicherte mit Verträgen, die ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurden, haben die Möglichkeit, in den Basistarif zu wechseln.

Notlagentarif:

Seit dem 01.08.2013 besteht in der PKV ein Notlagentarif für säumige Beitragszahler. Die Umstellung in den Notlagentarif erfolgt nach Abschluss eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens. Der Notlagentarif enthält einen reduzierten Leistungsumfang, in dem vor allem die Akutversorgung sichergestellt ist. Die gesundheitlichen Belange von dort versicherten Kindern und Jugendlichen sowie von Frauen bei Schwangerschaft und Mutterschaft werden besonders berücksichtigt.

Wechsel der PKV-Gesellschaft

In der Vergangenheit konnte bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens die sogenannte Alterungsrückstellung - das ist der Betrag, den das Versicherungsunternehmen zur Glättung des (sonst höheren) Beitrags im Alter aus den Prämien der Versicherten anspart - nicht zum neuen Versicherungsunternehmen übertragen werden. Wechselnde mussten also ihre Alterungsrückstellung wieder neu aufbauen, was ihre Beiträge für die neue Versicherung erheblich verteuert hat. Faktisch war der Wechsel damit für langjährig PKV-Versicherte unmöglich. Nun kann ein Versicherter, der seinen Vertrag seit dem 1. Januar 2009 geschlossen hat, seine angesparten Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs beim Wechsel zu einem anderen Unternehmen mitnehmen. Er wird dann im neuen Unternehmen so gestellt, als ob er dort in dem Alter eingetreten wäre, in dem er den ursprünglichen Versicherungsvertrag im alten Unternehmen abgeschlossen hat. Der Wechsel in eine andere private Krankenversicherung ist daher für Neuversicherte finanziell günstiger und es kommt in der privaten Krankenversicherung zu mehr Wettbewerb.

Nach Ablauf der vereinbarten Mindestvertragslaufzeit hat der Versicherte in der Vollversicherung die Möglichkeit, innerhalb der PKV zu einem anderen Anbieter zu wechseln, was jedoch mit gewissen Nachteilen verbunden ist. Zum einen ist eine erneute Gesundheitsprüfung notwendig. Zum anderen stellt der Verlust eines Teils der Altersrückstellungen eine Hürde beim Wechsel dar.

Wechsel in die GKV

Unter bestimmten Voraussetzungen kann bzw. muss ein Privatversicherter in die GKV zurückkehren, wenn er versicherungspflichtig wird: durch Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze, durch Arbeitslosigkeit oder weil eine Familienversicherung möglich und er unter 55 Jahre alt ist. Versicherte über 55 Jahre können nur wechseln, wenn sie in den letzten fünf Jahren wenigstens einen Tag lang in der GKV waren.

Eine gute Beratung hilft Ihnen, die richtige Entscheidung zu treffen.

Ihr Team der Boss-Assekuranz