

# Krankenversicherung – Kostenfalle ???

## die private Zusatz- und Vollversicherung mit Pflege

Vorlesung  
**FH Ludwigsburg**  
Referent: Ralph Morgenstern  
November 2012

# Historie

**1848** erste private Krankenversicherung „Krankenkasse der Beamten des Berliner Polizeipräsidiums“.

**1854** wird das "Preußische Gesetz" erlassen, das die Gemeinden ermächtigt, eine Pflichtversicherung für Gesellen, Gehilfen und Fabrikarbeiter einzuführen. Doch nur wenige Gemeinden machen davon Gebrauch, und so entsteht das "Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter", das 1883 in Kraft trat.

**1883** Geburtsstunde des gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Allgemeiner Versicherungszwang für Arbeiter und die Teilung der Beiträge - ein Drittel zahlte damals der Arbeitgeber zum Schutz seiner Untergebenen. Auch der Leistungskatalog wurde festgeschrieben: ärztliche Behandlung, freie Arzneimittel, Krankengeld ab dem 3. Krankheitstag und Sterbegeld - damals noch in Höhe des 20fachen Lohns.

# Historie

- 1911** "Reichsversicherungsordnung": Nun mussten sich auch Dienstboten, Landarbeiter und Hausgewerbetreibende versichern. Schon damals gab es ein breites Angebot an Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen, das bis heute Bestand hat. Nach dem 2. Weltkrieg wurde das "Gesetz über das Kassenarztrecht" verabschiedet, das die Eckpunkte der gesetzlichen Krankenversicherung festschrieb - von der freien Arztwahl für die Versicherten über die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung bis hin zur Zulassung der Ärzte. 1926 Gründung des PKV Verbandes - ca. 2,5 Mio. Mitglieder in der PKV.
- 1939** Es gibt 790 private Krankenversicherungen mit ca. 8,5 Mio. Mitglieder.
- 1988** Die RVO wird durch das „Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches“ (SGB V) abgelöst.
- 2002** 50 Versicherungsunternehmen teilen sich rund 7,9 Mio Voll- und ca. 7,7 Mio. Zusatzversicherte.

# Die Krankenversicherung



# Einführung in die KV Markt und Chancen

**2010**

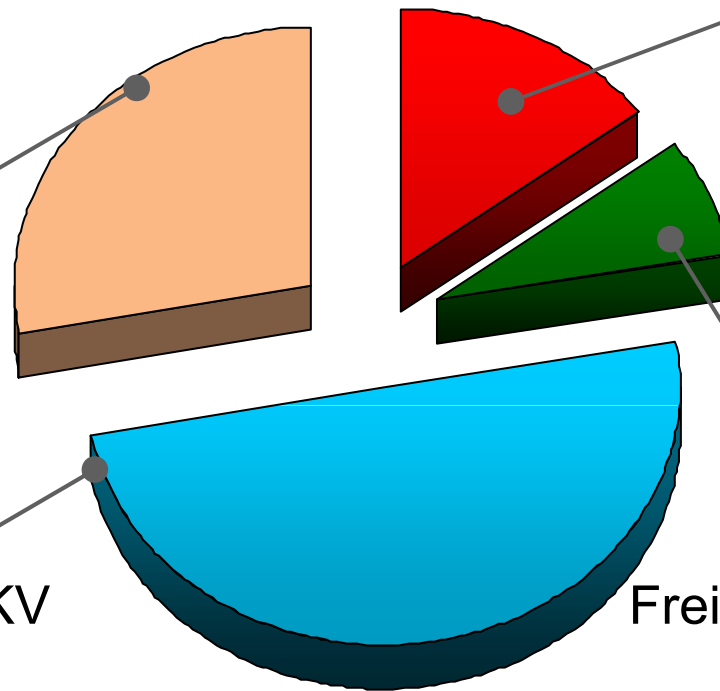
Rentner in der GKV  
ca. 16,8 Mio.

PKV (ohne Post/Bahn)  
ca. 8,9 Mio.

Pflichtmitglieder GKV  
ohne  
Familienversicherte  
ca. 30,0 Mio.

Freiwillige GKV-Mitglieder  
ohne  
Familienversicherte  
ca. 4,4 Mio.

Davon sind erst ca. 21,9 Mio. Zusatzversichert



# Hintergrund

## Der Trend: Steigende Beiträge – sinkende Leistungen

### 4 Gründe:

- Einkommen steigen nicht proportional zu den Kosten
- Kostensteigerung
- medizinischer Fortschritt
- Überalterung in der Bevölkerung

## Fazit

**Die GKV kann nur noch eine Grundabsicherung bieten.**

**Fazit:**            Eigenverantwortung !!!

Eigene Absicherungen sind notwendig:

**Einkommen/Krankenhaus/Zahn/Zuzahlungen**

## Fazit

Das größte ungelöste Problem in der Zukunft:

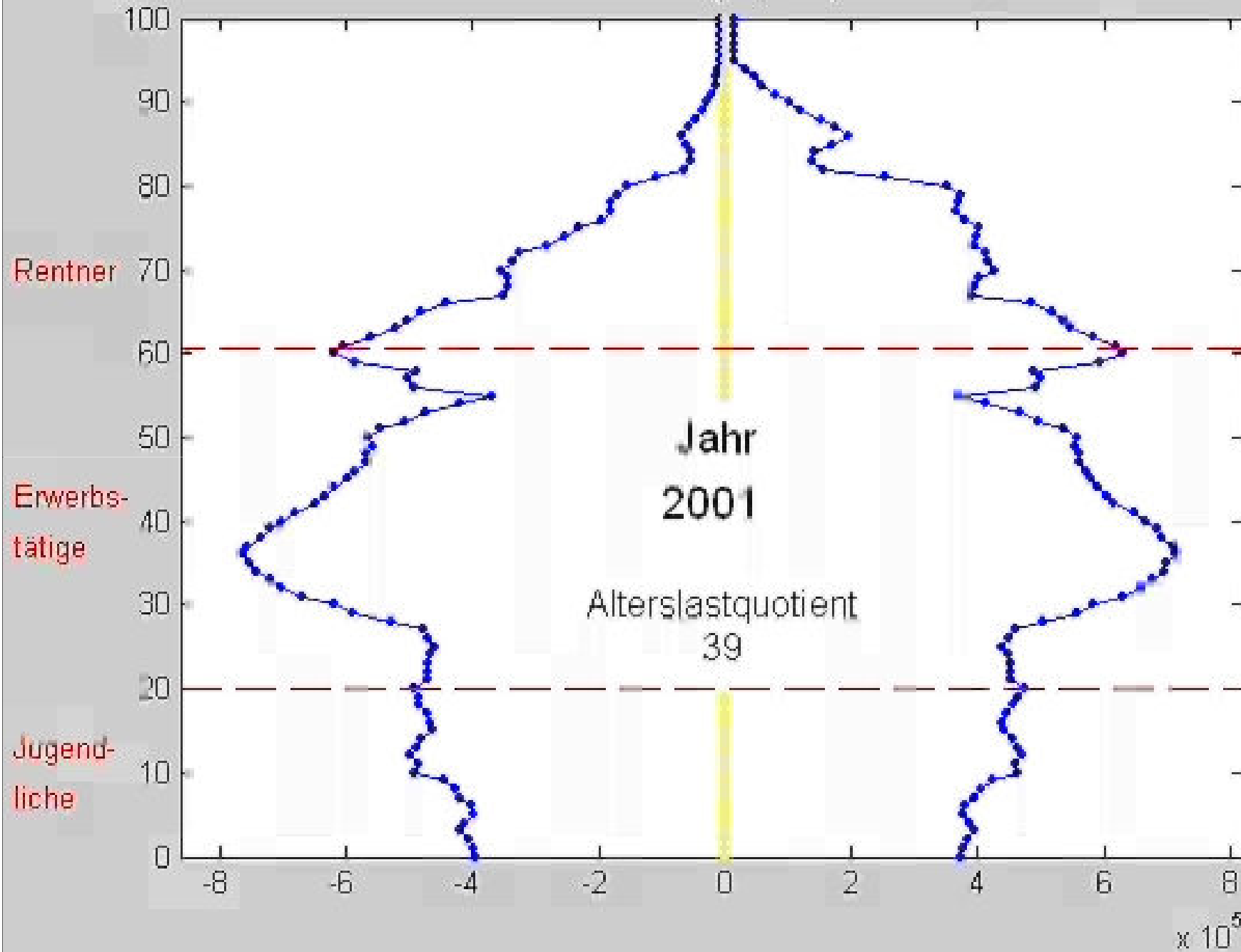
**Pflege(kosten)notstand**



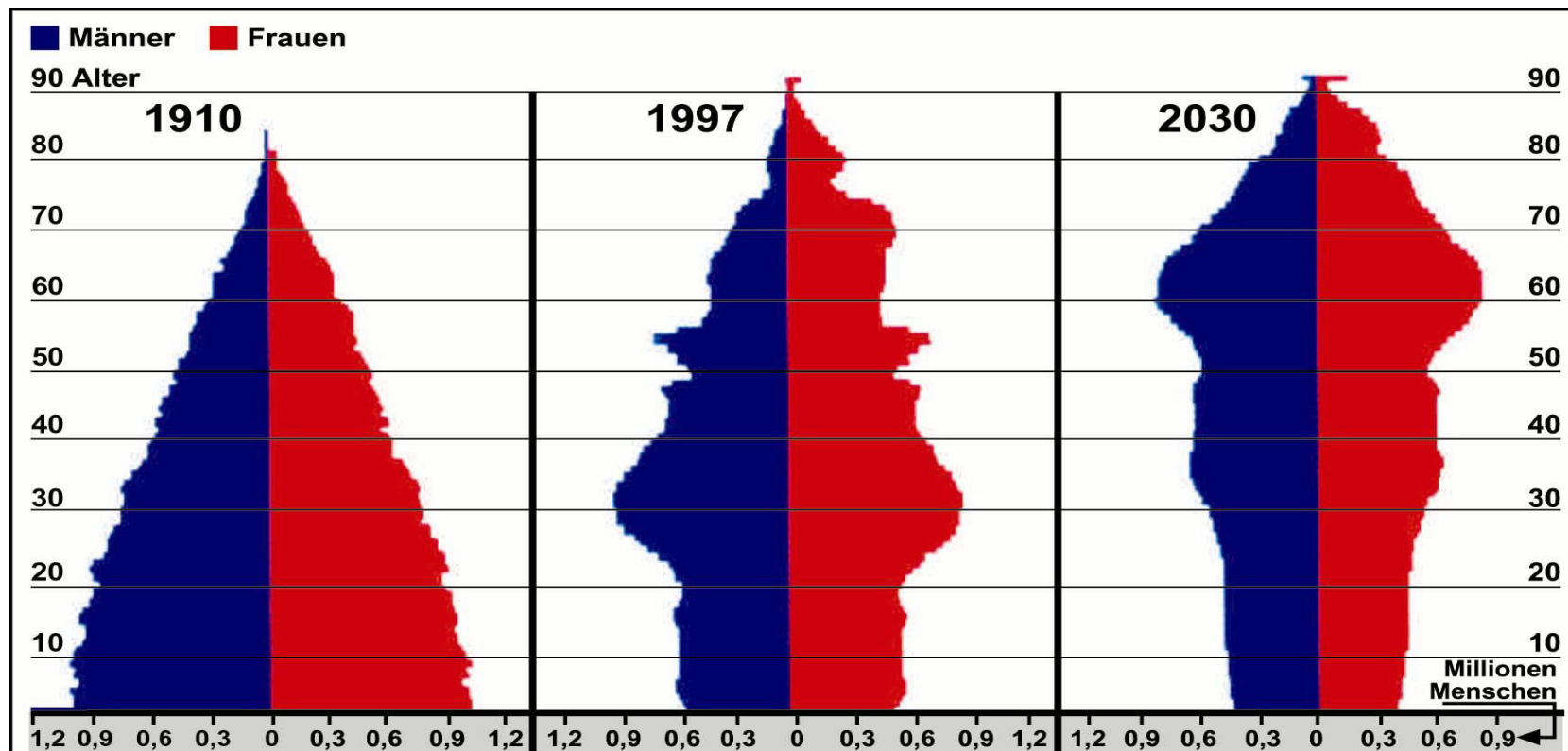
# Warum „Reformen“ – der Staat zieht sich zurück!



# 10. koordinierte Bevölkerungsprojektion: 2001 bis 2070

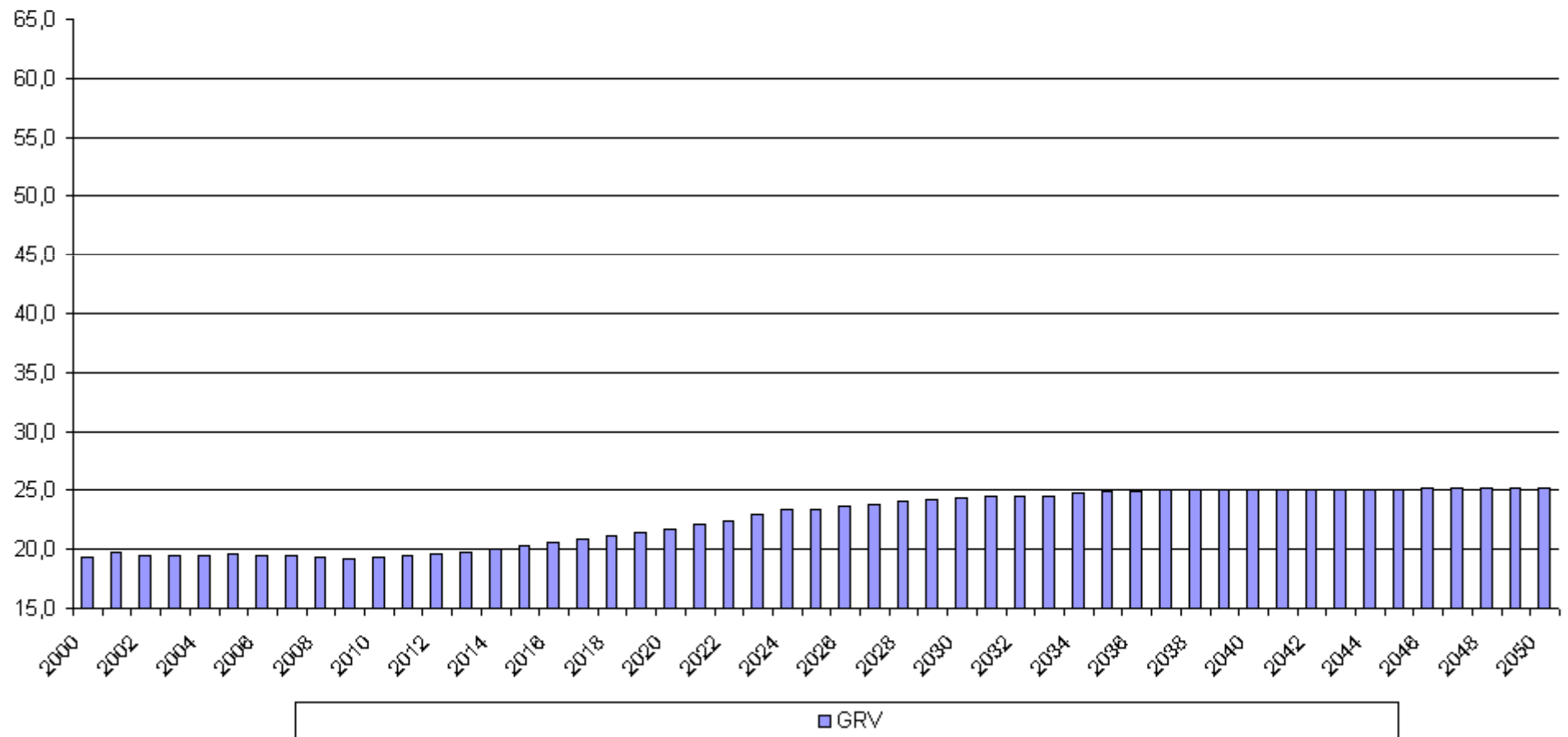


# Die demographische Bevölkerungsentwicklung

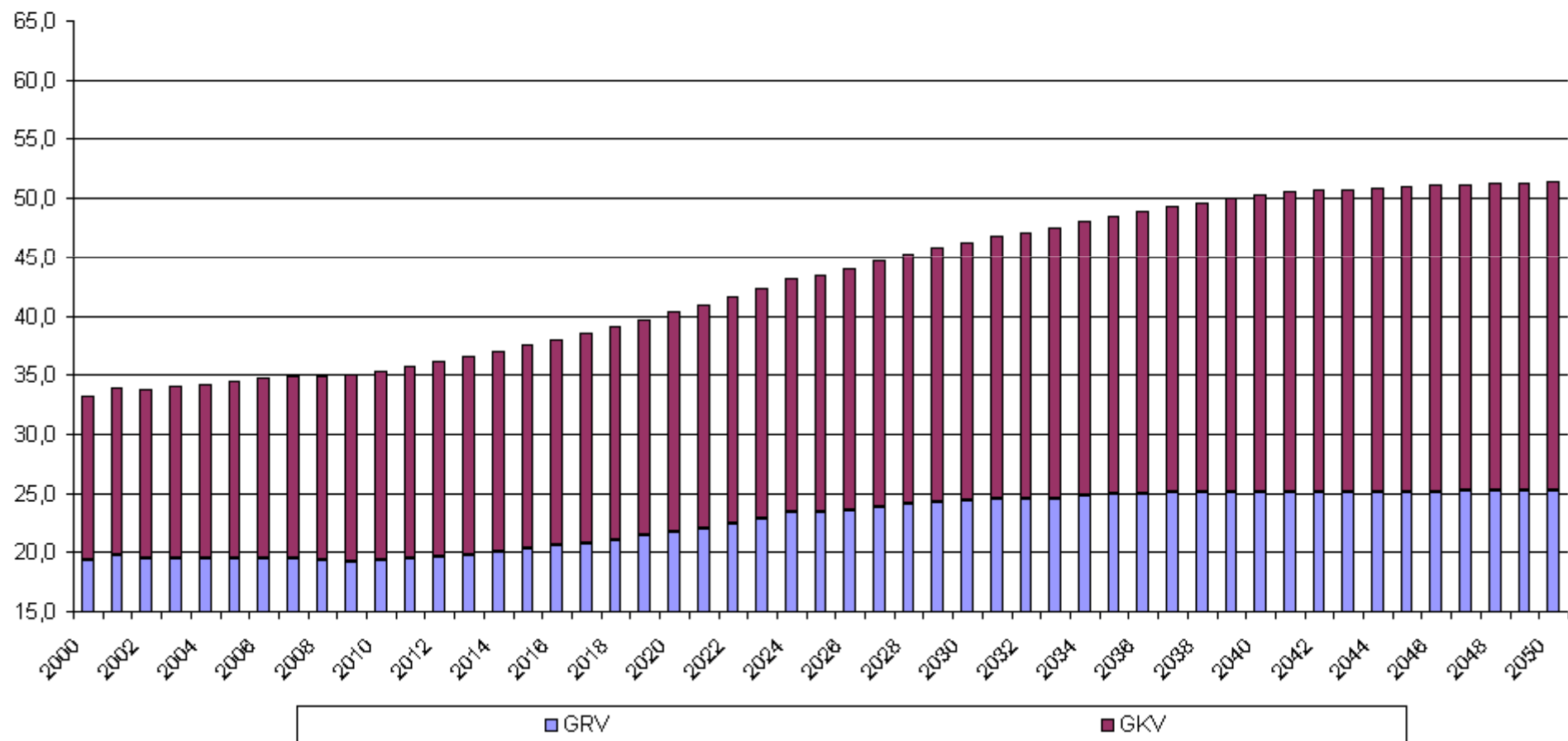


Quelle: Volkszählung 1910, Bevölkerungsfortschreibung des ÖSTAT; Bevölkerungsschätzung des ÖSTAT 1998-2050 (mittlere Variante) **profil** infografik-noa

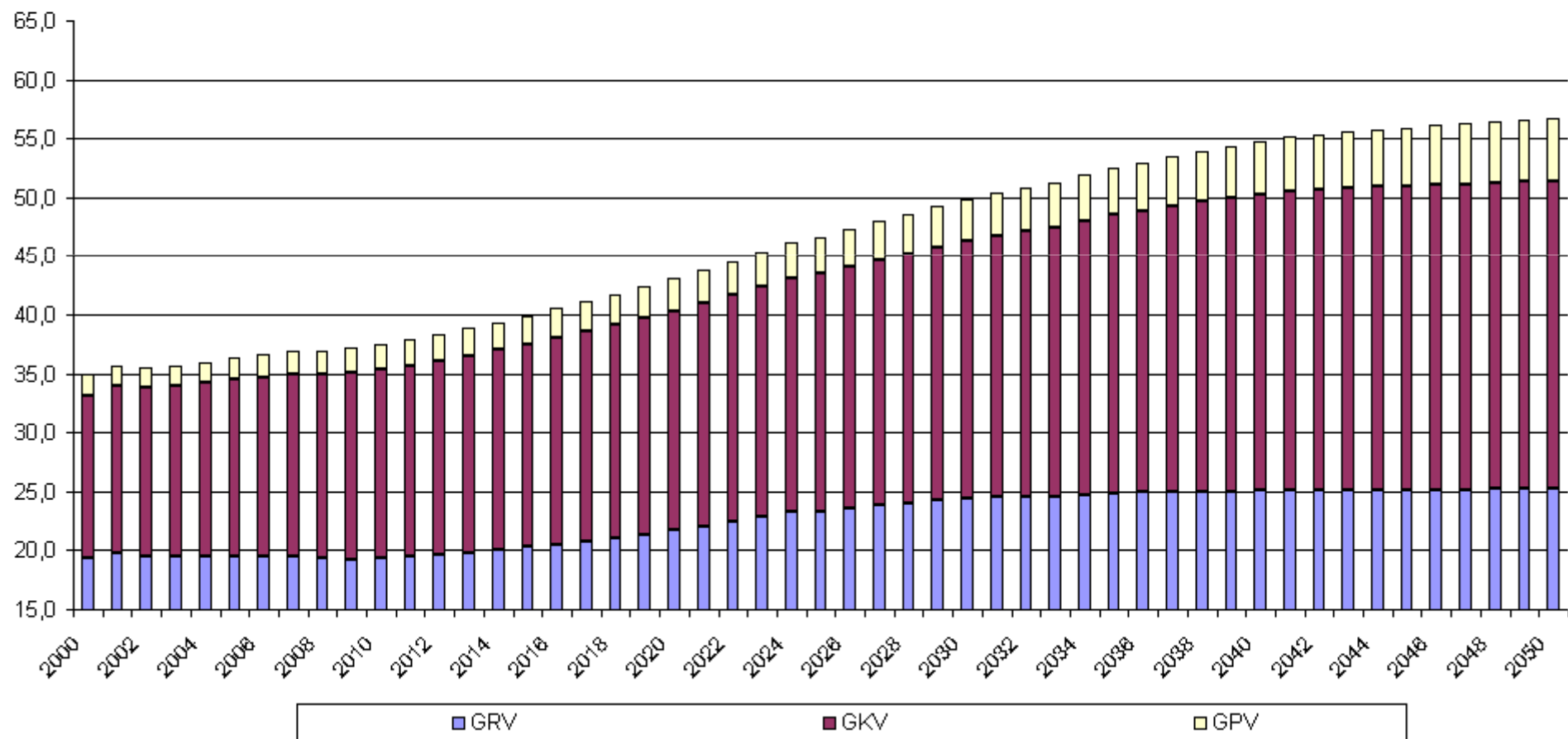
# Sozialversicherungsbeiträge in Deutschland 2000-2050



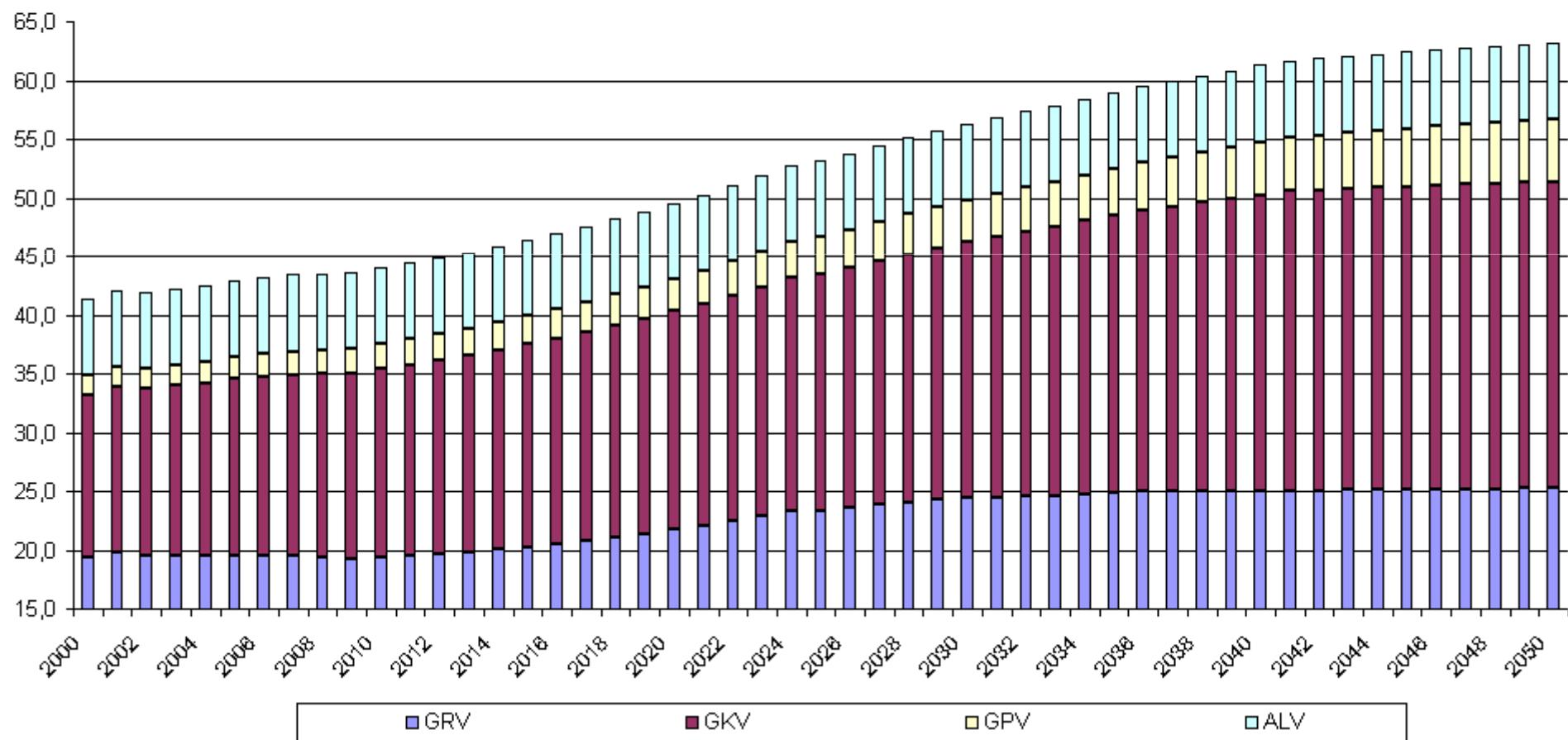
# Sozialversicherungsbeiträge in Deutschland 2000-2050



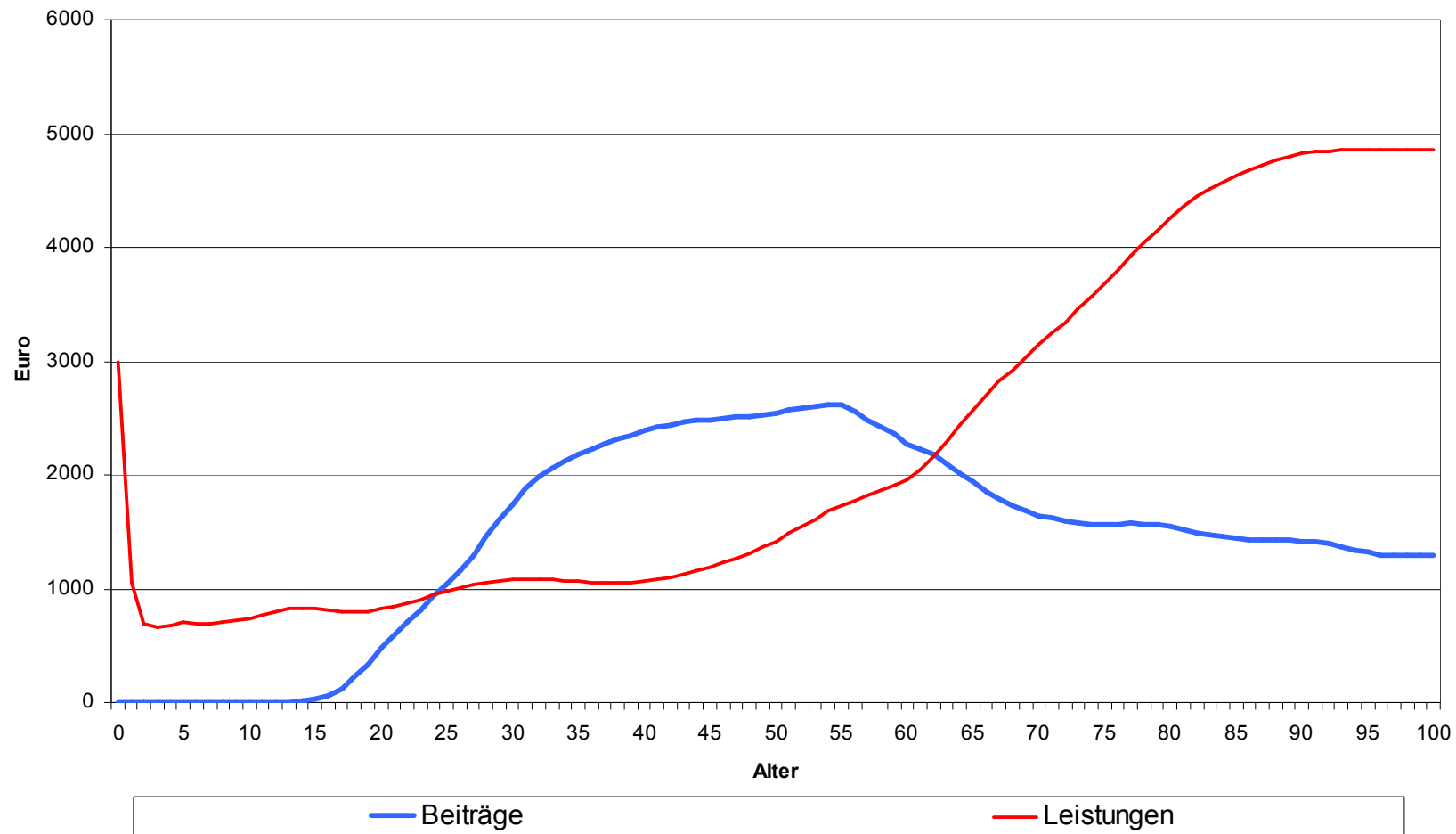
# Sozialversicherungsbeiträge in Deutschland 2000-2050



# Sozialversicherungsbeiträge in Deutschland 2000-2050



## Altersspezifische Beiträge und Leistungen der GKV



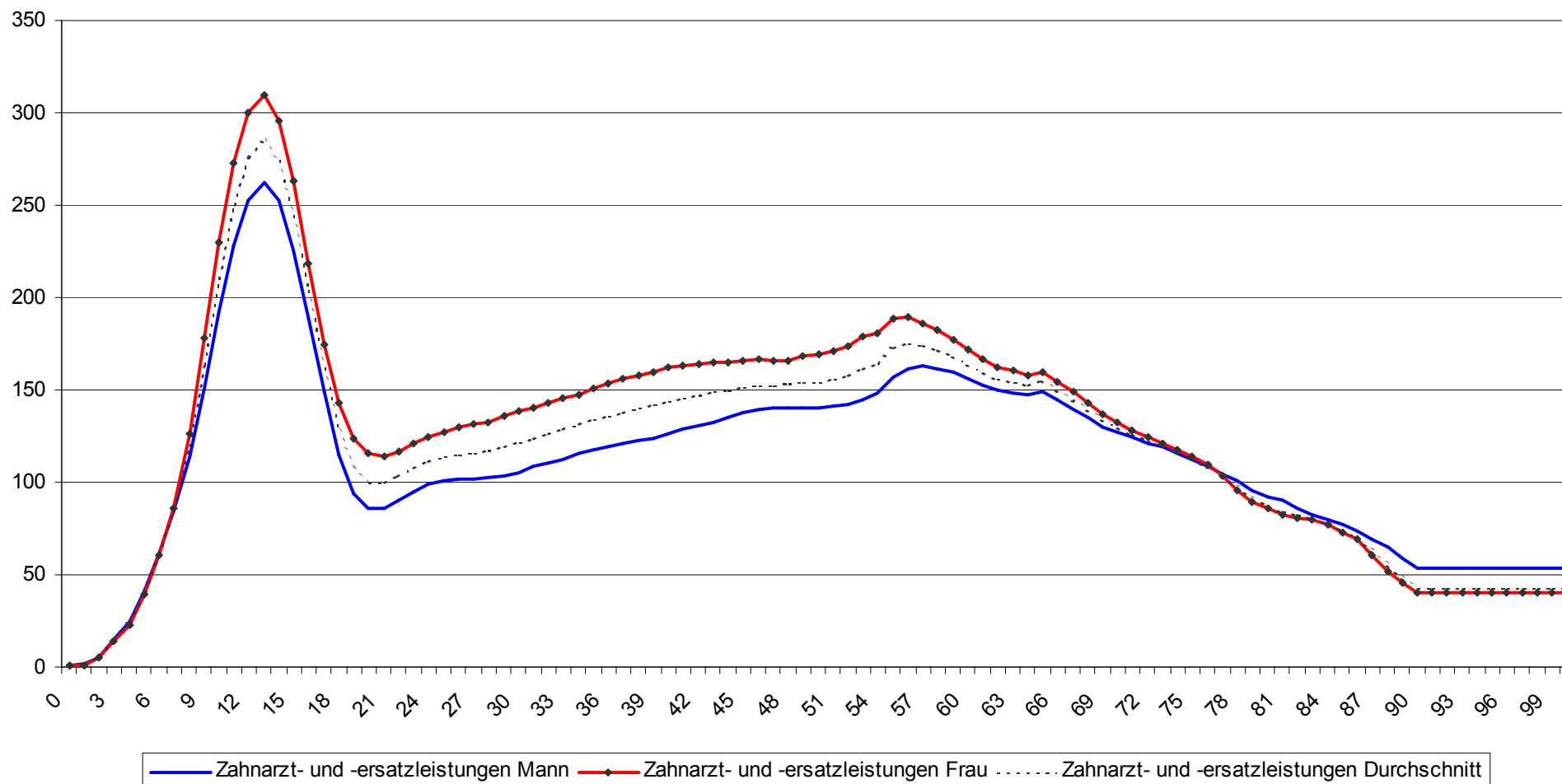


# Freiburger Agenda zur GKV

## Die drei Komponenten der Agenda:

1. Vermeidung eines zusätzlichen Kostendrucks im stationären Bereich durch ordnungs- und wettbewerbs-politische Maßnahmen (Preisverhandlung, Vertragsfreiheit etc.)
2. Einführung eines Selbstbehalts von 900 € p.a. ab dem Jahr 2005 für ambulante Leistungen und Medikamente
3. Vollständige Ausgliederung von zahnmedizinischen Leistungen in Stufen von jeweils 10 Prozent im Zeitraum 2005 bis 2014

## Altersspezifische Zahnbehandlungs- und Zahnersatzleistungen



# Zweiklassengesellschaft



## „Zweiklassengesellschaft“ das SGB V:

### Die gesetzliche Krankenversicherung:

§1: ...die Krankenversicherung hat als Aufgabe die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern.

§ 12 (1): ...die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein

# Warum Zusatzversicherung

Staat zieht sich aus der Verantwortung zurück

Grundabsicherung

Eigenverantwortung (Eigenfinanzierung) wird erhöht

Notwendigkeit beachten

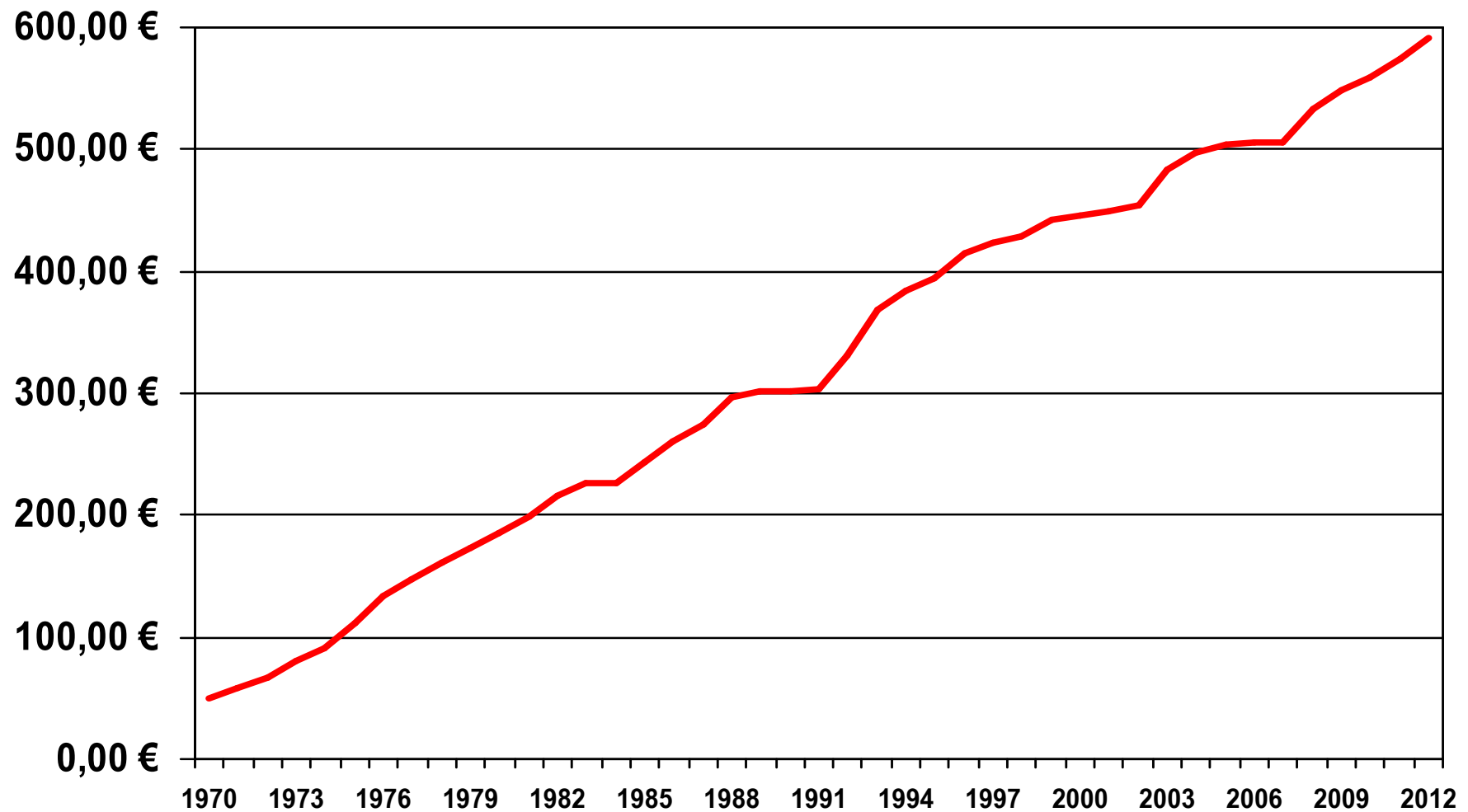
wirtschaftliche Risiken begrenzen

## Ein Beispiel:

### Ein Mann erlitt eine stabile Wirbelfraktur ohne Rückenmarksschädigung

-Notfalltransport zum KH	Zuzahlung 10%, max. 10,-€	= 10,00 €
-28 Tage stationärer Aufenthalt	Zuzahlung 10,-€/Tag	= 280,00 €
-21 Tage stat. Reha-Maßnahme	Zuzahlung 10,-€/Tag	= 210,00 €
-Indiv. Orthop. Korsett 1.600 €	Zuzahlung 10%, max. 10,-€	= 10,00 €
-Medikamente (Schmerzmittel, Medikamente gegen -Ödem u. Arthrose), nicht verschreibungspflichtig → keine Erstattung		= 80,00 €
-4 Nachbehandl. beim Hausarzt	Zuzahlung 10,-€/Quartal x3	= 30,00 €
-30 x Krankengymnastik à 20,- €	Zuzahlung 10%	= 60,00 €
je Verordnung (3 x 10) zusätzlich	Zuzahlung 10,-€	= 30,00 €
<b>-Gesamtsumme der Zuzahlungen / Belastung</b>		<b>= 710,00 €</b>

## Durchschnittlicher Höchstbeitrag zur gesetzlichen KV:



Entweder...



Quelle: Stuttgarter Zeitung, 25.8.2003



...oder:



Quelle: Stuttgarter Zeitung, 25.8.2003

## „Zweiklassengesellschaft“

- Vorgehensweise der Leistungserbringer
- Vergütung
- Budgets
- Nichtleistungen
- Festbeträge
- Vertragsverhältnisse/zweigliedriges System

# Einführung in die KV

## Versicherungssysteme der KV

**Gesetzliche  
Krankenversicherung**

**Sozialversicherung  
Solidaritätsprinzip**

**Private  
Krankenversicherung**

**Individualversicherung  
Äquivalenzprinzip**

### **Solidaritätsprinzip:**

Beiträge nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit  
(prozentual vom Einkommen), Leistungen für alle gleich

### **Äquivalenzprinzip:**

Leistungen individuell gestaltet, Beiträge abhängig von  
Leistungsumfang, Gesundheitszustand, Eintrittsalter, Geschlecht

**Herzlich willkommen zur Vorlesung  
im Vertiefungsschwerpunkt II  
Studienjahr 2012/13**



**Dreimal staatliche Förderung:  
Riesterrente, Basisrente, bAV**

# Finanzierungsverfahren der gesetzlichen Rentenversicherung



**Erwerbstätige**



**Umlage-  
verfahren**



**Rentner**



# Deutschland 2030: ein GERASSIC PARC?

- Seit 30 Jahren sterben in Deutschland mehr Menschen als geboren werden.
- 2020 ist ein Großteil der Erwerbsfähigen 50 bis 64 Jahre alt.
- Was sind Aktien, Wertpapiere und Immobilien wert, wenn die geburtenstarken Jahrgänge verkaufen, um ihren Ruhestand zu finanzieren? Asset Meltdown = Notverkauf bei sinkenden Preisen
- Schon heute haben nur 39 % der 55-64-Jährigen einen Job.
- Mehr Kindergeld als in Deutschland gibt es nur in Luxemburg.

## Deutschland 2030: ein GERASSIC PARC?

- 1,34 Kinder je Frau – 2,1 wären nötig, um Bevölkerung ohne Migration konstant zu halten.
- Selbst wenn dieser Schnitt erreicht wird, geht die Abnahme und Alterung der Bevölkerung bis ca. 2080 weiter, weil die aktuelle Elterngeneration so ausgedünnt ist.
- Wenn die Überalterung durch Migration gestoppt werden soll, muss Deutschland bis 2050 ca. 190 Millionen Menschen aufnehmen, weil auch die Immigranten nur 1,4 Kinder zur Welt bringen.
- Ausgerechnet die umlagenfinanzierte GRV belohnt den Verzicht auf Kinder!

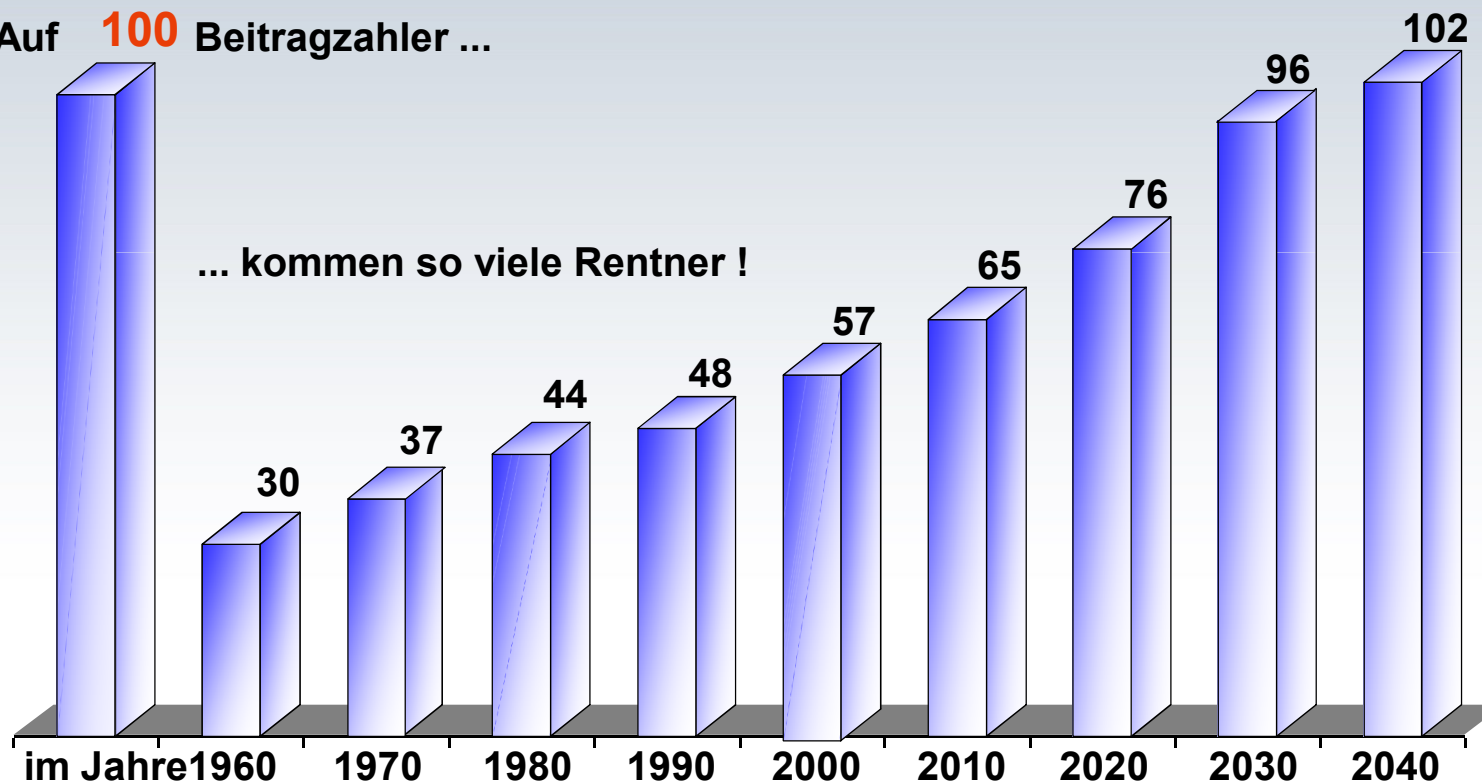


# „Rentner-Zukunft“ - die gesetzliche Rentenversicherung

BEITRÄGE? / LEISTUNGEN?

Auf **100** Beitragzahler ...

... kommen so viele Rentner !



## Entwicklung der Beitragssätze zur Sozialversicherung

In Prozent



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes



Deutsche  
Vermögensberatung

# Was bisher geschah: Reformen der letzten Jahre



## Beitrag und Leistung in der GRV: 2001-2009

	2001	2004	2005	2009
Durchschnittsentgelt	2.330 €	2.452 €	2.464 €	2.573 €
Beitragssatz	19,10 %	19,50 %	19,50 %	19,90 %
Monatsbeitrag	445 €	478 €	480,50 €	512,08 €
Volle EMR	970 €	692 €	660 €	611 €
Halbe EMR	485 €	346 €	330 €	305 €
Altersrente mit 63 J.	1.080 €	774 €	738 €	630 €
Altersrente mit 65 J.	1.214 €	873 €	833 €	770 €
<b>Altersrente mit 67 J.</b>				<b>804 €</b>



# Gesetzliche Rentenversicherung: Bestandsschutzgarantie?

## **Bestandsschutzgarantie?**

**Die gesetzliche Rentenversicherung ist eine Solidargemeinschaft, deren Rechte und Pflichten im Laufe der Zeit vielfachen Veränderungen unterliegen können.**

**Wer einer so geprägten Solidargemeinschaft beiträgt, trägt mit den anderen Versicherten auch ihre Risiken.**

**Entscheidung des BVG (BVerfG)  
v. 01.07.82 - BvR 874/77**



# Die Merkmale des Alterseinkünftegesetzes

Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts:  
Die Besteuerung von Beamtenpensionen und Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (gRV) muss gleich gestellt sein



Der Gesetzgeber handelt: Inkrafttreten des AltEinkG zum 01.01.2005



Folge: Ab 2005 wurde die Ertragsanteilbesteuerung der Renten aus der gRV zugunsten der nachgelagerten Besteuerung aufgegeben



Langfristig werden mehr Rentner von ihren Altersbezügen (höhere) Steuern zahlen



Im Gegenzug werden bei allen Steuerpflichtigen die Beiträge zur gRV steuerlich entlastet und zusätzliche Vorsorgemaßnahmen gefördert



# Altersversorgung – die drei Schichten



## 3 Schichten der Altersvorsorge

**3**

### 3. Schicht: übrige Vorsorge/Kapitalanlage

- private Rentenversicherung, Kapital-LV
- Sparpläne etc.

**2**

### 2. Schicht: kapitalgedeckte Zusatzvorsorge

- „*Riester-Rente*“
- betriebliche Altersversorgung

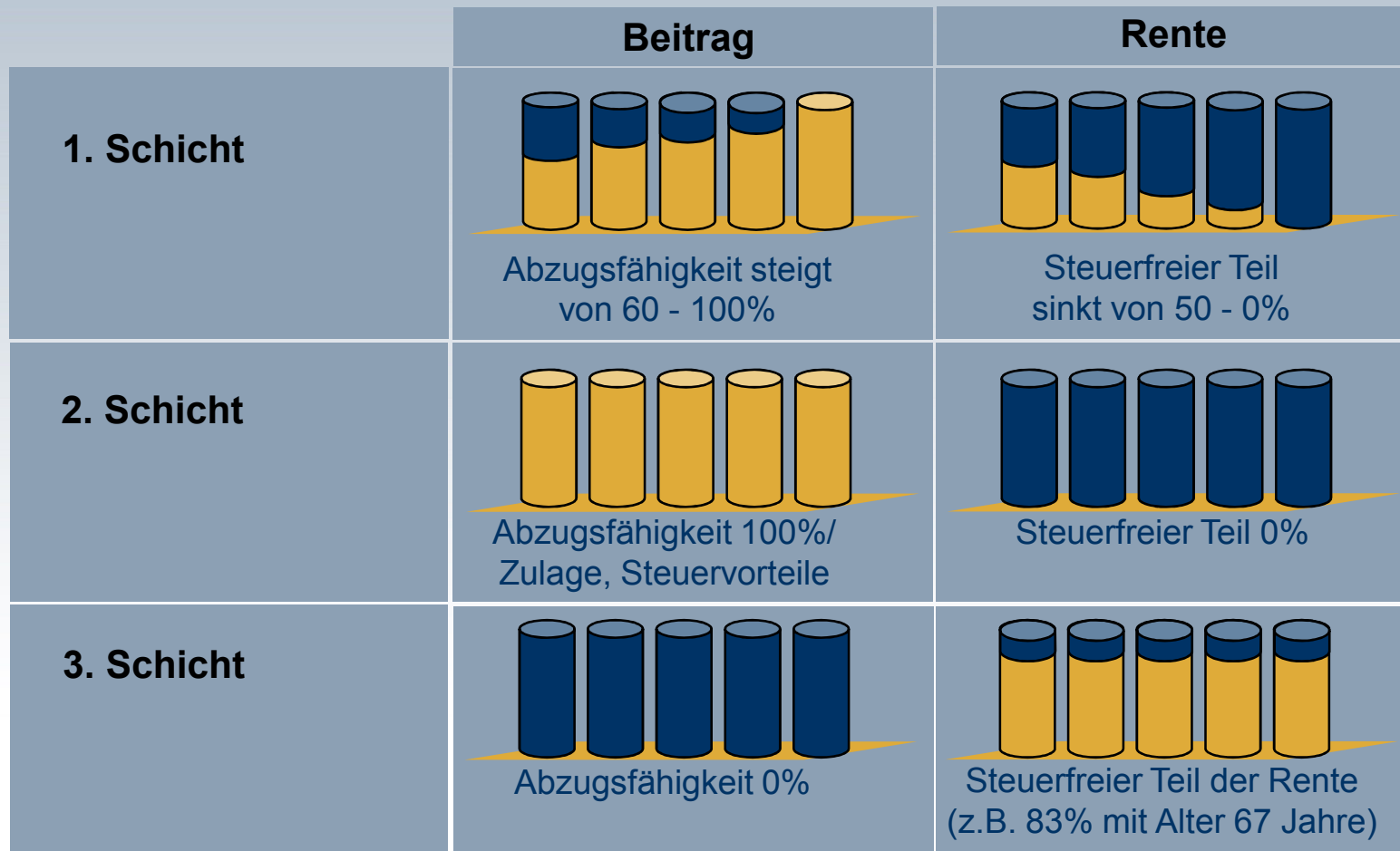
**1**


### 1. Schicht: Basisversorgung


- gesetzliche Rentenversicherung
- berufsständische Versorgung
- neue private Rentenversicherung (Basis- oder Rürup-Rente)



# Steuerliche Behandlung im Vergleich



 steuerfrei bzw. abzugsfähig

 nicht steuerfrei bzw. nicht abzugsfähig





---

# Wer hat Anspruch auf die Förderung?

**Alle, die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zahlen sowie Beamte, Richter, Soldaten und Hartz IV-Empfänger!**



**Über 40.000.000 Menschen!**

**Aktuell knapp 16 Millionen Verträge, d.h.  
nach 10 Jahren Förderung haben bisher gerade einmal  
40 % eine Riester-Rente abgeschlossen!**



# Wer hat Anspruch auf die Förderung?

**Alle, die Pflichtbeiträge  
zur gesetzlichen  
Rentenversicherung  
zahlen**



- Arbeitnehmer / Auszubildende in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst
- Wehr- und Zivildienstleistende
- Empfänger von Arbeitslosengeld/ Arbeitslosengeld II
- Empfänger einer vollen gesetzlichen Erwerbsminderungsrente bzw. Versorgung bei Dienstunfähigkeit
- Landwirte
- Kindererziehende während der Kindererziehungszeit
- freiwillig oder pflichtversicherte Selbstständige
- Geringfügig Beschäftigte (wenn sie auf die Versicherungsfreiheit verzichtet haben)
- Beamte, Richter und Soldaten

# Wer hat keinen Anspruch auf die Förderung?

**Alle, die keine Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zahlen bzw. keine Beamten, Richter oder Soldaten sind**



- Selbstständige
- Versicherte in einem berufsständischen Versorgungswerk (z. B. Rechtsanwälte, Ärzte, Architekten)
- Geringfügig Beschäftigte
- Freiwillig Versicherte
- Sozialhilfebezieher
- Studenten
- Hausfrauen /-männer

# Welche Zulagen gibt es?

## Grundzulage

- Grundzulage => jede berechnigte Person
- jeder Ehegatte => bei eigenem Altersvorsorgevertrag

## Kinderzulage

- für jedes kindergeldberechnigte Kind
- je Kind nur einmal gezahlt
- auf Vertrag der Mutter bei Ehegattenveranlagung (abweichende Bestimmung beider Elternteile möglich)
- Kinderzulage wird auch gezahlt, wenn das Kind einen eigenen Vertrag hat und Grundzulage erhält (z. B. bei Auszubildenden)

## Berufseinsteigerbonus (ab 2008)

- einmalige "Extra"-Zulage für Förderberechnigte unter 25 Jahren




# Höhe der Zulagen

	<b>Grundzulage p. a.</b>	<b>Kinderzulage p. a. (Geburten vor 2008)</b>	<b>Kinderzulage p. a. (Geburten ab 2008)</b>
<b>2002/2003</b>	€ 38,-	€ 46,-	€ 46,-
<b>2004/2005</b>	€ 76,-	€ 92,-	€ 92,-
<b>2006/2007</b>	€ 114,-	€ 138,-	€ 138,-
<b>seit 2008</b>	€ 154,-	€ 185,-	€ 300,-
<b>Berufseinsteigerbonus für unter 25-jährige € 200,- einmalig</b>			



# Mindesteigenbeitrag / Sockelbetrag – Welche Beiträge müssen gezahlt werden?

Jahr	vom RV-pflichtigen Vorjahres-Einkommen (inklusive Zulagen)	
2002/2003	1%	} abzüglich staatlicher Zulagen
2004/2005	2%	
2006/2007	3%	
<b>seit 2008</b>	<b>4%</b>	
	... um volle Zulage zu erhalten!	

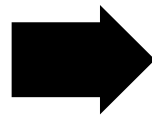


Sockelbetrag p. a.  
seit 2005 € 60,-

... unabhängig von der Anzahl der Kinder

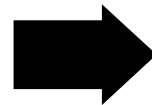
# Wie wird die Förderung ausgezahlt?

Die **Zulage** wird  
von der ZfA



direkt auf den  
begünstigten Vertrag  
überwiesen.

Die **Steuerersparnis**  
wird



bei der Einkommensteuer-  
festsetzung verrechnet.

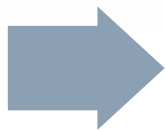


# Maximal förderfähige Sparbeiträge

Jahr	Max. geförderte Sparleistung
2002/2003	525,- €
2004/2005	1.050,- €
2006/2007	1.575,- €
seit 2008	2.100,- €



**... um maximalen Sonderausgabenabzug zu nutzen!**



## **Steuerersparnis**

Beiträge = zusätzliche  
Sonderausgaben

## **„Günstigervergleich“**

Steuerersparnis > Zulage:  
Differenz = Steuerrückzahlung





## 2005 wurde die RIESTER-RENTE noch attraktiver!



- Dauerzulagenantrag gleich mit dem Antrag oder dem Kundeninformationspaket beantragen.
- 30 % Kapitalauszahlung einmalig bei Rentenbeginn möglich.
- Zusammenfassung von 12 Monatsrenten möglich.
- Kapitalabfindung von Kleinstrenten möglich.
- Einheitlicher Sockelbetrag: 60 € jährlich

# Die neuen Zertifizierungskriterien



- Vertrag kann gekündigt werden, beitragsfrei gestellt, das Deckungskapital übertragen und für Wohneigentum verwendet werden.
- Abschluss- und Vertriebskosten werden auf 5 Jahre verteilt.
- Lebenslange Rente oder Auszahlplan mit Restverrentung.
- Garantie der eingezahlten Beträge.
- Unisex-Tarife auf Endalter 60 ab 2006.



# Weitere Verbesserungen durch das Eigenheimrentengesetz (EigRentG) zum 01.01.2008

- Einführung eines Berufseinsteigerbonus von einmalig 200 € für Förderberechtigte unter 25 Jahren
- Direkte Förderberechtigung für Empfänger einer vollen Erwerbsminderungsrente bzw. Versorgung wegen Dienstunfähigkeit
- „Wohn-Riester“-Förderung: Verbesserte Möglichkeiten zur Nutzung eines Riester-Vertrages bei der Eigenheim-Finanzierung



# „Wohn-Riester“: Neue Möglichkeiten für die eigenen vier Wände

Zur Finanzierung von Wohneigentum kann aus Riester-Verträgen mehr und flexibler Kapital entnommen werden als bisher:

- für Kauf, Bau oder Entschuldung einer selbst genutzten Wohnimmobilie
- bis zu 75% oder alternativ 100 % des Vertragsguthaben
- ohne Mindestbetrag und Rückzahlungsverpflichtung
- auch aus Verträgen, die vor dem 01. Januar 2008 abgeschlossen wurden



# Wofür kann ich „Wohn-Riester“ nutzen?

Das Riester-Kapital darf für die Finanzierung oder der Entschuldung einer selbst genutzten Wohnung verwendet werden.

§ 92a EStG schreibt hier vor:

Wohnung in einem Haus

Eigentumswohnung

Genossenschaftswohnung, Dauerwohnrecht im Senioren- oder Pflegeheim

Nicht förderfähig ist eine Ferienwohnung oder ein Altersdomizil außerhalb Deutschland, ein Zweifamilienhaus oder die altersgerechte Umrüstung des Hauses.

# „Wohn-Riester“: So funktioniert die nachgelagerte Besteuerung

Das zur Eigenheim-Finanzierung verwendete Riester-Kapital wird nachgelagert besteuert.



Einmalbesteuerung  
des Kapitals zum  
Rentenbeginn mit  
30 % Nachlass

Kunde kann  
wählen  
zwischen



jährlicher Besteuerung  
gleich bleibender  
Raten längstens  
bis zum 85. Lebensjahr



# „Wohn-Riester“: Was passiert, wenn...

## ... die Immobilie verkauft oder vermietet wird?

- ➔ Verwendetes Riester-Kapital muss sofort mit dem individuellen Steuersatz versteuert werden
- ➔ Bei Einmalbesteuerung ist 30%iger Nachlass bis 20 Jahre danach „nachzuversteuern“:
  - im 1. – 10. Jahr mit dem 1 ½ fachen
  - im 11. – 20. Jahr mit dem 1-fachen

## ... der Kunde verstirbt?

- ➔ evtl. Rest-Steuerschuld mindert das Erbe



### **ABER:**

Förderunschädliche Übertragung möglich

- auf Folgeimmobilie
- auf anderen Riester-Vertrag
- auf Vertrag des überlebenden Ehegatten



# Details zur Förderung von Erwerbsgeminderten

- **Voraussetzung:**  
Vor Erwerbsunfähig-/Dienstunfähig lag Riester-Förderfähigkeit vor
- **Bemessungsgrundlage für Mindesteigenbeitrag:**
  - Jahresbetrag der Rente vor Abzug einbehaltener eigener Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
  - zzgl. evtl. RV-pflichtige Einnahmen aus dem Jahr des Renteneintritts



**ACHTUNG!**  
Bisher mittelbar Förderfähige  
müssen seit 2008 vollen  
Mindesteigenbeitrag zahlen!



# Änderungen bei der Riester-Rente

## Zulagenberechtigung bei Grenzgängern

- **Bisher**: Zulagenberechtigung abhängig von **unbeschränkter** Steuerpflicht in Deutschland
- **Neu**: Zulagenberechtigung nur noch von **Pflichtmitgliedschaft in der deutschen GRV / Beamtenversorgung** abhängig
- Bestandsschutzregelung:
  - Riester-Vertrag bestand schon vor 01.01.2010
  - Pflichtversicherung in ausländischer GRV bestand vor 01.01.2010

# Die Kritik an Riester greift zu kurz!

## Riester ist rentabel!

**n-tv** Lebenserwartung steigt enorm- 100 Jahre bald normal  
29. September 2007

Beispielhafte Eigenbeitragsrenditen für ein durchschnittliches Marktangebot einschließlich Kosten

Beispiel	Summe Eigenbeiträge	30% Kapitalauszahlung mit 67	Rentensumme bis 85 (Lebenslange Jahresrente ab 67 mit 1% jährlicher Steigerung)
<b>Alleinerziehende</b> 30 Jahre, 18.000 € Jahreseinkommen	14.642 €	18.692 € 7,6%	48.593 € 6,4%
<b>Familie, zwei Kinder</b> Frau 36 Jahre, 45.000 € Jahreseinkommen	42.851 €	33.452 € 5,8%	88.634 € 4,8%
<b>Single</b> 35 Jahre, 30.000 € Jahreseinkommen	33.472 €	23.639 € 4,8%	62.412 € 4,0%

Quelle: GDV, eigene Berechnungen

Gut zu wissen: Ihr Vermögensberater kann Ihnen mit den Riester-Lösungen der DVAG zu überdurchschnittlichen Renditechancen verhelfen!

## Riester ist flexibel!

- ✓ Beitrag, Anbieter und Sparform können beliebig geändert werden
- ✓ Vererbbar
- ✓ Neben der Rentenleistung ist auch eine einmalige Auszahlung von 30% des Kapitals möglich
- ✓ Bis zu 100% Kapitalentnahme zur Immobilienfinanzierung möglich

## Riester ist sicher!

1. Garantie der eingezahlten Beiträge und Zulagen zum Rentenbeginn durch Anbieter
2. Staatliche Zertifizierung
3. Zusätzliche Sicherheit durch starke Produktpartner
4. Garantierte Verzinsung und garantierte lebenslange Rentenzahlung möglich



# Altersversorgung – aus Säulen werden Schichten

## 3 Schichten der Altersvorsorge

**3**

### 3. Schicht: übrige Vorsorge/Kapitalanlage

- private Rentenversicherung, Kapital-LV
- Sparpläne etc.

**2**

### 2. Schicht: kapitalgedeckte Zusatzvorsorge

- „Riester-Rente“
- betriebliche Altersversorgung

**1**

### 1. Schicht: Basisversorgung

- gesetzliche Rentenversicherung
- berufsständische Versorgung
- neue private Rentenversicherung (Basisrente)



# Die gesetzlichen Besonderheiten der Basisrente



- Reine Rentenversicherung analog gRV - nur privat
- Lebenslange Rente ohne Kapitalzahlung
- Frühester Rentenbeginn mit Alter 60 J.
- Rente ist nicht vererbbar, aber:
  - ▶ im Todesfall statt einmaliger Kapitaleistung verrentete Hinterbliebenenleistung an Ehegatten und/oder waisengeldberechtigte Kinder möglich
- Keine Beleihung (kein Policendarlehen), Übertragung, Abtretung, Verpfändung möglich
- Keine Auszahlung bei Kündigung – nur Beitragsfreistellung möglich



# Für wen ist die Basisrente interessant?

·Selbstständige

·Freiberufler mit berufsständischem Versorgungswerk  
(z.B.: Ärzte, Anwälte, Apotheker,...)

·Arbeitnehmer ab ca. 30.000 € Jahresbrutto (Stkl. 1)



# Steuerliche Behandlung der Basisrente

## Die steuerlichen Übergangsphasen

### Ansparphase

- Ab 2005 können **60%** der Gesamtversicherungsbeiträge abgezogen werden. Dieser Prozentsatz steigt in den Folgejahren um **2%** an und erreicht im Jahr 2025 dann **100%**.

**Günstigerprüfung bis 2019**

### Auszahlungsphase

- Ab 2005 werden **50%** der Rente nachgelagert besteuert. Dieser Prozentsatz steigt bis 2020 um jährlich **2%** auf **80%** und bis 2040 um jährlich **1%** auf **100%** an.

**Bildung von Besteuerungs-Kohorten**



# Steuerliche Behandlung der Basisrente

## Die steuerlichen Übergangsphasen

### Ansparphase

- Nach einer Übergangsphase (2005 bis 2025 ) sind die Beiträge in voller Höhe als Sonderausgaben steuerlich absetzbar (max. 20.000,- /40.000,- € ggfs. abzgl. AG-Anteil zur Sozialversicherung bzw. fiktiver Gesamtbeitrag zur GRV).

### Auszahlungsphase

- Nach einer Übergangsphase (2005 bis 2040) werden die Leistungen voll nachgelagert besteuert.



# Was bringt der Sonderausgabenabzug?

## Beispiel für das Beitragsjahr 2011

Arbeitnehmer, alleinstehend, 30.000 € Bruttojahreseinkommen

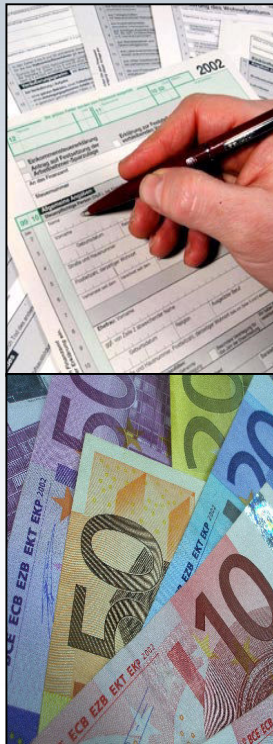
GRV-Rentenversicherungsbeitrag insgesamt	€ 5.970,-
+ BasisRente	€ 1.200,-
72 % werden max. berücksichtigt	€ 5.162,40
- steuerfreier AG-Anteil	€ 2.985,-
<b>= Abziehbarer Höchstbetrag</b>	<b>€ 2.177,40</b>
+ Vorsorgeaufwendungen für Kranken/Pflegevers.	€ 2.729,10
<b>= abziehbare Vorsorgeaufwendungen</b>	<b>€ 4.906,50</b>

**€ 871,65 weniger Steuern  
im Jahr!\***

\*Grenzsteuersatz: 30 %



# Die steuerliche Auswirkung der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung



**Jährliche steuerliche Entlastung durch Sonderausgabenabzug Altersvorsorgeaufwendungen für einen ledigen Arbeitnehmer**

**...alleine aus Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung!**

<b>Bruttolohn</b>	<b>72% (2011)</b>	<b>80% (2015)</b>	<b>100% (2025)</b>
€ 20.000 ,–	€ 109 ,–	€ 202 ,–	€ 431 ,–
€ 30.000 ,–	€ 279 ,–	€ 442 ,–	€ 843 ,–
€ 40.000 ,–	€ 493 ,–	€ 741 ,–	€ 1.352,–
€ 50.000 ,–	€ 753 ,–	€ 1.103 ,–	€ 1.963 ,–
€ 60.000 ,–	€ 1022,–	€ 1.482 ,–	€ 2.625 ,–

**Schrittweise Steigerung um 2% p. a.; Einkommensteuertarif 2011**

# Günstigerprüfung



- Steuerpflichtige sollen nach neuem Recht nicht schlechter gestellt werden als nach bisherigem Recht

## „Günstigerprüfung“

- 2005 bis 2019 (ab 2011 schrittweiser Abbau)
- Wirkt besonders stark bei Selbstständigen
- Nach Jahressteuergesetz 2007 sind Basis-Renten-Beiträge immer ab dem 1. Beitragseuro abzugsfähig



# So funktioniert die Günstigerprüfung – Kurzfassung in drei Schritten

## Vergleich Abzugsvolumen

Neues Steuerrecht (EStG ab 01.01.2005)

- Vorsorgeaufwendungen für Kranken – und Pflegeversicherung, wenn unter Grenzbetrag von € 1.900,- / 2.800 € + Sonstige Vorsorgeaufwendungen\* + Beiträge zur 1. Schicht (incl. GRV) x 72% (für 2011), abzgl. evtl. AG-Anteil GRV

1

Altes Steuerrecht (EStG bis 31.12.2004)

- Vorsorgeaufwendungen gesamt incl. Beiträge zur Basisrente (z.B. für einen ledigen Selbstständigen max. € 5.069,- ; für einen ledigen Angestellten i.d.R. max. € 2.001,-)

2

Altes Steuerrecht (EStG bis 31.12.2004) + Erhöhungsbetrag zur Basisrente (aus Jahressteuergesetz 2007)

- Vorsorgeaufwendungen gesamt (ohne Basisrente) + Erhöhungsbetrag 72% (für 2011) der Basisrenten-Beiträge

3

Günstigster  
Wert wird  
zugrunde  
gelegt



# Welche Vorteile bietet die Basisrente?

**„Steuersparmodell“ mit sehr guter Produktrendite**

**Die Basisrente ist „Hartz-IV-sicher“**

**Die Basisrente ist eine insolvenzgeschützte Altersvorsorge**

**Unbürokratische Förderung über Sonderausgabenabzug**

**Hohe geförderte Beitragssummen ermöglichen die Schließung von größeren Versorgungslücken**

# Betriebliche Altersversorgung

**Ein Muss für jedes Unternehmen!**

Denn seit 1. Januar 2002 hat jeder Arbeitnehmer das  
Recht auf eine Entgeltumwandlung (§ 1a BetrAVG)!!



# Was ist eine betriebliche Altersversorgung?

Ein Versorgungsversprechen des Arbeitgebers auf Leistungen

- im Alter und/oder
- bei Tod und/oder
- bei Berufsunfähigkeit.



# Wie funktioniert die betriebliche Altersversorgung?



Für den Versorgungsfall: Erleben / BU / Tod

# Wie kann die bAV finanziert werden?

## vom Arbeitgeber

Der Arbeitgeber zahlt aus eigenen Mitteln – zusätzlich zum bereits bestehenden Gehalt.

*Beispiel:*

*Anstelle einer Gehaltserhöhung wird in eine Direktversicherung oder Pensionskasse eingezahlt.*

## vom Arbeitnehmer als Entgeltumwandlung

Der Arbeitnehmer wandelt einen Teil des Gehalts um.

*Beispiel:*

*Umwandlung von laufendem Gehalt.*





## Für wen darf bAV gemacht werden?

### Arbeiter und Angestellte

auch Arbeitnehmer-Ehegatten, bei bestehendem,  
steuerlich anerkannten Arbeitsverhältnis

### Gesetzliche Vertreter juristischer Personen

Vorstandsmitglieder von AG, e.G., VVa.G., GmbH-  
Geschäftsführer, Komplementäre einer KG a.A.



# Zulässiger Personenkreis für die Hinterbliebenenversorgung

Die Hinterbliebenenversorgung darf Leistungen umfassen an

- die Witwe des Arbeitnehmers
- Kinder im Sinne § 32 EStG (auch Pflege-, Stief- und Enkelkinder, die im Haushalt des AN leben)
- den früheren Ehegatten
- den Lebensgefährten/Lebenspartner
- Dritte in Höhe von 8.000 €.

# Einsparung bei Sozialversicherungsbeiträgen

Beiträge bis zu 4 % der BBG (West) der Gesetzlichen Rentenversicherung (2.688 € in 2012)...

...darüber hinausgehende bis zu 1.800 € steuerfreie Beiträge

Arbeitgeberfinanziert	Arbeitnehmerfinanziert
Beiträge sind sozialversicherungsfrei.	Beiträge sind sozialversicherungsfrei.
Beiträge sind sozialversicherungspflichtig.	Beiträge sind sozialversicherungspflichtig.



# Unverfallbarkeit dem Grunde nach

Arbeitgeberfinanzierte  
Versorgung

Zum Zeitpunkt des Ausscheidens muss der Arbeitnehmer das **25. Lebensjahr** vollendet haben und die Versorgungszusage mindestens **5 Jahre** bestanden haben (§ 1b Absatz 1 BetrAVG) .

Arbeitnehmerfinanzierte  
Versorgung

Der Arbeitnehmer behält in jedem Fall seine Anwartschaft, wenn sein Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalles endet (sofortige Unverfallbarkeit nach § 1b Absatz 5 BetrAVG).



# Übertragungsanspruch (§ 4 Abs. 3 BetrAVG)

## ·Verbesserung der Portabilität

·Der Arbeitnehmer kann innerhalb eines Jahres nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses vom ehemaligen Arbeitgeber verlangen, dass der Übertragungswert auf den neuen Arbeitgeber übertragen wird, wenn

- es sich um eine ab 01.01.2005 erteilte Zusage handelt,
- die bAV über eine Direktversicherung, eine Pensionskasse oder einen Pensionsfonds durchgeführt wird und
- der Übertragungswert  $\leq$  Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung


Der Anspruch richtet sich gegen den Versorgungsträger, wenn der ehemalige Arbeitgeber die versicherungsvertragliche Regelung gewählt hatte.



# Übertragungsanspruch

Der neue Arbeitgeber ist verpflichtet,

- eine dem **Übertragungswert** wertgleiche Zusage zu erteilen
- und über eine **Direktversicherung**, eine **Pensionskasse** oder einen **Pensionsfonds** durchzuführen.



**Übertragungswert bei Direktversicherung:**  
Gebildetes Kapital im Zeitpunkt der Übertragung  
(Zeitwert der Versicherung einschließlich Überschuss-  
und Schlussüberschussanteile **ohne Abzüge**).



# Mögliche Zusagearten

Leistungszusage  
§ 1 Absatz 1 BetrAVG

Leistungen (Altersversorgung; Invalidität oder Hinterbliebenenversorgung) werden der Höhe nach zugesagt.

beitragsorientierte  
Leistungszusage  
§ 1 Absatz 2 Nr. 1 BetrAVG

Die Versorgungsleistungen ergeben sich nur mittelbar aus der Umwandlung von zugesagten Beiträgen unter Anwendung eines Umrechnungsalgorithmus (z.B. Tarif eines Versicherers).

Beitragszusage mit  
Mindestleistung  
§ 1 Absatz 2 Nr.2 BetrAVG

Der Arbeitgeber verpflichtet sich zur Zahlung von Beiträgen. Die **Höhe** der Leistung ergibt sich **erst zum Fälligkeitszeitpunkt** und hängt von der Anlageentwicklung ab. Mindestens muss sie der Summe der (Spar-)Beiträge entsprechen.



# Zusagearten und Haftung des Arbeitgebers

## Einstandspflicht des Arbeitgebers (§ 1 Absatz 1 Satz 3 BetrAVG)

„Der Arbeitgeber steht für die Erfüllung der von ihm zugesagten Leistungen **auch dann ein, wenn die Durchführung nicht unmittelbar über ihn erfolgt.**“

**Greift sobald und soweit der externe Versorgungsträger die zugesagte Leistung nicht erbringt.**

**Zusätzliche Sicherheit durch den Insolvenzschutzfonds der Versicherungswirtschaft.**





# Zusagearten und Haftung des Arbeitgebers

## Einstandspflicht des Arbeitgebers nach Zusagearten

Beitrags-orientierte Leistungszusage

**Anspruch des Arbeitnehmers:  
Garantierte Versicherungsleistung**

**Sparbeiträge + Garantieverzinsung**

**Haftungspotenzial des Arbeitgebers:  
Garantierte Versicherungsleistung**

Beitragszusage mit Mindestleistung

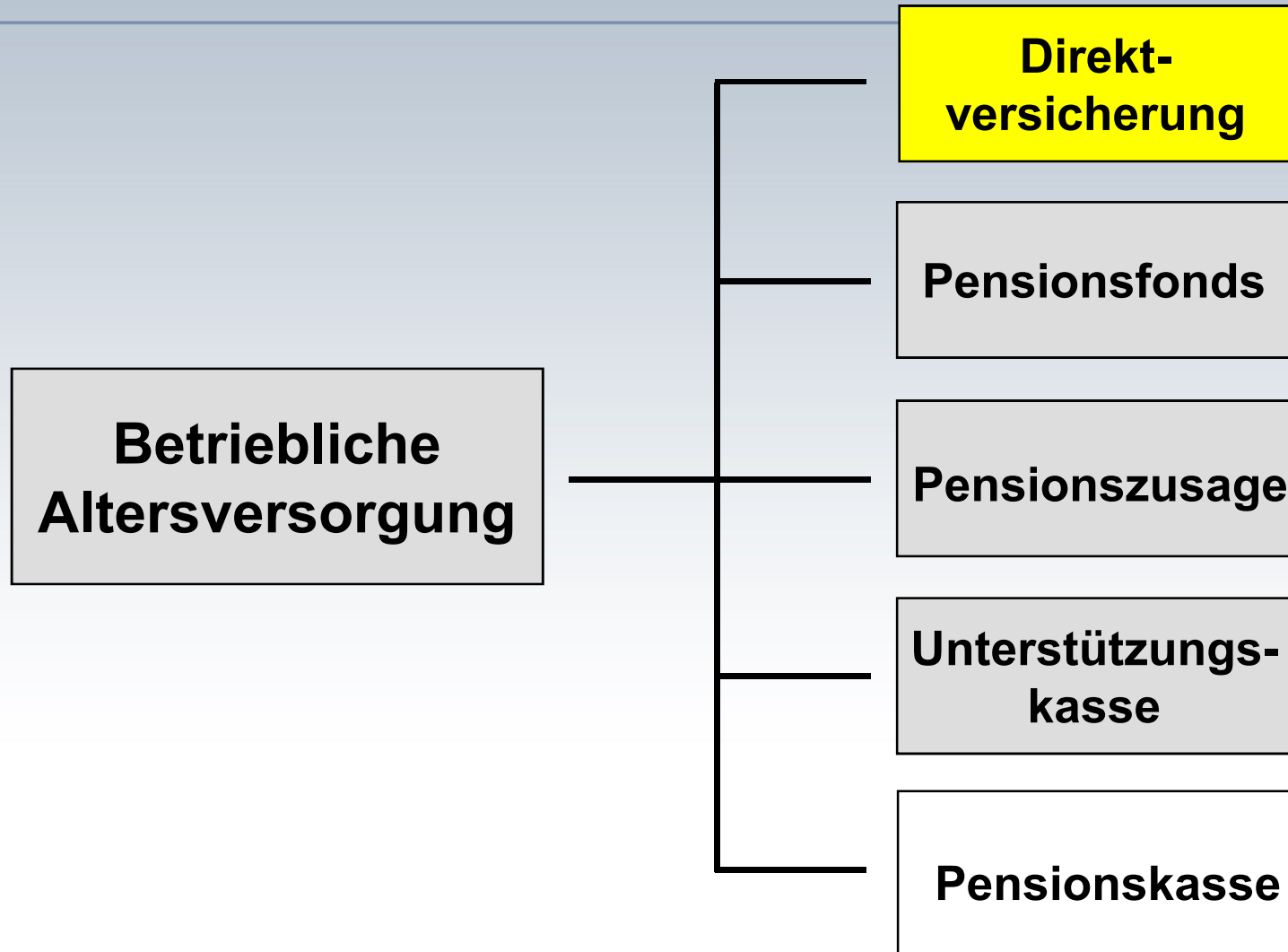
**Anspruch des Arbeitnehmers:  
Planmäßig zuzurechnendes Versorgungskapital**

**Sparbeiträge + erzielte Erträge**

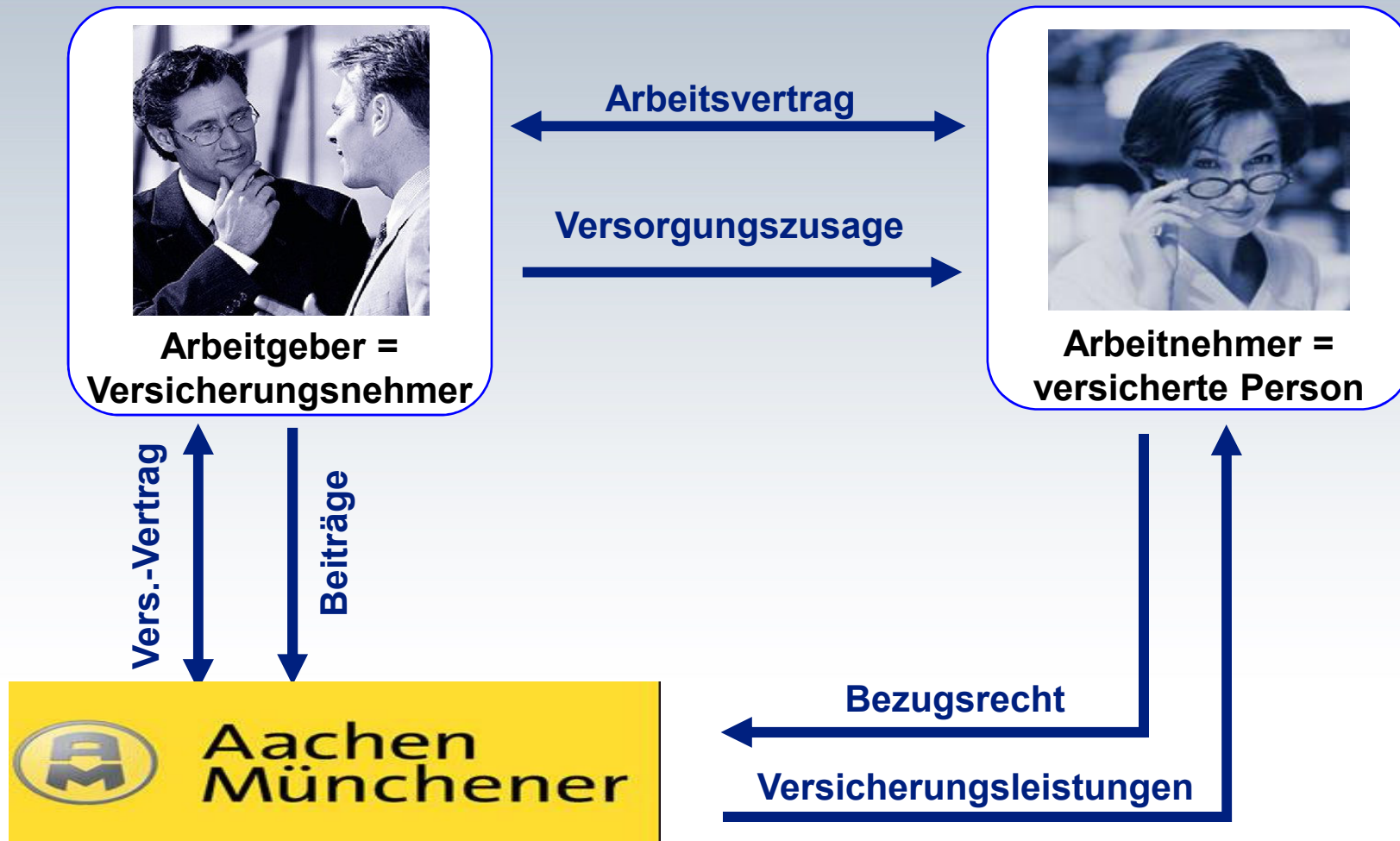
**Haftungspotenzial des Arbeitgebers: Summe der zugesagten Sparbeiträge**

**Anlagerisiko/-chance des Arbeitnehmers:  
Anlageperformance**

## 5 Durchführungswege – welche sind sinnvoll?



# Die Direktversicherung



# Die Vorteile der Direktversicherung

## Arbeitnehmer

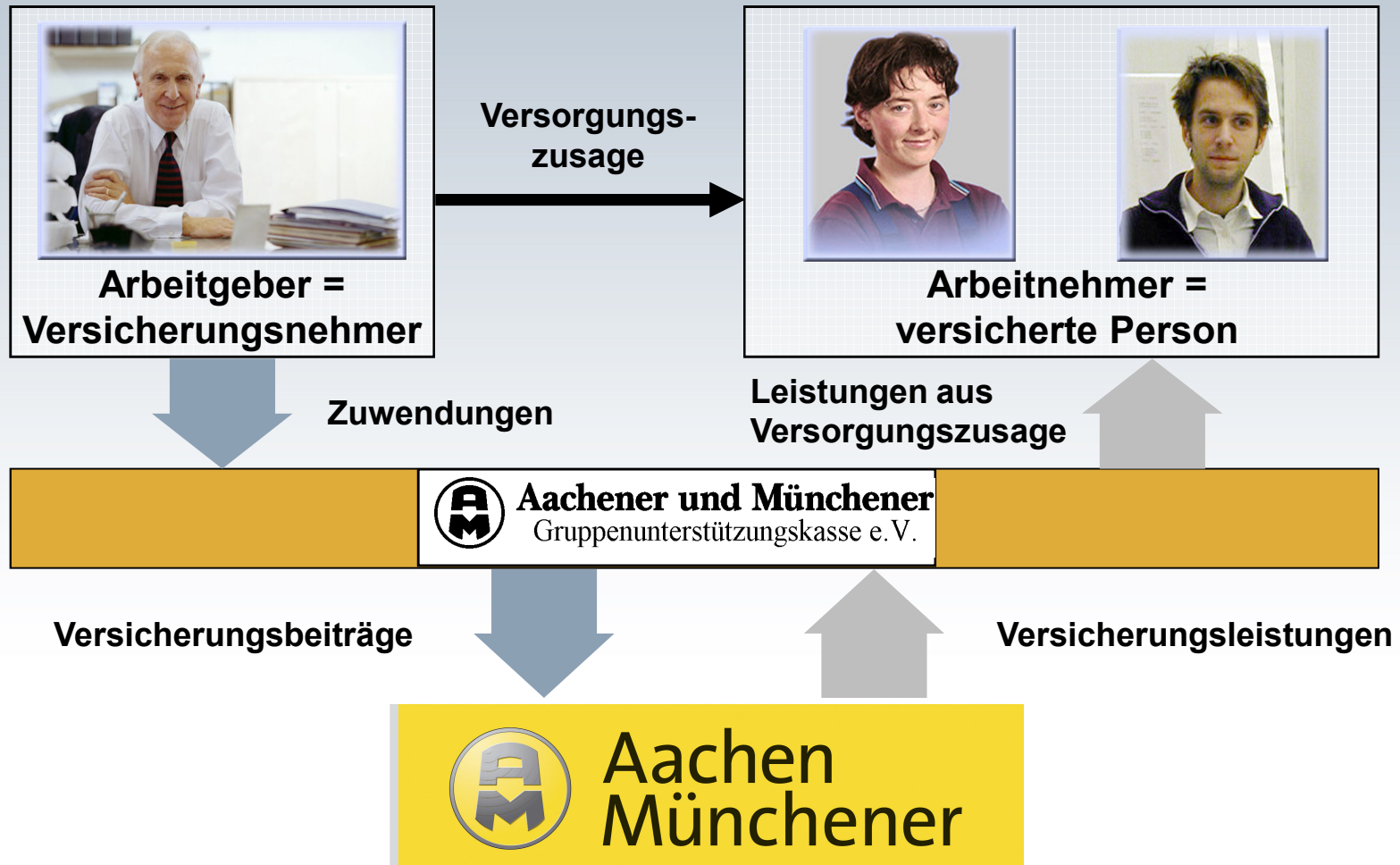
- **Steuerersparnis bis max. 4 % der BBG West (2012: 224 € monatlich)**
- **Sozialabgabenersparnis bis max. 4 % der BBG West (2012: 224 € monatlich)**
- **Private Fortführung möglich**
- **Zusätzlicher steuerfreier Beitrag von 1.800 € p.a.**

## Arbeitgeber

- **Einsparung von Sozialabgaben**
- **Keine Beiträge zum Pensionssicherungsverein (PSV)**
- **Keine Gebühren**
- **Keine Bilanzierung**
- **Keine Kosten und Pflichten bei Ausscheiden des Arbeitnehmers**



# Die Unterstützungskasse



# Wo liegen die Vor- und Nachteile der einzelnen Durchführungswege?

## Pro rückgedeckte UKasse

- **Auslagerung von Aufwand** und **Versorgungsrisiken** aus dem Unternehmen
- **Keine Pensionsrückstellungen** in der Bilanz
- Auch hohe Versorgungszusagen können ohne steuerlichen Zufluss in der Anwartschaftsphase ausfinanziert werden (**keine Begrenzungen wie bei 3/63er-Versorgung**)
- reine **Kapitalzusagen** möglich (Fünftelungsregelung)
- **Pfändungssicher**, keine Anrechnung beim ALG II
- Kann **parallel zu Direktversicherung/ Pensionskasse/ Pensionsfonds** zugesagt werden



# Wo liegen die Vor- und Nachteile der einzelnen Durchführungswege?

## Contra rückgedeckte UKasse

- bei gesetzlich oder freiwillig gesetzlich versicherten Arbeitnehmern sind die **Leistungen beitragspflichtig in der Kranken- und Pflegeversicherung**
- Bei Mitgabe der Versorgung **keine versicherungsvertragliche Regelung** (schuldbefreiende Mitgabe des Vertrags) vorgesehen
- Insolvenzsicherungspflicht (**PSV-Beiträge**)/ Verwaltungsbeiträge
- **Eingeschränkte Flexibilität** bei der **Beitragszahlung**

# Der Pensionsfonds





# Wo liegen die Vor- und Nachteile der einzelnen Durchführungswege?

## Pro Pensionsfonds

- nur **minimaler Verwaltungsaufwand**
- **Auslagerung der Versorgungsrisiken** aus dem Unternehmen
- **Keine Pensionsrückstellungen** in der Bilanz
- **Keine Anpassungsverpflichtung**
- Bis zu 4.440 Euro **steuerfreie Beitragszahlung** möglich
- Förderrahmen ermöglicht **Erfüllung** des **Entgeltumwandlungsanspruches** und zusätzliche AG-Finanzierung.
- **Flexible Beitragszahlung**
- **Pfändungssicher**, keine Anrechnung beim ALG II
- **Übertragungen** von Direkt- /UKassenzusagen sind **ohne steuerlichen Zufluss** möglich

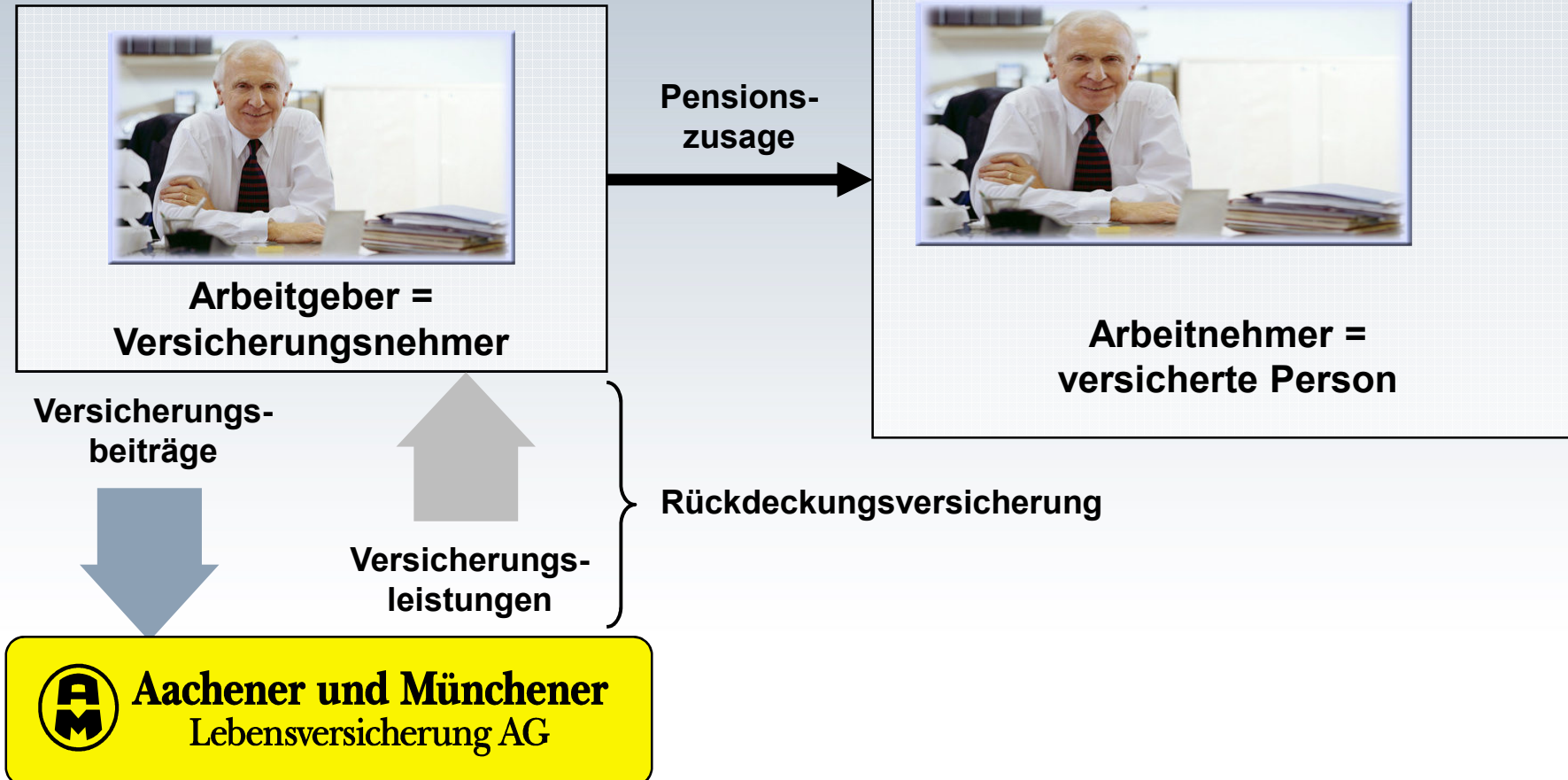
# Wo liegen die Vor- und Nachteile der einzelnen Durchführungswege?

## Contra Pensionsfonds

- steuerlicher Förderrahmen reicht bei hohen und/ oder „späten“ Versorgungszusagen u. U. nicht aus
- bei gesetzlich oder freiwillig gesetzlich versicherten Arbeitnehmern sind die **Leistungen beitragspflichtig in der Kranken- und Pflegeversicherung**
- **Nachschussrisiken** des Arbeitgebers, soweit der Pensionsfonds die erforderliche Mindestleistung nicht erbringt
- Bei Mitgabe der Versorgung **keine versicherungsvertragliche Regelung** (schuldbefreiende Mitgabe des Vertrags) vorgesehen
- Insolvenzsicherungspflicht (**PSV-Beiträge**)



# Die Direktzusage (Pensionszusage)



## Wo liegen die Vor- und Nachteile der einzelnen Durchführungswege?

### Pro Pensionszusage

- Auch hohe Versorgungszusagen können ohne steuerlichen Zufluss in der Anwartschaftsphase ausfinanziert werden (**keine Begrenzungen wie bei 3/63er-Versorgung**)
- reine **Kapitalzusagen** möglich (Fünftelungsregelung).
- **Pfändungssicher**, keine Anrechnung beim ALG II
- Kann **parallel zu Direktversicherung/ Pensionskasse/ Pensionsfonds** zugesagt werden
- Hohe **Flexibilität bei der Ausfinanzierung** (z.B. Einmalbeiträge)
- **Steuerstundungseffekte** durch Pensionsrückstellungen möglich

# Wo liegen die Vor- und Nachteile der einzelnen Durchführungswege?

## Contra Pensionszusage

- bei gesetzlich oder freiwillig gesetzlich versicherten Arbeitnehmern sind die **Leistungen beitragspflichtig in der Kranken- und Pflegeversicherung**
- Bei Mitgabe der Versorgung **keine versicherungsvertragliche Regelung** (schuldbefreiende Mitgabe des Vertrags) vorgesehen
- Insolvenzsicherungspflicht (**PSV-Beiträge**)
- **Pensionsrückstellungen** beeinträchtigen das Bilanzbild (Eigenkapitalquote), **Nachteile bei Kreditkonditionen**
- **Verwaltungsaufwand** durch Bilanzberührung und internes Pensionsmanagement

# Insolvenzversicherung

über den Pensions-Sicherungs-Verein a.G.



Zusammenschluss von Industrie und Arbeitgeberverbänden zur Sicherung von unverfallbaren Anwartschaften und laufenden Leistungen im Insolvenzfall des Arbeitgebers.

## Insolvenzversicherung – betroffene Durchführungswege

Direktversicherung	nein	Geschützt durch unwiderrufliches Bezugsrecht
Pensionszusage	ja	bei Arbeitnehmern
U-Kasse	ja	
Pensionskasse	nein	Geschützt durch unwiderrufliches Bezugsrecht
Pensionsfonds	ja	



# Berechnung des PSV-Beitrages 2012

**Anwärter:**

**Männlicher Arbeitnehmer, Kapitaleistung ab Alter 65 = 100.000,- EUR**

**Umrechnung in Rente auf Basis § 4d Abs. 1 Nr. 1 (10 % der Kapitaleistung):**

$$100.000 \text{ €} : 10 = 10.000,00 \text{ €}$$

**Berechnung der zulässigen Zuwendung gemäß § 4d Abs. 1 Nr.1b :**

$$10.000,00 \text{ €} \times 25 \% = 2.500,00 \text{ €}$$

**Berechnung der Beitragsbemessungsgröße für den PSV-Beitrag:**

$$2.500 \text{ €} \times 20 = 50.000,00 \text{ €}$$

**Berechnung des PSV-Beitrages:**

$$50.000,00 \times 0,004 = 200,00 \text{ €}$$

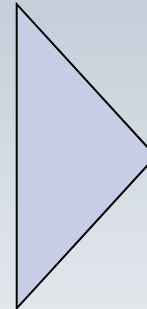
**\*Beitragssatz 2012 = 4 ‰**





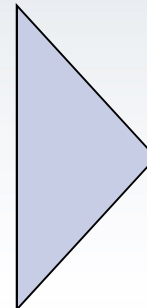
# Was ist eine Rentengarantie wert?

Notwendiger Einmalbeitrag für 1.000 € **garantierte** monatliche Rente für einen 65-jährigen Mann



1980	191.468 €
1990	207.395 €
2000	222.439 €
2010	236.535 €

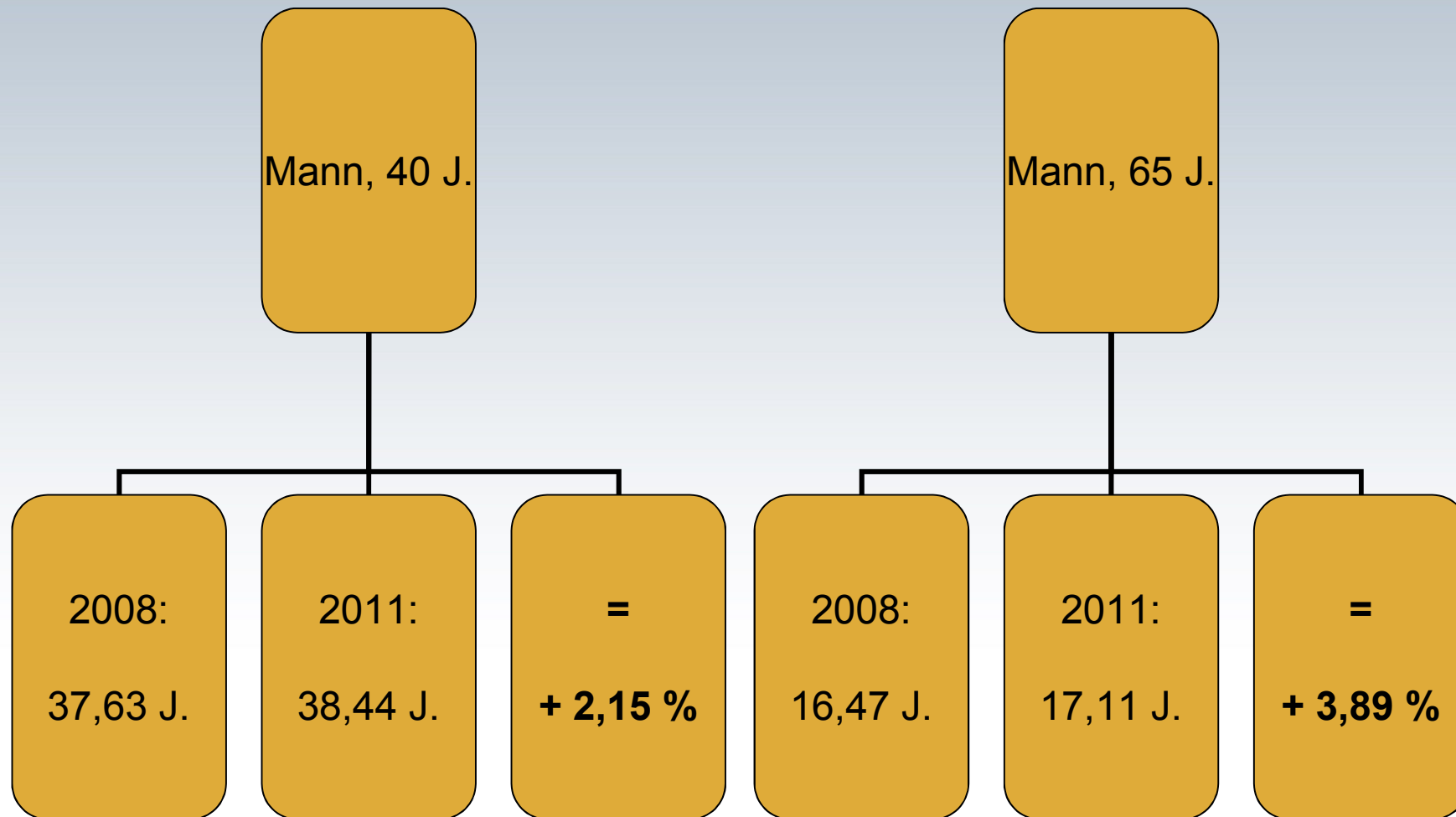
**Garantierte** monatliche Rente für einen Einmalbeitrag in Höhe von 191.468 €



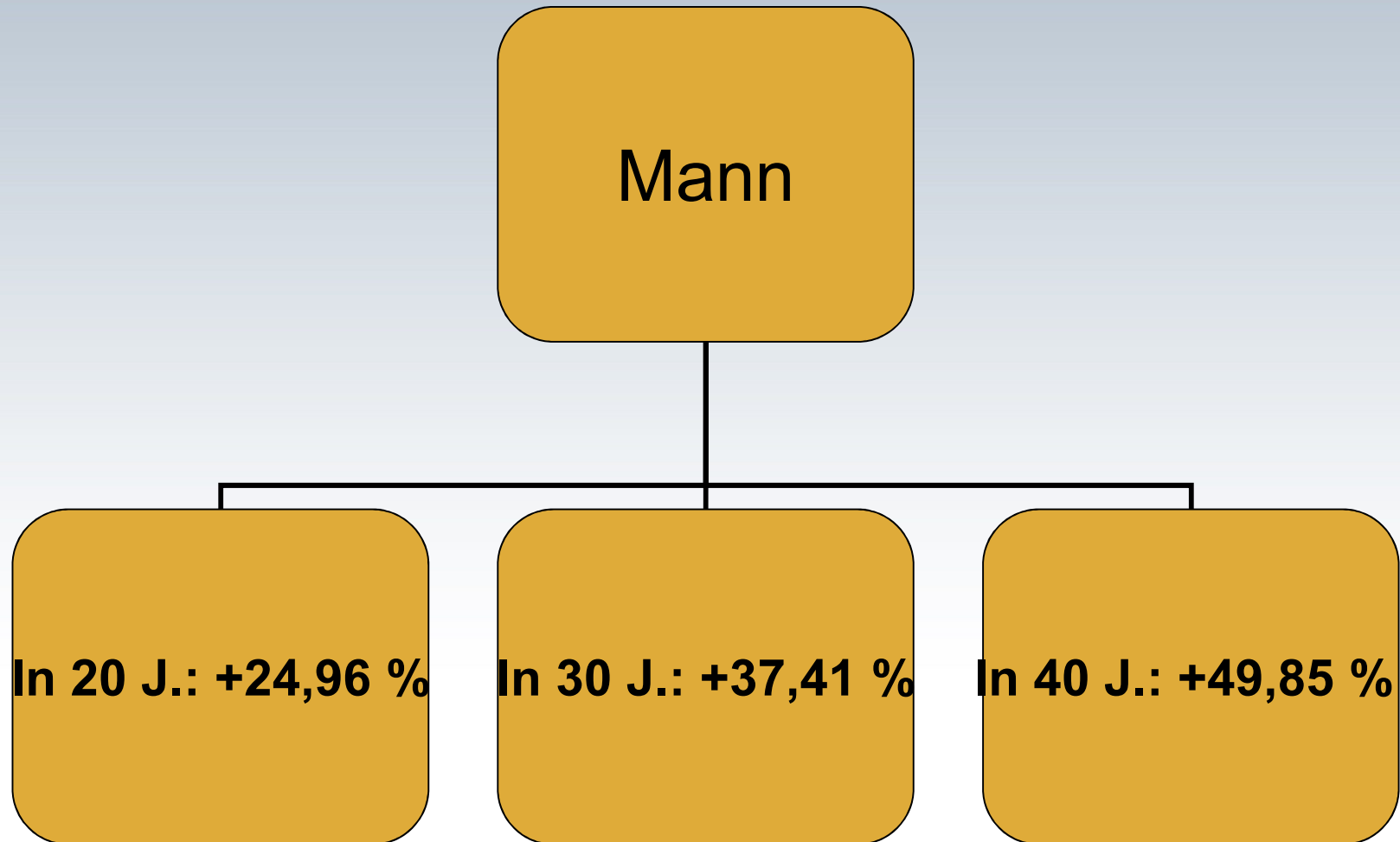
1980	1.000 €
1990	923 €
2000	860 €
2010	809 €

Durch die fortschreitende Überalterung der Bevölkerung wird die Rentengarantie eines namhaften Versicherers immer wertvoller!

# Entwicklung der Restlebenserwartung...



...und ihre möglichen Folgen

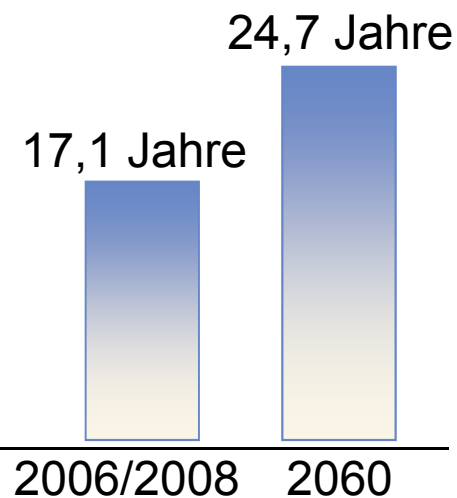
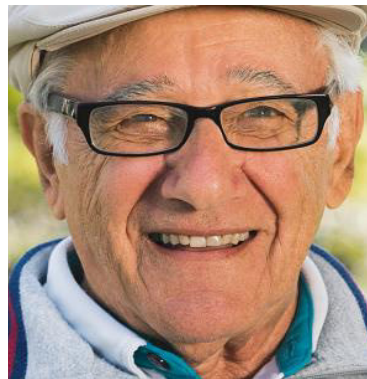


# Fakt ist: Nur Versicherer können existenzielle Risiken wie Tod, BU, Pflege und Langlebigkeit finanziell beherrschbar machen

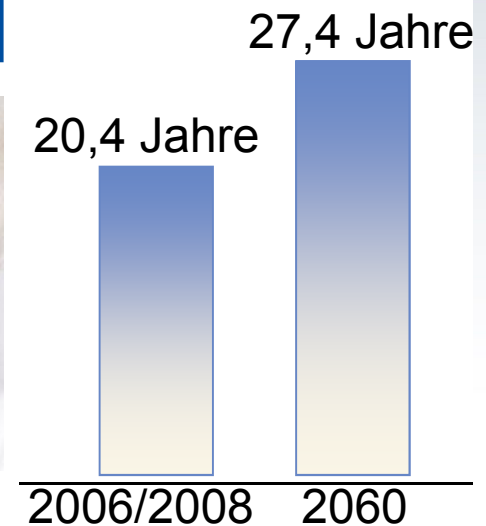
Lebenslange Rentenzahlung, egal wie alt wir werden!

Durchschnittliche Restlebenserwartung von 65-jährigen

Männer

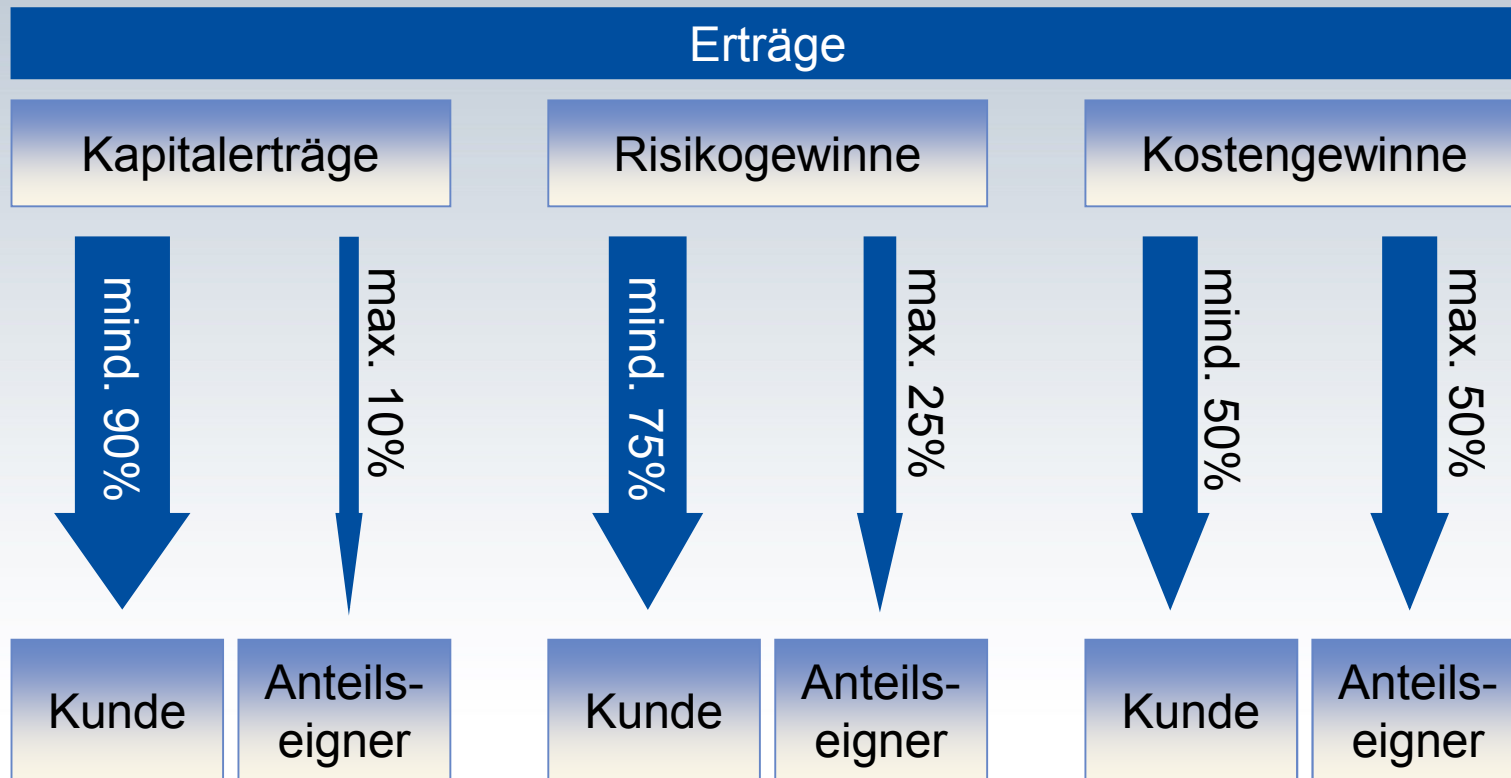


Frauen



Quelle: Statistisches Bundesamt – Szenario L2

Fakt ist: Lebensversicherer sind gesetzlich verpflichtet, den Großteil der Überschüsse an ihre Kunden zurückzuerstatten



Quelle: Focus Money 36/2011

# Vielen Dank



*Früher an  
Später denken!*



Deutsche  
Vermögensberatung

## für Ihre Aufmerksamkeit



Weil Sie später keinem auf der Tasche liegen wollen.  
Die Pflege-Zusatzversicherung.



- [Startseite](#)

---

- [Verband](#)

---

- [Positionen](#)

---

- [Prävention](#)

---

- Zahlen**

---

- [Recht](#)

---

- [Publikationen](#)

---

- [Presse](#)

---

- [Neue Anschrift](#)

Suchbegriff

**A A** Schriftgröße

**Kennzahlenkatalog**

Mit Hilfe dieses [Katalogs \(PDF\)](#) können die unternehmens-individuellen Kennzahlen aus den Jahresabschlüssen der PKV-Unternehmen verglichen werden.

**Rechengrößen der PKV und der Sozialversicherung**

Hier finden Sie alle aktuellen Rechengrößen wie z.B. die Jahresarbeitsentgeltgrenze, Beitragsbemessungsgrenze und den maximalen Arbeitgeberzuschuss zur PKV [im Überblick](#)

**Pflichtveröffentlichungen**

Ein Teil der Grundlagen zur Beitragskalkulation der privaten Krankenversicherungen sind nach gesetzlichen Vorgaben veröffentlichungspflichtig. [Zur Übersicht](#)

[Startseite](#) > Zahlen

**Zahlen zur Privaten Krankenversicherung**



**Mitgliedsunternehmen**

<b>43 Mitgliedsunternehmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit</li> <li>• 24 Aktiengesellschaften</li> </ul>
<b>5 außerordentliche Mitgliedsunternehmen</b>	Die Versicherungsunternehmen sind keine ordentlichen Mitglieder, da sie die Krankenversicherung zusammen mit einem anderen Versicherungszweig betreiben.
<b>2 verbundene Einrichtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten</li> <li>• Postbeamtenkrankenkasse</li> </ul>

Stand: 30. September 2012

**Die wichtigsten Zahlen auf einen Blick**

<b>Versicherte mit Krankenvollversicherung</b>	8,98 Mio.
<b>Versicherte mit privater Pflegeversicherung</b>	9,67 Mio.
<b>Zusatzversicherungen</b>	22,50 Mio.
<b>Beitragseinnahmen</b>	34,67 Mrd. Euro
<b>Ausgezahlte Versicherungsleistungen</b>	22,77 Mrd. Euro
<b>Alterungsrückstellungen Bestand</b>	169,43 Mrd. Euro

endgültige Werte für das Geschäftsjahr 2011, Stand: November 2012

**Beitragseinnahmen**

Versicherungsart	2011		Veränderung in Prozent
	in Mrd. Euro	2010 in Mrd. Euro	
Krankenversicherung	25,15	24,07	+ 4,48
Pflegeversicherung	2,11	2,10	+ 0,43
Zusatzversicherungen	6,68	6,41	+ 4,31

Werte für das Geschäftsjahr 2011, Stand: November 2012

**Versicherungsleistungen inkl. Schadenregulierungsaufwendungen**

Versicherungsart	2011 in Mio. Euro	2010 in Mio. Euro
Krankenversicherung	22.053,6	21.216,7
Pflegeversicherung	720,5	698,8
<b>insgesamt</b>	<b>22.774,1</b>	<b>21.915,5</b>

**PKV-Zahlenberichte**

**Aktueller Zahlenbericht**  
Eine ausführliche Darstellung der Zahlen und Daten zur PKV finden Sie im [Zahlenbericht 2011/2012](#)

Im **Archiv** finden Sie alle [PKV-Zahlenberichte ab 1997](#)

**Financial Reports in English:**  
Facts and figures of the German private healthcare insurance for the years [2005 to 2012](#)

**Rechenschaftsbericht des PKV-Verbandes**

Der [Rechenschaftsbericht 2011 \(PDF\)](#) bietet einen Überblick über aktuelle Themen und die Tätigkeit des PKV-Verbandes.

Werte für das Geschäftsjahr 2011, Stand: November 2012

### Zukunftsvorsorge in der PKV: Alterungsrückstellungen

Die Private Krankenversicherung bildet Alterungsrückstellungen und trifft damit Vorsorge für die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ihrer Versicherten.

#### Alterungsrückstellungen

			Veränderung
	2011 in Mrd. Euro	2010 in Mrd. Euro	in Prozent
Krankenversicherung	145,40	135,47	+ 7,33
Pflegeversicherung	24,02	22,53	+ 6,61
insgesamt	169,43	158,00	+ 7,23

Werte für das Geschäftsjahr 2011, Stand: November 2012

[← zurück](#) [↑ nach oben](#) [✉ versenden](#)

[🖨 Druckversion](#)



Alter	Frauen			Männer		
	PKV2011	e(PKV2011)	Lebenserw. einer x-Jährigen	PKV2011	e(PKV2011)	Lebenserw. eines x-Jährigen
0	0,000255	87,34	87,34	0,000273	83,97	83,97
1	0,000255	86,37	87,37	0,000273	82,99	83,99
2	0,000224	85,39	87,39	0,000263	82,01	84,01
3	0,000110	84,41	87,41	0,000134	81,03	84,03
4	0,000053	83,42	87,42	0,000068	80,04	84,04
5	0,000037	82,42	87,42	0,000046	79,05	84,05
6	0,000044	81,42	87,42	0,000058	78,05	84,05
7	0,000059	80,43	87,43	0,000074	77,06	84,06
8	0,000072	79,43	87,43	0,000088	76,06	84,06
9	0,000082	78,44	87,44	0,000096	75,07	84,07
10	0,000085	77,44	87,44	0,000100	74,08	84,08
11	0,000083	76,45	87,45	0,000101	73,08	84,08
12	0,000085	75,46	87,46	0,000103	72,09	84,09
13	0,000094	74,46	87,46	0,000112	71,10	84,10
14	0,000111	73,47	87,47	0,000130	70,11	84,11
15	0,000125	72,48	87,48	0,000161	69,12	84,12
16	0,000142	71,49	87,49	0,000204	68,13	84,13
17	0,000160	70,50	87,50	0,000255	67,14	84,14
18	0,000177	69,51	87,51	0,000310	66,16	84,16
19	0,000191	68,52	87,52	0,000360	65,18	84,18
20	0,000200	67,53	87,53	0,000401	64,20	84,20
21	0,000203	66,55	87,55	0,000425	63,23	84,23
22	0,000202	65,56	87,56	0,000426	62,25	84,25
23	0,000200	64,57	87,57	0,000415	61,28	84,28
24	0,000197	63,59	87,59	0,000398	60,31	84,31
25	0,000195	62,60	87,60	0,000380	59,33	84,33
26	0,000196	61,61	87,61	0,000359	58,35	84,35
27	0,000194	60,62	87,62	0,000333	57,37	84,37
28	0,000184	59,64	87,64	0,000311	56,39	84,39
29	0,000178	58,65	87,65	0,000296	55,41	84,41
30	0,000176	57,66	87,66	0,000288	54,43	84,43
31	0,000177	56,67	87,67	0,000286	53,44	84,44
32	0,000181	55,68	87,68	0,000290	52,46	84,46
33	0,000190	54,69	87,69	0,000298	51,47	84,47
34	0,000202	53,70	87,70	0,000310	50,49	84,49
35	0,000218	52,71	87,71	0,000327	49,50	84,50
36	0,000238	51,72	87,72	0,000348	48,52	84,52
37	0,000262	50,73	87,73	0,000374	47,53	84,53
38	0,000288	49,74	87,74	0,000405	46,55	84,55
39	0,000318	48,76	87,76	0,000443	45,57	84,57
40	0,000351	47,77	87,77	0,000489	44,59	84,59
41	0,000391	46,79	87,79	0,000546	43,61	84,61
42	0,000438	45,81	87,81	0,000615	42,64	84,64
43	0,000495	44,83	87,83	0,000697	41,66	84,66
44	0,000563	43,85	87,85	0,000792	40,69	84,69
45	0,000642	42,87	87,87	0,000899	39,72	84,72
46	0,000731	41,90	87,90	0,001015	38,76	84,76
47	0,000829	40,93	87,93	0,001139	37,80	84,80
48	0,000934	39,97	87,97	0,001270	36,84	84,84
49	0,001043	39,00	88,00	0,001412	35,89	84,89
50	0,001157	38,04	88,04	0,001572	34,94	84,94

Alter	Frauen			Männer		
	PKV2011	e(PKV2011)	Lebenserw. einer x-Jährigen	PKV2011	e(PKV2011)	Lebenserw. eines x-Jährigen
51	0,001274	37,09	88,09	0,001753	33,99	84,99
52	0,001398	36,13	88,13	0,001962	33,05	85,05
53	0,001530	35,18	88,18	0,002199	32,11	85,11
54	0,001674	34,24	88,24	0,002463	31,18	85,18
55	0,001834	33,29	88,29	0,002751	30,26	85,26
56	0,002013	32,35	88,35	0,003060	29,34	85,34
57	0,002212	31,42	88,42	0,003380	28,43	85,43
58	0,002427	30,49	88,49	0,003641	27,52	85,52
59	0,002652	29,56	88,56	0,003917	26,62	85,62
60	0,002882	28,64	88,64	0,004234	25,72	85,72
61	0,003093	27,72	88,72	0,004616	24,83	85,83
62	0,003329	26,80	88,80	0,005023	23,94	85,94
63	0,003544	25,89	88,89	0,005416	23,06	86,06
64	0,003795	24,98	88,98	0,005877	22,19	86,19
65	0,004092	24,07	89,07	0,006425	21,31	86,31
66	0,004406	23,17	89,17	0,007037	20,45	86,45
67	0,004765	22,27	89,27	0,007701	19,59	86,59
68	0,005186	21,37	89,37	0,008488	18,74	86,74
69	0,005684	20,48	89,48	0,009424	17,89	86,89
70	0,006274	19,60	89,60	0,010536	17,06	87,06
71	0,006976	18,72	89,72	0,011849	16,24	87,24
72	0,007811	17,85	89,85	0,013388	15,42	87,42
73	0,008804	16,98	89,98	0,015216	14,63	87,63
74	0,010073	16,13	90,13	0,017436	13,85	87,85
75	0,011577	15,29	90,29	0,019993	13,08	88,08
76	0,013377	14,46	90,46	0,022924	12,34	88,34
77	0,015522	13,65	90,65	0,026270	11,62	88,62
78	0,018069	12,86	90,86	0,030083	10,92	88,92
79	0,021082	12,09	91,09	0,034423	10,24	89,24
80	0,024628	11,34	91,34	0,039361	9,59	89,59
81	0,028781	10,61	91,61	0,044972	8,96	89,96
82	0,033620	9,91	91,91	0,051337	8,36	90,36
83	0,039231	9,24	92,24	0,058538	7,78	90,78
84	0,045631	8,59	92,59	0,066668	7,24	91,24
85	0,052910	7,98	92,98	0,075827	6,72	91,72
86	0,061231	7,40	93,40	0,086118	6,23	92,23
87	0,070687	6,85	93,85	0,097633	5,77	92,77
88	0,081053	6,33	94,33	0,110450	5,34	93,34
89	0,092530	5,84	94,84	0,124629	4,94	93,94
90	0,105361	5,39	95,39	0,140093	4,57	94,57
91	0,119551	4,96	95,96	0,156945	4,23	95,23
92	0,135062	4,57	96,57	0,175205	3,93	95,93
93	0,151809	4,21	97,21	0,194780	3,65	96,65
94	0,169682	3,87	97,87	0,215349	3,42	97,42
95	0,188536	3,56	98,56	0,234870	3,22	98,22
96	0,208205	3,27	99,27	0,243250	3,05	99,05
97	0,228513	3,00	100,00	0,251290	2,87	99,87
98	0,249230	2,74	100,74	0,258960	2,67	100,67
99	0,258450	2,48	101,48	0,266210	2,43	101,43
100	0,262980	2,17	102,17	0,273020	2,13	102,13
101	0,268110	1,76	102,76	0,279340	1,74	102,74
102	0,272880	1,23	103,23	0,285140	1,21	103,21



## Startseite

- [Verband](#)
- [Positionen](#)
- [Prävention](#)
- [Zahlen](#)
- [Recht](#)
- [Publikationen](#)
- [Zeitschrift PKV Publik](#)
- [Archiv](#)
- [Abonnement](#)
- [PKV-Bestellcenter](#)
- [Presse](#)
- [Neue Anschrift](#)

Suchbegriff

 Schriftgröße

[Startseite](#) > [Publikationen](#) > [Zeitschrift PKV Publik](#) > [Archiv](#) > [PKV Publik Nr. 2/2010](#) > Titel Gut versichert

### PKV PUBLIK AUSGABE 2/2010

TITEL

#### Gut versichert

Studien belegen eine sehr hohe Kundenzufriedenheit in der privaten Krankenversicherung



Studien belegen eine herausragende Kundenzufriedenheit in der privaten Krankenversicherung. Damit das so bleibt, benötigt die Branche jedoch Verhandlungskompetenzen, um mit Leistungsanbietern über Qualität und Preise verhandeln zu können.

Von dieser Kundenzufriedenheit können andere Branchen nur träumen: 90 Prozent der Privatversicherten fühlen sich gut oder sogar sehr gut für den Krankheitsfall abgesichert. Das zeigen mehrere große Umfragen renommierter Meinungsforschungs-Institute. So kam die Forschungsgruppe Wahlen bei ihrer Versichertenumfrage 2009 im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu dem Ergebnis, dass 90 Prozent der Privatversicherten davon überzeugt sind, gut oder sehr gut versorgt zu sein. Bei den gesetzlich Versicherten liegt dieser Wert mit 75 Prozent deutlich niedriger.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt das Allensbach-Institut für den MLP-Gesundheitsreport 2009. Hier geben ebenfalls 90 Prozent der Privatversicherten aber nur 58 Prozent der gesetzlich Versicherten an, gut oder sehr gut abgesichert zu sein. Gegenüber dem Jahr 2005 hat die Zufriedenheit der Privatpatienten demnach sogar noch zugenommen, wogegen sie bei den gesetzlich Versicherten zurückging. Und auch die Unternehmensberatung Ernst & Young kommt in ihrem Gesundheitsbarometer 2009 zu dem Ergebnis, dass sich die Kunden der privaten Krankenversicherung (PKV) deutlich besser betreut fühlen als Mitglieder der gesetzlichen Kassen.

Diese positive Beurteilung zeigt sich Tag für Tag auch in der „Abstimmung mit den Füßen“. Im Jahr 2009 kamen netto weit über 100.000 neue Kunden zusätzlich in die private Krankenvollversicherung. Selbst im schwierigen Jahr 2007, als die Gesundheitsreform der Ministerin Ulla Schmidt den Wechsel in die Privatversicherung erstmals massiv erschwerte, indem sie plötzlich eine Wartezeit von drei Jahren verhängte, war die PKV immer noch eine wachsende Branche und konnte netto 59.900 Neukunden in der Vollversicherung hinzugewinnen. Im Folgejahr 2008 waren es bereits wieder 90.300 Personen – Tendenz weiter steigend.

#### Gerne würden sich noch mehr Menschen in der PKV versichern

Und es würden sich gerne noch viel mehr Menschen in der PKV versichern, wenn nicht der Gesetzgeber die Einkommenshürden für Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung immer höher gezogen hätte. Für 2010 wurde diese Versicherungspflichtgrenze auf 49.950 Euro Jahresbruttoeinkommen erhöht, das heißt: Allen Arbeitnehmern, die weniger verdienen, verbietet die Politik den Wechsel in die private Krankenversicherung. Unabhängig vom Einkommen dürfen sich nur Selbstständige und Beamte privat versichern.

## Interview



Das Interview mit Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, lesen Sie [hier](#)

Ebenfalls ein guter Gradmesser für die Kundenzufriedenheit ist die geringe Zahl der Beschwerden von Privatversicherten beim PKV-Ombudsmann. Die Institution des Ombudsmannes wurde 2001 als neutrale Schlichtungsstelle für Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsunternehmen eingeführt. Mit zunehmendem Bekanntheitsgrad dieser Beschwerdestelle steigt dort natürlich die Zahl der Anfragen. Zurzeit sind es rund 5.000 pro Jahr. Bezogen auf die insgesamt rund 30 Millionen PKV-Verträge in der Voll- und Zusatzversicherung ist das eine erfreulich niedrige Beschwerde-Quote von gerade mal 0,016 Prozent. Davon bezieht sich rund die Hälfte, also nur 0,008 Prozent, auf umstrittene Leistungsfälle, in denen also zu klären ist, ob eine bestimmte Leistung durch den abgeschlossenen Versicherungsvertrag abgedeckt ist oder nicht.

Angesichts der Tatsache, dass die Deutschen im Schnitt etwa 18 Mal im Jahr zum Arzt gehen, kommen alleine schon bei den rund 9 Millionen PKV-Vollversicherten weit über 100 Millionen Abrechnungsfälle im Jahr zusammen. Bei einem solchen Massengeschäft sind Missverständnisse und Meinungsverschiedenheiten in Einzelfällen unvermeidlich. Sie liegen jedoch in der privaten Krankenversicherung im Promillebereich. Gelegentliche Medienberichte, die diese Quote im Vergleich mit anderen Versicherungsbranchen als relativ hoch bewerten, fallen auf deren Urheber selbst zurück. Denn wer allen Ernstes etwa eine Feuer- oder Autoversicherung, die nur alle paar Jahre oder Jahrzehnte einmal einen Schadensfall regulieren muss, mit einer Krankenversicherung vergleicht, die den einzelnen Kunden Jahr für Jahr mehrere Rechnungen erstattet, wirft vor allem Fragen an seiner eigenen fachlichen Qualifikation auf. Da werden dann nicht Äpfel mit Birnen, sondern Melonen mit Weintrauben verglichen.

#### **Von der Kundenzufriedenheit in der PKV sind andere Branchen meilenweit entfernt**

Die extrem geringen Beschwerdezahlen sind vielmehr Ausweis einer Kundenzufriedenheit, von der andere Branchen meilenweit entfernt sind. Damit das so bleibt, versucht die PKV – wo immer dies möglich ist – die Versorgungsqualität für ihre Versicherten zu verbessern. Mehr Qualität und Service soll auch eine Kooperation bringen, die der PKV-Verband am 1. April mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) startet. Damit profitieren Privatversicherte von einem Qualitätsprogramm der KVB, in dem genau definierte Qualitätsstandards der Arztpraxen gesichert sind. Gleichzeitig bekommen die am Programm beteiligten Ärzte in Bayern die Möglichkeit, gegenüber dem PKV-Verband ein besonderes Serviceversprechen für Privatpatienten abzugeben (siehe Kasten und Interview auf den Seiten 6 und 7).

Der Verband der privaten Krankenversicherung will mit möglichst vielen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen verbindliche Qualitäts-Standards für alle Privatversicherten aushandeln und dabei auch Vereinbarungen über Mengen und Preise treffen. Dem sind zurzeit allerdings noch allzu enge rechtliche Grenzen gesetzt. Bei Verhandlungen steht der Branche nämlich vielfach das Kartellrecht im Weg, obwohl dies angesichts eines Anteils der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung von etwa 10 Prozent völlig unangemessen ist. Die gesetzliche Krankenversicherung hat hier trotz ihres neunmal größeren Marktanteils wesentlich mehr Verhandlungsmöglichkeiten. Um verbindliche Qualitätsstandards sowie Mengen und Preise auch für Privatversicherte vereinbaren zu können, ist daher in vielen Bereichen eine ausdrückliche gesetzliche Handlungsgrundlage für die private Krankenversicherung notwendig.

Im Krankenhausbereich wurde diese Gesetzesgrundlage bereits gelegt und die PKV hat daraus in kürzester Zeit ein Erfolgsmodell gemacht. In den vergangenen Jahren hat der PKV-Verband bereits mit rund 1.400 Krankenhäusern Verträge über die Vergütungen der „Wahlleistung Unterkunft“ geschlossen. Mit den Ergebnissen sind nicht nur die Versicherten, sondern auch Krankenhäuser und Versicherungsunternehmen zufrieden. Bei deutlich verbesserter Qualität und in einem gesicherten vertraglichen Abrechnungsrahmen konnten zugleich die Kosten in diesem Bereich drastisch gesenkt werden.

#### **Ein Verhandlungsmandat muss es der PKV ermöglichen, mit Leistungsanbietern zu verhandeln**

Ein gesetzliches Verhandlungsmandat, das es der PKV erlaubt, mit allen Leistungsanbietern über Qualität, Mengen und Preise faire Verträge aushandeln zu können, ist auch mit Blick auf die weitere Kostenentwicklung erforderlich, um

künftige Beitragssteigerungen für die Versicherten möglichst gering zu halten. Die Leistungsausgaben der privaten Krankenversicherung sind in den zurückliegenden Jahren im Schnitt jeweils um rund 6 Prozent gestiegen, deutlich stärker als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies geht vor allem auf die stark steigenden Arzthonorare zurück, den mit Abstand größten Kostenblock in der PKV.

Verantwortlich dafür ist nicht zuletzt die geltende Rechtslage der staatlichen Gebührenordnungen für Ärzte. Zudem müssen die PKV-Unternehmen nach dem Versicherungsvertragsgesetz bis zum „auffälligen Missverhältnis“ von Behandlung und Rechnung zahlen. Im Klartext heißt das, auch missbräuchliche Rechnungen müssen gezahlt werden, solange sie nicht die Grenze zum Wucher erreichen. Wohin dies führen kann, zeigen die Abrechnungen in der Labormedizin: Trotz absolut identischer Verfahren sind dort die Kosten für Privatversicherte mehr als viermal so hoch wie für Kassenpatienten (siehe PKV Publik Ausgabe 3/2009). Das ist sachlich nicht zu begründen und kann im Interesse der Privatversicherten nicht toleriert werden.

Zudem enthalten die noch immer geltenden jahrzehntealten Gebührenordnungen, die Ärzte und Zahnärzte bei der Behandlung von Privatversicherten zugrunde legen müssen, teilweise Fehlanreize zur Mengenausweitung. Und mehr Menge ist in der Medizin eben nicht unbedingt besser, sondern – wie etwa bei Röntgenuntersuchungen – zum Teil sogar schlechter für den Patienten. Deshalb will die private Krankenversicherung verstärkt durch transparente Verträge mit den Leistungsanbietern sicherstellen, dass ihre Versicherten auch in Zukunft eine besonders gute Qualität der medizinischen Behandlung zu angemessenen Preisen erhalten.

Die derzeit geltenden Gebührenordnungen lassen dies allerdings nicht zu. Eine mögliche Lösung könnte der Einbau einer sogenannten Öffnungsklausel sein. Sie würde es der PKV im gegenseitigen Einvernehmen mit den Leistungsanbietern erlauben, direkt über Qualitätsstandards und Vergütungen zu verhandeln und dabei auch von der Gebührenordnung abzuweichen. Da die christlich-liberale Koalition ohnehin die Gebührenordnungen noch in dieser Wahlperiode erneuern will, bietet sich also eine gute Gelegenheit, solche Öffnungsklauseln einzuführen. Bis die private Krankenversicherung mehr Verhandlungsmöglichkeiten bekommt, ist sie allerdings gezwungen, die stetig steigenden Leistungsausgaben in ihren Beiträgen abzubilden. Denn der entscheidende Vorteil der PKV ist eine lebenslange Garantie des vereinbarten Vertragsumfanges für alle medizinisch notwendigen Leistungen, inklusive medizinischer Innovationen. Staatliche Eingriffe oder Rationierungen, wie sie in der gesetzlichen Krankenversicherung immer wieder vorkommen, gibt es im privaten System nicht.

Freilich spiegeln sich die steigenden Arztkosten in der Beitragsentwicklung wider. Dabei ist der Beitragsanstieg längst nicht so deutlich, wie manche Medienberichte in letzter Zeit vermuten ließen. Aufgrund der zahlreichen Tarife in den knapp 50 Unternehmen der privaten Krankenversicherung, in denen die Kunden sich jeweils für unterschiedliche Leistungspakete vom Grundschatz bis zum Luxuschatz entschieden haben, entwickeln sich auch die jeweiligen Beiträge durchaus unterschiedlich. Daher kann kein pauschaler Durchschnittswert für die Branche errechnet werden. Die in einigen Medien behaupteten „Beitragsexplosionen“ sind jedoch nur in wenigen, sehr speziellen Tarifen mit nur wenigen Versicherten vorgekommen.

Der etablierte Branchendienst „map-Report“, der seit Jahren private Krankenversicherungsunternehmen bewertet, schreibt in seinem jüngsten Bericht: „Berichtet wird über Beitragserhöhungen von zum Teil weit über 30 Prozent. Inzwischen erstellen wir seit über zehn Jahren das PKV-Rating und können diese Aussagen schlichtweg nicht bestätigen. Sicherlich kann es in einzelnen Fällen derartige Beitragsanpassungen geben, aber deshalb eine ganze Branche anzuprangern und die marode GKV als alternativlos hochzujubeln, halten wir für Blödsinn.“ Gleichwohl sind die Beitragserhöhungen auch aus Sicht der betroffenen Unternehmen selbst unerfreulich hoch. Deshalb kämpft die PKV auch energisch für verbesserte Verhandlungsmöglichkeiten, siehe oben.

Um die Beitragsentwicklung in der PKV bewerten zu können, lohnt sich im Übrigen ein Vergleich mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese erhält 2010 zusätzlich zu ihren regulären Beitragseinnahmen 15,7 Milliarden Euro aus der Staatskasse, um ihre laufenden Ausgaben zu decken. Um diese Summe

aufzubringen, müssten die Krankenkassenbeiträge um 10 Prozent erhöht werden. Zusätzlich werden für die GKV-Versicherten Zusatzkosten wie Praxisgebühr oder Arzneimittel-Zuzahlungen fällig, ganz zu schweigen von den zahlreichen Leistungskürzungen in den letzten Jahren. So etwa beim Zahnersatz, bei Brillen, beim Sterbegeld oder bei den rezeptfreien Arzneimitteln.

Bei der PKV liegen hingegen die kompletten Kosten der Gesundheitsversorgung offen zutage. Und eine Beitragserhöhung erfolgt keineswegs willkürlich, sondern nach klaren gesetzlichen Regeln. Sie ist der Finanzaufsichtsbehörde BaFin und einem unabhängigen Treuhänder vorzulegen.



Erinnern Sie sich daran, was Sie als Kunde eigentlich wollen, realisieren Sie die Aussichtslosigkeit und begegnen Sie dem Ganzen mit Humor!

#### Die Verwaltungskosten in der privaten Krankenversicherung sinken Jahr für Jahr

In Bereichen, in denen die PKV ihre Ausgaben weitgehend selbst beeinflussen kann, zeigt sie sich vorbildlich. So sind etwa die Verwaltungskosten in den vergangenen Jahren permanent gesunken und lagen 2008 nur noch bei 2,61 Prozent der Beitragseinnahmen. Ein Vergleich dieser Kosten mit der gesetzlichen Krankenversicherung ist aufgrund der unterschiedlichen Systeme zwar nur schwer möglich. Doch Behauptungen wie etwa jüngst von Birgit Fischer, der Chefin der Krankenkasse „Barmer GEK“, die Verwaltungskosten der PKV wären dreimal höher als in der GKV, gehen weit an der Realität vorbei. Schon die offiziell ausgewiesenen Verwaltungskosten der Krankenkassen betragen mehr als 5 Prozent – sind also fast doppelt so hoch wie in der privaten Krankenversicherung.

Hinzu kommt, dass die gesetzlichen Krankenkassen anders als die PKV einen großen Teil ihrer Aufgaben an die kassenärztlichen Vereinigungen und die Arbeitgeber auslagern. So beziffern einzelne kassenärztliche Vereinigungen die Verwaltungskosten, zu denen auch die Leistungsabrechnung zählt, auf einen zweistelligen Millionenbetrag, bundesweit handelt es sich demnach um Kosten in dreistelliger Millionenhöhe. Und der Beitragseinzug, den die PKV-Unternehmen selbst organisieren, wird in der GKV durch die Arbeitgeber übernommen. Eine vollständige Betrachtung der GKV-Verwaltungskosten würde also sogar zu einer weitaus höheren Quote führen.

Ebenfalls allein aufbringen muss die private Krankenversicherung die Kosten, die für den Versicherungsabschluss entstehen. Denn anders als die gesetzliche Krankenversicherung, der eine weit gespannte gesetzliche Versicherungspflicht die Kunden quasi automatisch zutreibt, müssen sich die Unternehmen der privaten Krankenversicherung täglich im Wettbewerb um Neukunden behaupten. Die Abschlusskosten sind letztlich ein Beweis dafür, dass in der PKV-Branche ein starker Angebots- und Produktwettbewerb herrscht, der den Kunden eine breite Auswahl und eine intensive Beratung ermöglicht. Dieser Wettbewerb erzeugt schließlich auch Produktvielfalt, Effizienz und Innovationen ganz im Sinne einer Marktwirtschaft.

Die Kundenzufriedenheit und der starke Zugang von Neuversicherten zeigen, dass die private Krankenversicherung eine starke Säule im Gesundheitssystem ist. Mit ihren 134 Milliarden Euro an Alterungsrückstellungen ist sie zudem gut auf den demografischen Wandel und die steigenden Gesundheitskosten einer alternden

Gesellschaft vorbereitet, während die gesetzliche Krankenversicherung dafür null Vorsorge trifft. Sie hat keinerlei Kapitalrückstellungen und kann schon ihre laufenden Ausgaben heute nur mit Hilfe von Staatszuschüssen tragen, von denen einige Milliarden Euro aus dem Konjunkturpaket sogar auf Pump finanziert sind, also die Staatsschulden auf dem Rücken der jüngeren Generationen noch vergrößern. Die private Krankenversicherung hingegen erfüllt ihre Verantwortung mit null Steuerzuschuss und null Schulden. Die Branche könnte sogar noch weitaus mehr leisten, wenn ihr die Freiheit dazu gewährt würde – zu mehr Verhandlungsmöglichkeiten mit den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen und zu mehr Wahlfreiheit der Menschen, welchem Versicherungssystem sie sich anvertrauen wollen.

#### **PKV und KV-Bayerns vereinbaren Pilotprojekt zur Qualitätssicherung im ambulanten Bereich**

Die private Krankenversicherung und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) haben eine Kooperation über Qualität und Service privatärztlicher Leistungen vereinbart (s. Interview weiter unten). Im Rahmen dieser Zusammenarbeit profitieren Privatversicherte von dem Qualitätsprogramm „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ der KVB. In dieses Premium-Programm werden nur Qualitätsstandards aufgenommen, die nicht Regelgegenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, sondern darüber hinaus gehen.

Zusätzlich zu diesem Qualitätsstandard können die beteiligten Ärzte gegenüber dem PKV-Verband ein Service-Versprechen für Privatpatienten abgeben. Dieses umfasst folgende Leistungen:

- Terminvergabe innerhalb von drei Tagen ab Anfrage
- Angebot von Abend- und Samstagssprechstunden
- Wartezeit von weniger als 20 Minuten bei Terminen
- Telefonische Erreichbarkeit auch außerhalb der Sprechzeiten
- Angebot krankheitsspezifischen Informationsmaterials für die Patienten

Die Vereinbarung tritt am 1. April 2010 in Kraft. Von da an können sich Interessierte im Internet über teilnehmende Ärzte informieren: [www.pkv.de](http://www.pkv.de). Informationen zum Qualitätsprogramm sind unter [www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de](http://www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de) abrufbar.

[← zurück](#) [↑ nach oben](#) [✉ versenden](#)

[🖨 Druckversion](#)

Ihre Ansprechpartner:

**Dr. Gerd Benner (Ltg.)**

Telefon: (02 61) 4 98 - 11 00

**Christian Arns**

Telefon: (02 61) 4 98 - 11 22

Telefax: (02 61) 4 98 - 11 11

E-Mail: [presse@debeka.de](mailto:presse@debeka.de)

6. Februar 2013

## **PKV arbeitet deutlich effizienter als GKV: Debeka kommt mit einem Zehntel der Kosten der gesetzlichen Kassen aus**

Die privaten Krankenversicherungen (PKV) in Deutschland arbeiten deutlich kostengünstiger als die gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Zu diesem Ergebnis kommt jetzt eine Erhebung der Debeka, der größten privaten Krankenversicherung in Deutschland. Während 2011 der Durchschnitt der Verwaltungskosten je Versichertem in der GKV pro Jahr bei 134 Euro lag, kommt die Debeka bei ihren Privatversicherten dagegen auf einen Wert von nur 13,49 Euro je Mitglied. Das sind rund zehn Prozent der Ausgaben der GKV. Berücksichtigt man bei dieser Rechnung zusätzlich auch die Abschlusskosten der Debeka, so ergibt sich ein Wert von insgesamt 57,78 Euro – immer noch deutlich weniger als die Hälfte der GKV. Diese Kosten entstehen jedoch nur einmalig und variieren in Abhängigkeit vom Neuzugang der Unternehmen. Sie können somit den laufenden Verwaltungskosten nicht zugerechnet werden. Im Gegensatz zu den gesetzlichen Kassen muss die PKV aber die Beiträge der Versicherten einziehen, für neue Versicherte werben, Steuern zahlen und privatwirtschaftliche Rücklagen bilden.

"Interessant an diesen Zahlen ist, dass jüngst der Chef der Techniker Krankenkasse aus Wettbewerbsgründen einmal mehr über die Abschaffung der PKV philosophiert hat. Angesichts einer so schlechten Kostensituation muss man aber darüber nachdenken, ob gerade das gesetzliche System mehr Effizienz benötigt", sagt Uwe Laue, Vorstandsvorsitzender der Debeka. "Bekannt ist doch, dass gerade dort zu viel Geld verschleudert wird - angesichts einer Unterstützung aus dem Staatshaushalt in Höhe von rund 15 Milliarden Euro ein unhaltbarer Zustand. Da dieser Zuschuss aus den Steuern der Bürger stammt, zahlen die Privatversicherten neben ihren





**Ihre Ansprechpartner:****Dr. Gerd Benner (Ltg.)**

Telefon: (02 61) 4 98 - 11 00

**Christian Arns**

Telefon: (02 61) 4 98 - 11 22

Telefax: (02 61) 4 98 - 11 11

E-Mail: [presse@debeka.de](mailto:presse@debeka.de)

6. Februar 2013

Seite 2

eigenen Beiträgen also doppelt, nämlich auch für das gesetzliche System. Entgegen den gängigen Vorurteilen sind die PKV-Versicherten also sehr solidarisch."

Für Laue noch unverständlicher sind in diesem Zusammenhang die Äußerungen von SPD und Grünen, die sich im Wahlkampf mit der Abschaffung der PKV beschäftigen wollen. "Es ist erschreckend, mit welchem geringem Sachverstand beispielsweise die Grünen agieren", so der Vorstandsvorsitzende. "Da erklärt Frau Bender, die PKV habe mit 180 Milliarden Euro zu wenig Rückstellungen für ältere Versicherte, um steigenden Beiträgen im Alter entgegenzuwirken. Abgesehen davon, dass wir die Beitragsentwicklung im Alter längst im Griff haben, weiß Frau Bender offensichtlich nicht, dass gerade die GKV ein Problem mit einer immer älter werdenden Gesellschaft hat. Dort wurden bisher überhaupt keine altersbezogenen Rückstellungen gebildet. Und dann behauptet Frau Bender, die PKV habe keine Erfahrung mit älteren Versicherten. Auch hierüber kann ich nur mit dem Kopf schütteln. Die Vorläufer der PKV gibt es seit weit über 150 Jahren und damit länger als das gesetzliche System. Ich finde es erschreckend, wie man aus ideologischen und wahltaktischen Gründen ein funktionierendes System kaputt reden will und dann sogar noch die falschen Argumente der Wettbewerber aus der GKV als Beleg für die Richtigkeit der eigenen Aussagen anführt. In der Diskussion um unser Gesundheitswesen braucht es dringend mehr Objektivität. Ein gesetzliches System, das mit 90 Prozent der Bevölkerung auf Dauer nicht funktioniert, wird es mit zehn Prozent mehr auch nicht schaffen. Frau Nahles und Frau Bender sollten sich daher erstmal besser informieren, bevor sie die Bevölkerung mit falschen Aussagen bewusst oder unbewusst in die Irre führen."





[Nachrichten](#) >

## TK: PKV-Unternehmen mit hohen Verwaltungskosten

12.10.11



Die **Techniker Krankenkasse (TK)** kritisiert die hohen Abschluss- und Verwaltungskosten in der privaten Krankenversicherung (PKV). Mit 10,5 Prozent der Beitragseinnahmen ist der Anteil der Aufwendungen fast doppelt so hoch wie bei der TK.

Teuer PKV und günstige GKV? Glaubt man den Berechnungen der **Techniker Krankenkasse (TK)**, liegen die Verwaltungskosten bei den privaten Anbietern mit 391 Euro pro Versichertem mehr als doppelt so hoch wie in der gesetzlichen Krankenversicherung mit 136 Euro. Die Techniker Krankenkassen weist aufgrund der Optimierung der internen Verwaltung sogar besonders niedrige Kosten von 104 Euro je Mitglied auf.

Beim Vergleich der Aufwendungen wurden für die **PKV** allerdings die Abschlussaufwendungen einberechnet. In der Branche werden teilweise bis zu 18 Monatsbeiträge für die Vermittlung eines Neukunden gezahlt. Bei der GKV hingegen seien die Abschlussaufwendungen bereits in den Verwaltungskosten enthalten. Trotz der hohen Vergütung verzeichneten die privaten Anbieter im Jahr 2010 lediglich einen Neukundenzuwachs von 85.000 Personen, während die TK im selben Zeitraum um 339.000 Personen gewachsen sei.

Die TK folgert daraus, dass die private Krankenversicherung gegenüber der GKV keinen wirklichen Vorteil biete. Bei einer Kostenquote von 10,5 Prozent von den Beitragseinnahmen wenden die privaten Anbieter fast doppelt so viel Geld für die Verwaltung auf wie die gesetzlichen Kassen.



Weitere Nachrichten zum Thema Krankenversicherung:

- [Pflege-Bahr: erst 10.000 Abschlüsse](#)
- [Gesetzliche Pflegeversicherung: Finanzielles Polster - stabile Beiträge](#)
- [map-Report 2013: Debeka erneut PKV-Testsieger](#)
- [PKV-Tarife 2013: Deutlich teurer, aber auch bessere Leistungen](#)
- [Debeka-Studie: PKV mit geringeren Verwaltungskosten als GKV](#)

### Vergleich zur privaten Krankenversicherung

Anrede	<input type="text" value="Herr"/>	▼
Geburtsjahr	<input type="text" value="1981"/>	▼
Berufsgruppe	<input type="text" value="Angestellte(r)"/>	▼

Anfrage senden

[Impressum](#)

[Datenschutz](#)

[Über cecu.de](#)

[Werbung](#)

© 2003-2013 cecu.de - Alle Rechte vorbehalten.



# Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012



Verband der Privaten  
Krankenversicherung



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

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

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin  
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)

ISSN 0503-8839

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>3</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Die Branche im Überblick</b> .....	<b>7</b>
1.1 Mitgliedsunternehmen .....	9
1.2 Versicherungsarten .....	13
1.3 Zahlen 2011 .....	16
1.4 Aktuelle Entwicklung 2012 .....	22
<b>2. Versicherungsbestand</b> .....	<b>25</b>
2.1 Krankheitsvollversicherung .....	27
2.2 Pflegeversicherung .....	33
2.3 Zusatzversicherungen .....	34
2.4 Besondere Versicherungsformen .....	36
<b>3. Erträge</b> .....	<b>37</b>
3.1 Beitragseinnahmen .....	39
3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung ...	43
3.3 Kapitalerträge .....	45
<b>4. Aufwendungen</b> .....	<b>49</b>
4.1 Versicherungsleistungen .....	52
4.2 Schadenrückstellung .....	64
4.3 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung .....	64
4.4 Alterungsrückstellungen .....	65
4.5 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen .....	68
<b>5. Statistiken zur Tarifikalkulation</b> .....	<b>69</b>
5.1 Profile .....	71
5.2 Sterbetafel .....	81
5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen .....	81
5.4 Krankenhausstatistik .....	83
5.5 Krankheitsartenstatistik .....	85
<b>6. Zeitreihen 2001 - 2011</b> .....	<b>89</b>
6.1 Versicherungsbestand .....	90
6.2 Beitragseinnahmen .....	92
6.3 Versicherungsleistungen .....	94
6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung .....	98
6.5 Alterungsrückstellungen .....	98

6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen .....	100
6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen .....	100
6.8 Kennzahlen .....	104
<b>Anhang</b>	
<b>I. Grundlagen</b> .....	<b>109</b>
I.1 Zahlen zur Bevölkerung in Deutschland .....	109
I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen.....	112
I.3 Zahlen zur Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.....	114
<b>II. Glossar</b> .....	<b>118</b>
<b>III. Mitgliederverzeichnis 2012</b> .....	<b>125</b>
<b>IV. Stichwortverzeichnis</b> .....	<b>130</b>

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2012 ist für die Private Krankenversicherung mit einigen Herausforderungen verbunden: Die vom Europäischen Gerichtshof veranlasste Einführung von Unisex-Tarifen zum 21. Dezember 2012 führt bei den Menschen zu einer spürbaren Verunsicherung über mögliche Auswirkungen auf ihre zukünftigen Versicherungstarife und deren Kosten. Durch die lange Unklarheit über die gesetzlichen Rahmenbedingungen bei der Einführung der Unisex-Tarifwelt wurde diese abwartende Haltung noch verstärkt.

Im ersten Halbjahr 2012 gab es zudem eine beispiellose Welle überaus kritischer Medienberichte über die Private Krankenversicherung, die ebenfalls zu einer Verunsicherung vieler Verbraucher geführt hat. Auslöser waren vor allem Beitragsanpassungen in einigen sogenannten Billigtarifen, die in den Schlagzeilen oft zugespitzt und pauschalisiert wurden. Mehrere große Versicherungsunternehmen haben 2012 den Vertrieb dieser umstrittenen Tarife eingestellt, was mit entsprechend weniger Neuzugängen insbesondere aus dem Bereich der Selbstständigen verbunden ist.

Trotz dieses schwierigen Umfelds haben sich auch im ersten Halbjahr 2012 deutlich mehr Menschen für einen Wechsel aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die Private Krankenversicherung (PKV) entschieden, als umgekehrt in die GKV gewechselt sind. Der Saldo zwischen GKV und PKV ist also unverändert positiv für die PKV. Das belegt das dauerhaft große Interesse der Menschen an den attraktiven Angeboten der Privaten Krankenversicherung. Dies gilt umso mehr, als jeder Wechsel in die PKV freiwillig erfolgt, während die allermeisten Wechsel in die GKV aus gesetzlichem Zwang stattfinden.

Im ersten Halbjahr 2012 verzeichnet die Private Krankenversicherung insgesamt nach wie vor einen Netto-Zuwachs. Die Zahl der Verträge stieg netto um 71.000 auf insgesamt 31,55 Millionen. In der Krankenvollversicherung hat sich der Bestand im ersten Halbjahr 2012 verglichen zum Jahresende 2011 leicht verringert: Die Zahl der privat Vollversicherten betrug zum 30. Juni 2012 rund 8,96 Millionen Personen, das sind 0,2 Prozent oder 15.300 Personen weniger als zum Jahresende 2011. Angesichts des überaus kritischen Medienechos in diesem Zeitraum sowie des bewussten Verzichts auf Neuzugänge in Billigtarifen ist dies ein respektables Ergebnis.

Bei den Zusatzversicherungen wurden bis Mitte 2012 netto 86.300 neue Policen abgeschlossen. Das liegt zwar etwas unter der Zahl von 118.700 im entsprechenden Vorjahreszeitraum, ist aber ebenso durch das Abwarten der Kunden auf die neue Unisex-Tarifwelt zu erklären. Insgesamt stieg die Zahl an Zusatzversicherungen im ersten Halbjahr 2012 auf insgesamt 22,6 Millionen an. Damit hält der Trend zu mehr privater Vorsorge an, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken.

Die Kapitalanlagen der PKV haben sich ungeachtet aller Nachwirkungen der Staatsschuldenkrise weiter positiv entwickelt. Die Alterungsrückstellungen der Versicherten stiegen bis Ende 2011 um 7,2 Prozent auf 169,4 Milliarden Euro: 145,4 Milliarden Euro in der Krankenversicherung (plus 7,3 Prozent) und 24,0 Milliarden Euro in der Pflegeversicherung (plus 6,6 Prozent). Mit knapp 4,1 Prozent durchschnittlicher Nettoverzinsung hat die Branche den Höchstrechnungszins von 3,5 Prozent erneut sicher bedient.



Ein Rückblick auf das Jahr 2011 zeigt: Der Nettoneuzugang in der Vollversicherung entspricht mit 80.900 Personen in etwa dem des Vorjahres (84.600 Personen). Zum Jahresende waren damit insgesamt 8,98 Millionen Menschen privat vollversichert, davon etwa 26.100 im brancheneinheitlichen, gesetzlich eingeführten Basistarif.

Ende 2011 gab es zudem etwa 22,5 Millionen Zusatzversicherungen. Sie verzeichnen damit erneut einen Anstieg um rund eine halbe Million gegenüber dem Vorjahr. Die Private Pflegeversicherung zählte zum Jahresende 9,7 Millionen Versicherte.

Die Beitragseinnahmen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2011 um 4,2 Prozent auf insgesamt 34,7 Milliarden Euro. Der Zuwachs in der Krankenversicherung um 4,5 Prozent auf 32,6 Milliarden Euro liegt unter dem Vorjahreswert von 5,7 Prozent. In der Pflegeversicherung stiegen die Einnahmen ebenfalls schwächer als im Vorjahr um 0,4 Prozent auf rund 2,1 Milliarden Euro (2010: plus 1,1 Prozent). Die Krankheitsvollversicherung hatte 2011 einen Anteil von 72,6 Prozent an den Gesamtbeitragseinnahmen. Zusatzversicherungen hatten mit 19,3 Prozent einen deutlich geringeren Anteil, ebenso die Pflegeversicherung mit 6,1 Prozent und Besondere Versicherungsformen mit 2,1 Prozent.

Die Versicherungsleistungen der Privaten Krankenversicherung stiegen 2011 um 3,9 Prozent auf 22,1 Milliarden Euro (2010: plus 3,7 Prozent). Der Anstieg lag erneut deutlich über der allgemeinen Preissteigerung von 2,3 Prozent. Die Leistungen der Pflegeversicherung erhöhten sich um 3,1 Prozent auf 720,5 Millionen Euro (2010: plus 4,7 Prozent). Insgesamt liegen die Leistungen damit bei 22,8 Milliarden Euro.

Für 2012 kann die Private Krankenversicherung mit einer Steigerung ihrer Beitragseinnahmen um 3,4 Prozent auf 35,9 Milliarden Euro rechnen. Bei der Pflegeversicherung sinken die Einnahmen dank einer Beitragssenkung um 3,6 Prozent auf 2,0 Milliarden Euro – was natürlich eine gute Nachricht für die Versicherten ist. Die ausgezahlten Versicherungsleistungen erreichen Ende 2012 voraussichtlich eine Höhe von 23,9 Milliarden Euro. Das entspricht einem Plus von 4,8 Prozent. Der Kostenanstieg bleibt somit auch 2012 deutlich über der allgemeinen Preissteigerung.

Köln, den 14. November 2012



Dr. Volker Leienbach  
Verbandsdirektor

## Einleitung

Im Zahlenbericht wird das endgültige Geschäftsergebnis des Jahres 2011 veröffentlicht. Darüber hinaus bietet er einen Überblick über die ersten sechs Monate des aktuellen Jahres sowie die voraussichtliche Entwicklung bis zum Jahresende 2012. Für einen besseren Überblick werden die Werte überwiegend in Tabellen und Grafiken dargestellt.

Kapitel 1 gibt Informationen zum Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und eine Erläuterung der Versicherungsarten, die die PKV anbietet. Darüber hinaus enthält das Kapitel einen ersten Zahlenüberblick über das Jahr 2011 sowie die aktuelle Entwicklung 2012. Es folgt in Kapitel 2 die Darstellung des Versicherungsbestandes. Die Kapitel 3 und 4 (Erträge und Aufwendungen) orientieren sich am Aufbau des Jahresergebnisses, das auf Seite 19 abgebildet ist. Kapitel 5 erläutert Statistiken zur Kalkulation der Versicherungstarife.

Die Zeitreihen in Kapitel 6 vermitteln wichtige Informationen über den Geschäftsverlauf der vergangenen elf Jahre. Die Daten im Grundlagenkapitel dienen der besseren Einordnung der Privaten Krankenversicherung in das deutsche Gesundheitssystem. Das Glossar soll vor allem für Nicht-Experten bei der Lektüre des Zahlenberichts ein Hilfsmittel sein. Begriffe, die im Glossar erläutert werden, sind im Zahlenbericht mit dem Symbol **[G]** gekennzeichnet.

Die im Bericht vorgestellten Zahlen stammen zum größten Teil aus den Geschäftsberichten der Mitgliedsunternehmen. Weitere Quellen sind Sondererhebungen bei den Mitgliedsunternehmen sowie die Jahresnachweisungen der Versicherungsunternehmen an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).





## 1. Die Branche im Überblick



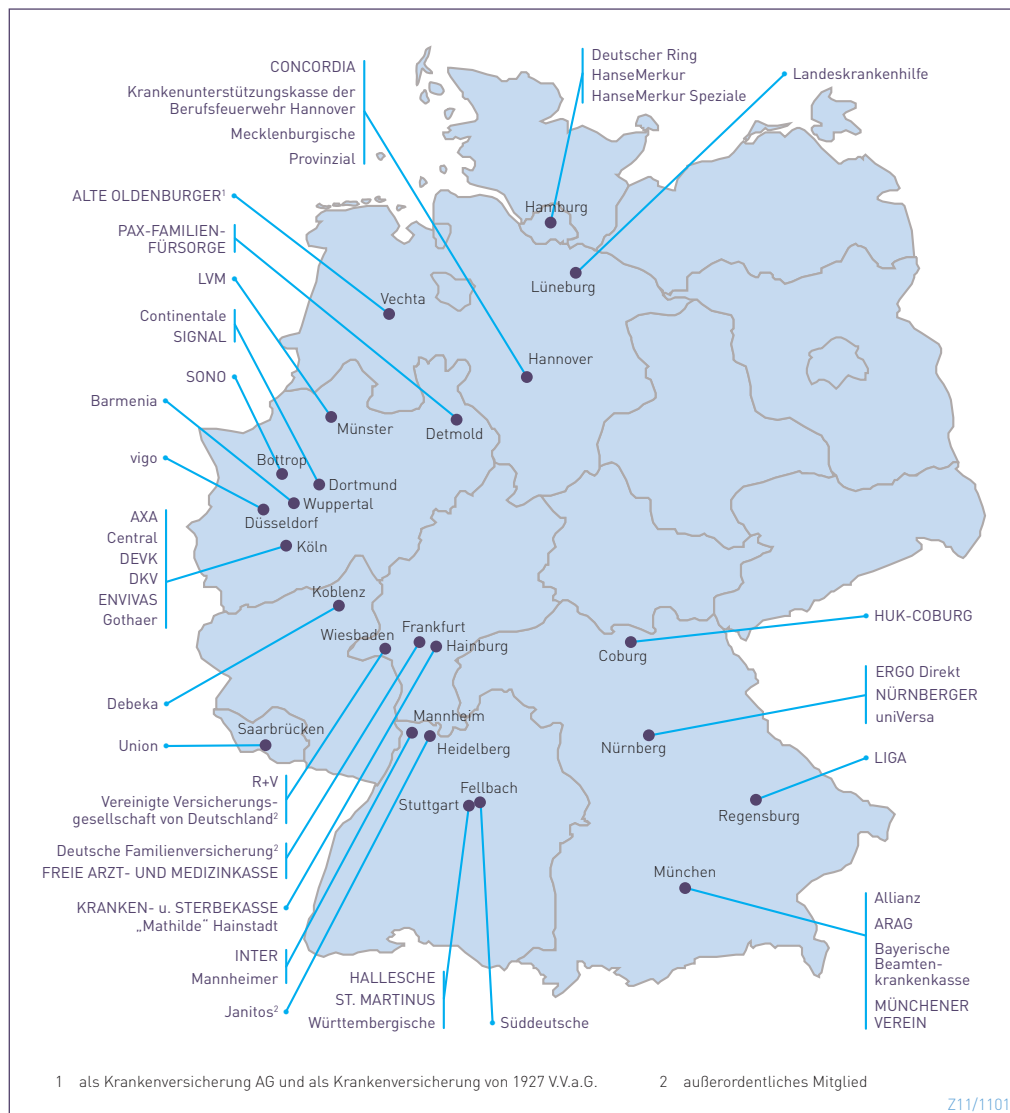
## 1.1 Mitgliedsunternehmen

### Anzahl der Unternehmen

Der Verband der Privaten Krankenversicherung hatte am 31. Dezember 2011 43 (2010: 43) ordentliche und vier außerordentliche Mitgliedsunternehmen. Voraussetzung für die Mitgliedschaft im Verband ist, dass ein Versicherungsunternehmen sein Geschäft in Deutschland betreibt und durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder eine Landesaufsichtsbehörde zugelassen ist.

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und die Postbeamtenkrankenkasse sind verbundene Einrichtungen des PKV-Verbandes. Ihre Mitglieder sind in der „Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen“ (GPV) pflegeversichert. An der GPV [G] sind alle Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes entsprechend ihrem Marktanteil beteiligt. Die Versicherung der Mitglieder der beiden verbundenen Einrichtungen ist nur in den Angaben der Mitgliedsunternehmen zur Pflegeversicherung berücksichtigt.

### Hauptsitze der PKV-Unternehmen in Deutschland 2011



Neben den Unternehmen, die dem Verband angehören, gab es im Jahr 2011 noch 23 kleine und kleinste private Krankenversicherungsvereine. Hierbei handelt es sich um unter Bundes- oder Landesaufsicht stehende Unterstützungskassen, die meist nur Zusatzleistungen anbieten. Sie sind häufig berufsständisch orientiert, und fast alle haben nur eine regionale Bedeutung. Ihr Anteil an den Beitragseinnahmen der gesamten Sparte Krankenversicherung beträgt unter 0,002 Prozent.

## Rechtsform der Unternehmen

Die Private Krankenversicherung wird in den Rechtsformen Aktiengesellschaft und Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVG) [G] betrieben.

	Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit		Aktiengesellschaften	
	2011	2010	2011	2010
<b>Anzahl der Unternehmen am Jahresende</b>	19	19	24	24
<b>Anzahl der Vollversicherten</b>	4.518.500	4.466.600	4.457.900	4.428.900
<b>Anteil am Gesamtbestand der Vollversicherten in Prozent</b>	50,34	50,21	49,66	49,79
<b>Beitragseinnahmen in Mio. Euro</b>	14.837,1	14.318,1	19.830,3	18.952,2
<b>Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Prozent</b>	42,80	43,04	57,2	56,96

Z11/1102

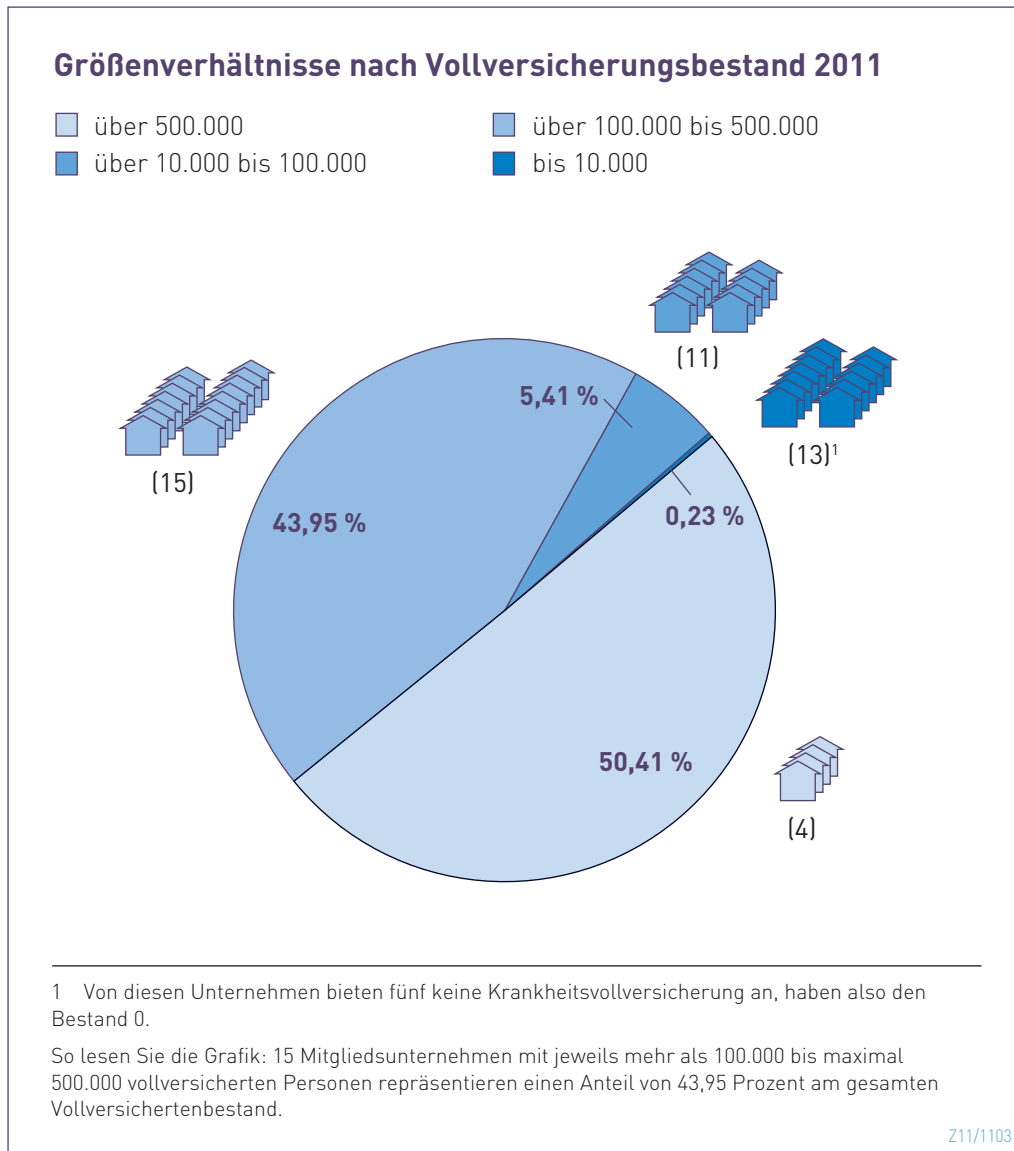
Zehn Aktiengesellschaften waren Tochtergesellschaften von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit. Ihre Beitragseinnahmen in Höhe von 3.533,9 Mio. Euro machten 10,19 Prozent der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Sie hatten einen Anteil von 10,47 Prozent am Gesamtbestand der Vollversicherten der PKV.

In der PKV gibt es eine Vielzahl von Tarifen und dadurch auch deutliche Unterschiede im versicherten Leistungsumfang. Darüber hinaus haben fast 50 Prozent der vollversicherten Personen einen Anspruch auf Beihilfe [G], weshalb sie nur einen Teil ihres Krankheitskostenrisikos privat abgedeckt haben. Aus diesem Grund kann aus dem Verhältnis von Beitragseinnahmen zum Versicherungsbestand kein durchschnittliches Beitragsniveau abgeleitet werden.

## Größenverhältnisse der Unternehmen

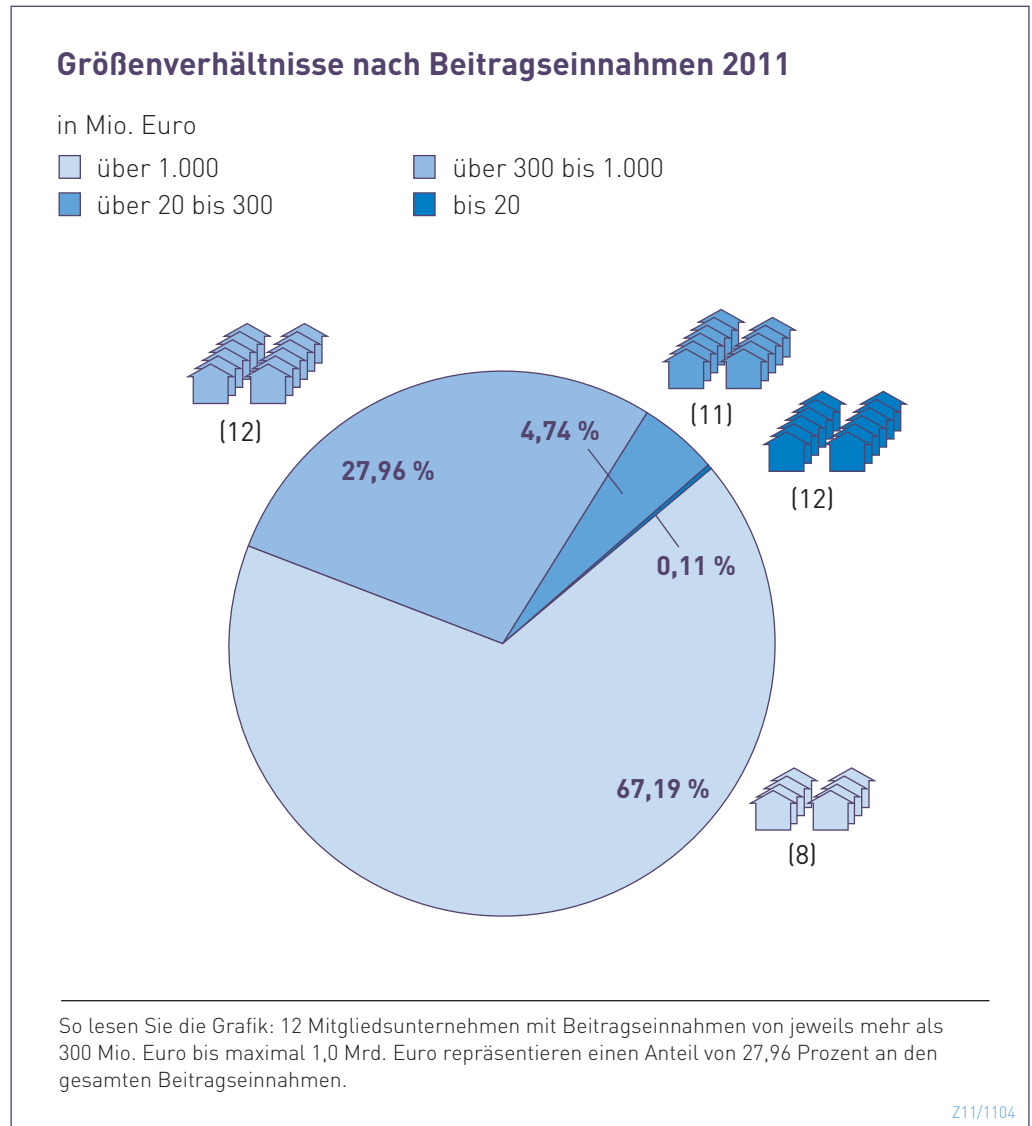
Die dem Verband angehörenden Unternehmen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Größe.

Klassifiziert man die Unternehmen nach der Anzahl der vollversicherten Personen, ergibt sich die folgende Aufteilung:



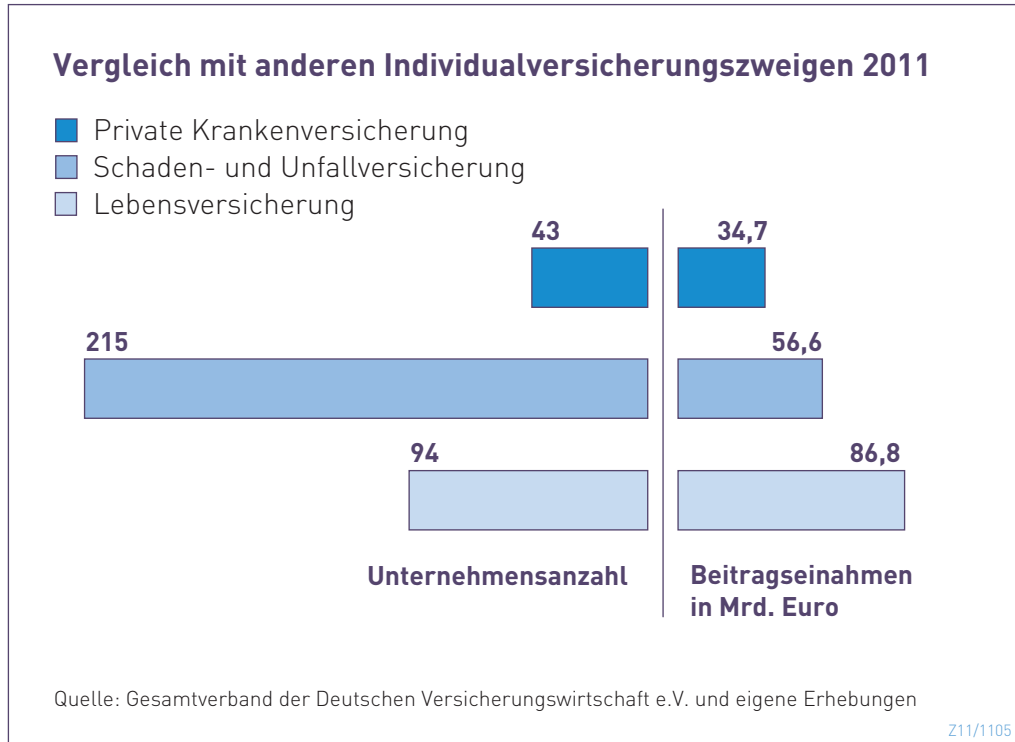


Klassifiziert man die Unternehmen nach dem Volumen der Beitragseinnahmen, ergibt sich folgende Struktur:



## Vergleich mit anderen Individualversicherungen

Die Beitragseinnahmen und die Unternehmenszahl in den drei größten Zweigen der deutschen Individualversicherung stellten sich 2011 wie folgt dar:



## 1.2 Versicherungsarten

### Krankheitsvollversicherung

Die Krankheitsvollversicherung ist eine Kostenversicherung [G] und die Hauptversicherungsart der PKV. Eine private Krankenversicherung gilt als Vollversicherung, wenn der Versicherte die PKV anstelle einer gesetzlichen Krankenversicherung und nicht als Ergänzung zum GKV-Schutz abgeschlossen hat. Auch die Versicherung von beihilfeberechtigten [G] Personen – zum Beispiel von Beamten – zählt als Vollversicherung. Dieser Personenkreis erhält von seinem Dienstherrn (in der Regel Bund, Land oder Kommune) im Krankheitsfall eine Beihilfe zu den Krankheitskosten. Ergänzend zu dieser Beihilfe werden die Restkosten bei einem Unternehmen der PKV abgesichert.

Eine private Krankheitsvollversicherung können nur bestimmte Personengruppen abschließen. Dies sind im Wesentlichen

- Beamte
- Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze [G]
- Selbstständige und Freiberufler.

## Pflegeversicherung

Die Private Pflegeversicherung ist das Äquivalent zur Pflegeversicherung für gesetzlich Krankenversicherte. Wer privat krankenversichert ist, muss auch privat pflegeversichert sein. Die Leistungen sind identisch mit denen der Sozialen Pflegeversicherung. Die Beiträge werden wie in der Privaten Krankenversicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren [G] kalkuliert und sind somit unabhängig vom Einkommen des Versicherten.

## Zusatzversicherungen

Durch private Zusatzversicherungen kann der Grundversicherungsschutz ergänzt oder verbessert werden. Dies gilt in erster Linie für gesetzlich Versicherte. Aber auch für privat Vollversicherte sind folgende Zusatzversicherungen interessant: Krankentagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung, Pflegezusatzversicherung. Die unter „Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz“ zusammengefassten Versicherungsarten werden überwiegend von gesetzlich Versicherten abgeschlossen.

### Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz

- **Ambulante Tarife**  
Solche Tarife bieten Versicherungsschutz im ambulanten Bereich, zum Beispiel Zuschüsse zu Medikamenten, Brillen, Hörgeräten, Vorsorgeuntersuchungen. Auch die Erstattung der Praxisgebühr ist möglich.
- **Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus**  
Erstattet werden die Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) und die Behandlung durch den Chefarzt.
- **Zahntarife**  
In der Regel beinhalten solche Tarife Leistungen für Zahnersatz, manchmal zusätzlich auch für Zahnbehandlung, Inlays und Kieferorthopädie. Die Erstattung erfolgt als Zuschuss, der prozentual bis zu einer festgelegten Höchstgrenze bezahlt wird.

### Krankentagegeldversicherung

Mit der Krankentagegeldversicherung können privat Vollversicherte ihren Verdienstausschlag im Krankheitsfall absichern. Selbstständige, die gesetzlich versichert sind, können das private Krankentagegeld anstelle des gesetzlichen Krankengeldes wählen. Im Gegenzug wird ihr Beitragssatz in der GKV leicht reduziert. Darüber hinaus können alle gesetzlich Versicherten, also z.B. auch Arbeitnehmer, eine private Krankentagegeldversicherung als Ergänzung zum gesetzlichen Krankengeld abschließen. Besonders interessant ist dies, wenn das Krankengeld der GKV deutlich vom Nettoeinkommen abweicht. Die Tagegeldhöhe wird vertraglich vereinbart, darf aber – auch in Summe mit einem gesetzlichen Krankengeld – das Nettoeinkommen nicht überschreiten.

### Krankenhaustagegeldversicherung

Für jeden Tag im Krankenhaus wird eine im Vertrag festgelegte Summe an den Versicherten ausgezahlt. Das Krankenhaustagegeld steht ihm dann zur freien Verfügung.

## **Pflegezusatzversicherung**

Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen in der Regel nicht, um die Kosten im Pflegefall zu decken. Diese Versorgungslücke kann durch zwei verschiedene Formen von Zusatzversicherungen geschlossen werden:

- **Pflegetagegeld**  
Der Pflegebedürftige erhält pro Tag eine vertraglich fixierte Summe, unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten. Dieses Geld steht dann zur freien Verfügung.
- **Pflegekostenversicherung**  
In Abhängigkeit von den tatsächlich entstandenen Kosten wird ein prozentualer Anteil erstattet.

## **Besondere Versicherungsformen**

### **Auslandsreisekrankenversicherung**

Die Auslandsreisekrankenversicherung bietet Schutz bei Aufhalten im Ausland. Sie kann für kurzfristige und auch längerfristige Aufenthalte abgeschlossen werden, unabhängig davon, ob der Aufenthalt im Rahmen eines Urlaubs, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit erfolgt.

### **Spezielle Ausschnittversicherungen**

Diese Versicherungen decken ein spezielles Risiko ab, zum Beispiel Kosten von Sehhilfen. Die Kalkulation erfolgt unter Sonderbedingungen, deshalb gilt diese Versicherungsart nicht als Zusatzversicherung.

### **Beihilfeablöseversicherung**

Die Beihilfeablöseversicherung ist eine Versicherung für beihilfeverpflichtete Arbeitgeber (zum Beispiel Städte, Kommunen). Sie übernimmt die notwendigen Beihilfezahlungen im Krankheitsfall des Arbeitnehmers.

### **Restschuld- und Lohnfortzahlungsversicherung**

- Die **Restschuldversicherung** wird vor allem bei Kreditgeschäften, insbesondere Abzahlungsgeschäften, abgeschlossen. Durch sie kann man sicherstellen, dass auch im Krankheitsfall trotz geringerer Einkommen oder höherer Kosten die eingegangenen Ratenzahlungsverpflichtungen erfüllt werden können.
- Die **Lohnfortzahlungsversicherung** ist eine Versicherung für den Arbeitgeber. Mit ihr sichert er das Risiko ab, im Krankheitsfall des Arbeitnehmers bis zur siebten Krankheitswoche das Gehalt weiterzahlen zu müssen.

## 1.3 Zahlen 2011

### Mitgliedsunternehmen des Verbandes

<b>43 Mitgliedsunternehmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit</li> <li>- 24 Aktiengesellschaften</li> </ul>
<b>4 außerordentliche Mitgliedsunternehmen<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CSS Versicherung AG</li> <li>- DFV Deutsche Familienversicherung AG</li> <li>- Janitos Versicherung AG</li> <li>- Vereinigte Versicherungsgesellschaft von Deutschland</li> </ul>
<b>2 verbundene Einrichtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten</li> <li>- Postbeamtenkrankenkasse</li> </ul>

<sup>1</sup> Seit dem 15. Juni 2010 können Unternehmen, welche die Krankenversicherung ausschließlich als Zusatzversicherung betreiben, dem Verband nur noch als außerordentliche Mitglieder beitreten.

Z11/1301

### Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>Krankheitsvollversicherung</b>	<b>8.976.400</b>	<b>8.895.500</b>	<b>+80.900</b>	<b>+0,91</b>
<b>Pflegeversicherung</b>	<b>9.666.900</b>	<b>9.593.000</b>	<b>+73.900</b>	<b>+0,77</b>
<b>Zusatzversicherungen<sup>1</sup></b> davon unter anderem	<b>22.498.900</b>	<b>21.969.400</b>	<b>+529.500</b>	<b>+2,41</b>
ambulante Tarife	7.678.300	7.443.200	+235.100	+3,16
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.712.800	5.643.500	+69.300	+1,23
Zahntarife	13.218.800	12.192.100	+1.026.700	+8,42
Krankentagegeldversicherung	3.581.700	3.536.600	+45.100	+1,28

<sup>1</sup> Eine Person kann mehrere Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen haben. Ebenso können in einem Versicherungsvertrag mehrere Personen mitversichert sein (Gruppenversicherung). Deswegen wird im Folgenden nur von Versicherungen gesprochen.

Z11/1302

## Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungs- arten	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Krankheitsvoll- versicherung</b>	25.150,9	24.072,1	+ 1.078,8	+ 4,48
<b>Pflegeversicherung</b>	2.105,1	2.096,0	+ 9,1	+ 0,43
<b>Zusatzversicherungen</b> davon unter anderem	6.682,6	6.406,4	+ 276,2	+ 4,31
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.524,5	4.338,2	+ 186,3	+ 4,29
Krankentagegeld- versicherung	1.068,0	1.018,8	+ 49,2	+ 4,83
<b>Besondere Versiche- rungsformen</b>	728,8	695,8	+ 33,0	+ 4,74
<b>insgesamt</b>	<b>34.667,4</b>	<b>33.270,3</b>	<b>+ 1.397,1</b>	<b>+ 4,20</b>
insgesamt ohne Pflegeversicherung	32.562,3	31.174,3	+ 1.388,0	+ 4,45

Z11/1303

Den größten Anteil an den Beitragseinnahmen machte mit 72,55 Prozent die Krankheitsvollversicherung aus. Die Zusatzversicherungen, die von gesetzlich Versicherten abgeschlossen werden, um den GKV-Schutz zu verbessern, hatten hingegen nur einen Anteil von 13,05 Prozent an den Beitragseinnahmen.

## Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen [G])

Versicherungs- leistungen	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Krankenversicherung</b>	22.053,6	21.216,7	+ 836,9	+ 3,94
<b>Pflegeversicherung</b>	720,5	698,8	+ 21,7	+ 3,11
<b>insgesamt</b>	<b>22.774,1</b>	<b>21.915,5</b>	<b>+ 858,6</b>	<b>+ 3,92</b>

Z11/1304

## Versicherungsleistungen in den wichtigsten Leistungsbereichen

Versicherungsleistungen nach Leistungsbereichen	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>ambulante Leistungen</b>	9.864,4	9.556,7	+307,7	+3,22
<b>stationäre Leistungen</b>	6.695,1	6.425,8	+269,3	+4,19
<b>Zahnleistungen</b>	3.408,3	3.214,4	+193,9	+6,03
<b>Ausgaben für Krankheitskosten ohne Tagegelder insgesamt</b>	<b>20.030,4</b>	<b>19.247,4</b>	<b>+783,0</b>	<b>+4,07</b>

Z11/1305

## Alterungsrückstellungen [G]

Alterungsrückstellungen	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Krankenversicherung</b>	145.404,6	135.470,5	+9.934,1	+7,33
<b>Pflegeversicherung</b>	24.022,8	22.534,3	+1.488,5	+6,61
<b>insgesamt</b>	<b>169.427,4</b>	<b>158.004,8</b>	<b>+11.422,6</b>	<b>+7,23</b>

Z11/1306

## Jahresergebnis

### Jahresergebnis der Privaten Krankenversicherung 2011

in Mio. Euro

<b>I. Erträge</b>		<b>43.408,5</b>
1. Beitragseinnahmen (verdiente Bruttobeiträge [G] einschließlich Nebenleistungen)	34.657,0	
2. Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	1.333,7	
3. Kapitalerträge (Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich Aufwendungen für Kapitalanlagen)	7.417,8	
<b>II. Aufwendungen</b>		<b>43.084,6</b>
1. a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schadenregulierungs- aufwendungen [G])	22.904,7	
b) Aufwendungen für Beitragsrückerstat- tung (erfolgsunabhängig und erfolgsab- hängig)	4.156,8	
c) Zuführungen zu den Alterungsrück- stellungen [G]	11.422,6	
2. Aufwendungen für den Versicherungs- betrieb		
a) Abschlussaufwendungen [G]	2.756,2	
b) Verwaltungsaufwendungen [G]	849,2	
3. Steuern	370,8	
4. Sonstige Aufwendungen und Erträge	624,3	
<b>III. Mittel zur Bildung gesetzlich vorgeschriebener und freier Rücklagen</b>		<b>323,9</b>

Z11/1307



## Kurzbilanz

### Kurzbilanz der Privaten Krankenversicherung 2011

in Mio. Euro

#### Aktiva

A. Ausstehende Einlagen auf das gezeichnete Kapital	0,0
B. Immaterielle Vermögensgegenstände	215,0
C. Kapitalanlagen	188.302,5
I. Grundstücke	1.625,4
II. Kapitalanlagen in verbundenen Unternehmen und Beteiligungen	5.638,9
III. Sonstige Kapitalanlagen	181.037,6
IV. Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft	0,6
E. Forderungen	1.008,9
F. Sonstige Vermögensgegenstände	1.347,2
G. Rechnungsabgrenzungsposten	3.249,9
I. Voraussichtliche Steuerentlastung	44,4
J. Aktiver Unterschiedsbetrag aus der Vermögensberechnung	36,6
<b>Summe Aktiva</b>	<b>194.204,5</b>

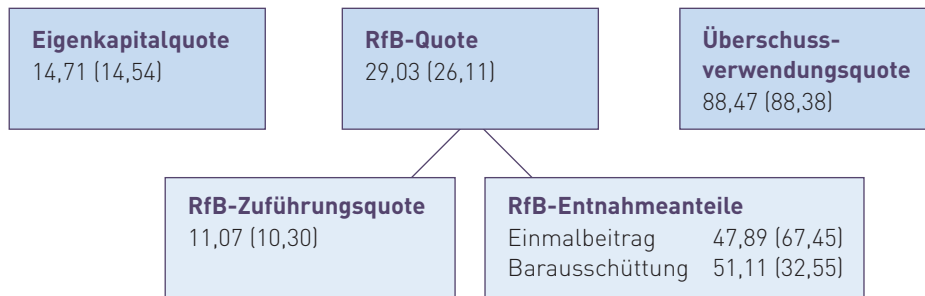
#### Passiva

A. Eigenkapital	5.164,0
B. Genussrechtskapital	30,7
C. Nachrangige Verbindlichkeiten	27,0
D. Sonderposten mit Rücklageanteil	0,0
E. Versicherungstechnische Rückstellungen	185.067,5
I. Beitragsüberhänge	104,1
II. Deckungsrückstellung	168.420,0
III. Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle	5.785,6
IV. Rückstellung für Beitragsrückerstattung	10.672,5
V. Sonstige Rückstellungen	85,3
G. Andere Rückstellungen	1.406,2
H. Depotverbindlichkeiten aus dem in Rückversicherung gegebenen Geschäft	1.042,2
I. Andere Verbindlichkeiten	1.412,3
K. Rechnungsabgrenzungsposten	39,3
L. Passive latente Steuern gemäß §274 HGB	15,3
<b>Summe Passiva</b>	<b>194.204,5</b>

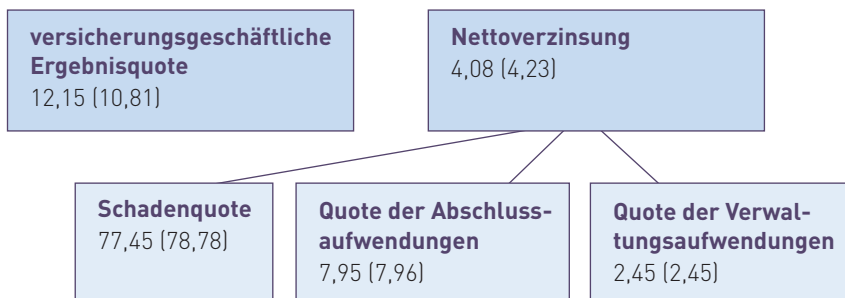
## Kennzahlen

### Kennzahlen der Privaten Krankenversicherung 2011 in Prozent (Vorjahreswerte in Klammern)

#### Sicherheit und Finanzierbarkeit



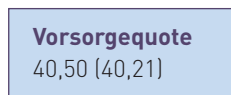
#### Erfolg und Leistung



#### Wachstum



#### Vorsorge



Z11/1309

Eine kurze Erläuterung der einzelnen Kennzahlen finden Sie im Glossar. Eine ausführliche Darstellung enthält der Kennzahlenkatalog, der im Internet unter [www.pkv.de](http://www.pkv.de) einzusehen oder beim Verband zu bestellen ist.

Die Vorsorgequote wird in Kapitel 4.4 detailliert behandelt.

## 1.4 Aktuelle Entwicklung 2012

### Mitgliedsunternehmen des Verbandes

<b>43 Mitgliedsunternehmen<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit</li> <li>- 24 Aktiengesellschaften</li> </ul>
<b>5 außerordentliche Mitgliedsunternehmen<sup>2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayerische Beamten Versicherung AG</li> <li>- CSS Versicherung AG</li> <li>- DFV Deutsche Familienversicherung AG</li> <li>- Janitos Versicherung AG</li> <li>- WGV-Versicherung AG</li> </ul>
<b>2 verbundene Einrichtungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten</li> <li>- Postbeamtenkrankenkasse</li> </ul>

<sup>1</sup> Stand 30. September 2012

<sup>2</sup> Seit dem 15. Juni 2010 können Unternehmen, welche die Krankenversicherung ausschließlich als Zusatzversicherung betreiben, dem Verband nur noch als außerordentliche Mitglieder beitreten.

Z11/1401

### Versicherungsbestand

Bestand nach Versicherungsarten	30. Juni 2012	31. Dez. 2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>Krankheitsvollversicherung</b>	8.961.100	8.976.400	- 15.300	- 0,17
<b>Pflegeversicherung</b>	9.648.400	9.666.900	- 18.500	- 0,19
<b>Zusatzversicherungen<sup>1</sup></b>	22.585.200	22.498.900	+ 86.300	+ 0,38
davon unter anderem				
ambulante Tarife	7.646.500	7.678.300	- 31.800	- 0,41
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.710.900	5.712.800	- 1.900	- 0,03
Zahntarife	13.309.900	13.218.800	+ 91.100	+ 0,69

<sup>1</sup> Eine Person kann mehrere Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen haben. Ebenso können in einem Versicherungsvertrag mehrere Personen mitversichert sein (Gruppenversicherung). Deswegen wird im Folgenden nur von Versicherungen gesprochen.

Z11/1402

## Bestand im Basistarif [G]

Zum 1. Januar 2009 wurde per Gesetz ein brancheneinheitlicher Basistarif eingeführt. Für die Versicherungsunternehmen besteht in diesem Tarif hinsichtlich bestimmter Personengruppen Kontrahierungszwang, also die Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrags. Das gilt insbesondere gegenüber Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die der PKV zuzuordnen sind. Der Basistarif löst den modifizierten Standardtarif [G] ab, dessen Versicherte zum Jahresbeginn 2009 in den neuen Tarif überführt wurden.

versicherte Personen im Basistarif <sup>1</sup>	30. Juni 2012	31. Dez. 2011	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>insgesamt</b>	<b>28.300</b>	<b>26.100</b>	<b>+ 2.200</b>	<b>+ 8,43</b>
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif [G]	3.800	4.000	- 200	- 5,00
aus der Nichtversicherung	9.300	8.600	+ 700	+ 8,14
aus der GKV <sup>2</sup>	400	400	0	0,00
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	13.800	12.300	+ 1.500	+ 12,20
Wechsel zwischen den Unternehmen <sup>3</sup>	600	500	+ 100	+ 20,00
sonstiger Zugang	400	300	+ 100	+ 33,33
<b>Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit<sup>4</sup></b>	<b>10.800</b>	<b>9.600</b>	<b>+ 1.200</b>	<b>+ 12,50</b>

---

1 Die versicherten Personen im Basistarif sind auch in den Angaben zum Bestand der Krankheitsvollversicherung enthalten.

2 Seit 2009 haben freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten nach Begründung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft einen Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif.

3 Für Neukunden seit 2009 werden bei einem Unternehmenswechsel stets Alterungsrückstellungen [G] in Höhe des Basistarifs übertragen. Bereits vor 2009 privat Versicherte hatten die einmalige Gelegenheit, unter teilweiser Anrechnung ihrer Alterungsrückstellungen in den Basistarif eines anderen Unternehmens zu wechseln. Dazu mussten sie ihren alten Versicherungsvertrag bis zum 30. Juni 2009 kündigen, aufgrund der Kündigungsfristen fand der faktische Wechsel aber oft später statt.

4 Während nachgewiesener Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts oder wenn allein durch Zahlung des Beitrags eine solche Hilfebedürftigkeit eintreten würde, wird der Beitrag im Basistarif halbiert.

Z11/1403

## Beitragseinnahmen

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten	1. Halbjahr 2012 in Mio. Euro	Gesamtjahr 2011 in Mio. Euro
<b>Krankheitsvollversicherung</b>	13.060,0	25.150,9
<b>Pflegeversicherung</b>	1.010,0	2.105,1
<b>Zusatzversicherungen</b> davon unter anderem	3.520,0	6.682,6
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	2.370,0	4.524,5
Krankentagegeldversicherung	560,0	1.068,0
<b>Besondere Versicherungsformen</b>	340,0	728,8
<b>insgesamt</b>	<b>17.930,0</b>	<b>34.667,4</b>
insgesamt ohne Pflegeversicherung	16.920,0	32.562,3

Z11/1404

Ende des Jahres 2012 kann die Private Krankenversicherung voraussichtlich mit Beitragseinnahmen von 35,85 (davon Krankenversicherung 33,82 und Pflegeversicherung 2,03) Mrd. Euro rechnen. Gegenüber dem Vorjahr ist dies eine Steigerung von 3,4 (Krankenversicherung plus 3,9 und Pflegeversicherung minus 3,6) Prozent.

## Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen)

Versicherungsleistungen	1. Halbjahr 2012 in Mio. Euro	Gesamtjahr 2011 in Mio. Euro
<b>Krankenversicherung</b>	11.535,0	22.053,6
<b>Pflegeversicherung</b>	385,0	720,5
<b>insgesamt</b>	<b>11.920,0</b>	<b>22.774,1</b>

Z11/1405

Einschließlich der Schadenregulierungsaufwendungen [G] dürften an Versicherungsleistungen bis Ende 2012 rund 23,87 (davon Krankenversicherung 23,10 und Pflegeversicherung 0,77) Mrd. Euro zu erwarten sein. Die Zunahme wird mit 4,8 (Krankenversicherung plus 4,7 und Pflegeversicherung plus 6,9) Prozent voraussichtlich über der Steigerung der Beitragseinnahmen liegen.



## 2. Versicherungsbestand





Die Erfassung des Versicherungsbestandes erfolgt zum 31. Dezember eines Jahres. Durch die Stichtagszählung ist gewährleistet, dass keine Doppelzählungen vorkommen, wenn zum Beispiel ein Versicherter im Laufe eines Jahres von einer privaten Krankenversicherung zu einer anderen wechselt.

Die einzelnen Versicherungsarten werden in Kapitel 1.2 genauer erläutert.

## 2.1 Krankheitsvollversicherung

Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der PKV. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Höhe von 34.667,4 Mio. Euro beträgt 72,55 Prozent. Ende 2011 hatten 10,97 Prozent der Bevölkerung in Deutschland eine private Vollversicherung. Der Großteil der Versicherten hat seinen Wohnsitz in den alten Bundesländern. Der Anteil der Versicherten aus den neuen Bundesländern ist mit 9,94 Prozent nur gering.

Der Nettoneuzugang [G] in der Vollversicherung entsprach 2011 mit 80.900 Personen in etwa dem Neuzugang des Vorjahres (84.600 Personen).

	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>vollversicherte Personen</b>	8.976.400	8.895.500	+80.900	+0,91

Z11/2101

Neben dem Nettoneuzugang gibt es noch zwei weitere Größen, die die Bestandsveränderungen in der PKV beschreiben: die Wanderungsbewegung zwischen PKV und GKV und der Bruttoneuzugang.

Die Wanderungsbewegung stellt dar, wie viele Personen zwischen der GKV und der PKV wechseln. Die Rückkehr in die GKV ist für einen Privatversicherten grundsätzlich nur möglich, wenn er versicherungspflichtig wird (zum Beispiel weil sein Einkommen sinkt) oder wenn er als beitragsfreies Familienmitglied gesetzlich versichert sein kann.



Wanderungsbewegung	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>Übertritte zur PKV</b>	232.000	227.700	+ 4.300	+ 1,89
<b>Abgänge zur GKV</b>	157.600	153.200	+ 4.400	+ 2,87
<b>Differenz</b>	<b>74.400</b>	<b>74.500</b>	<b>- 100</b>	<b>- 0,13</b>

Z11/2102

Der Saldo der Wechsler zwischen GKV und PKV liegt erkennbar unter dem Nettoneuzugang. Das liegt daran, dass auch Neugeborene, Zuwanderer und vormals Unversicherte beim Nettoneuzugang erfasst werden.

Im Bruttoneuzugang werden alle Personen gezählt, die eine Krankheitsvollversicherung neu abgeschlossen haben. Im Gegensatz zur Wanderungsbewegung sind hier deshalb auch die Zugänge durch Geburten und Wechsel aus anderen PKV-Unternehmen enthalten. Die Abgänge aus der PKV durch Kündigung des Versicherungsschutzes oder Tod werden jedoch nicht berücksichtigt.

	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>Bruttoneuzugang in der Krankheitsvollversicherung</b>	488.300	498.000	- 9.700	- 1,95

Z11/2103

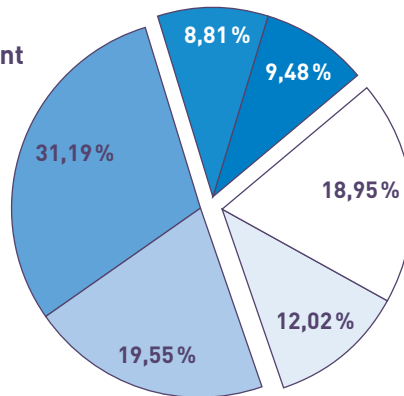
### Zusammensetzung des Bestandes in der Krankheitsvollversicherung

Die Zusammensetzung des Versichertenbestandes kann man untergliedern in Personen, die beihilfeberechtigt sind, und Personen ohne Beihilfeberechtigung [G]. Beihilfeberechtigt sind in erster Linie Beamte und ihre Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen. Eine weitere Aufgliederung ist nicht möglich. Im Jahr 2011 waren 47,3 Prozent der Versicherten beihilfeberechtigt.

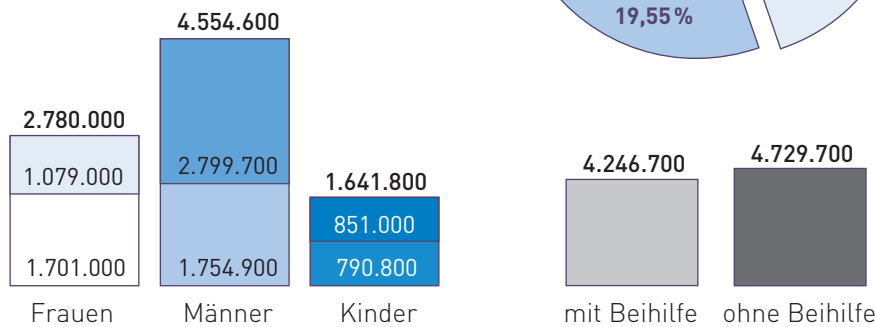
### Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2011

- Frauen mit Beihilfe
- Frauen ohne Beihilfe
- Männer mit Beihilfe
- Männer ohne Beihilfe
- Kinder mit Beihilfe
- Kinder ohne Beihilfe

in Prozent



absolut



Z11/2104

Frauen haben am Vollversichertenbestand einen geringeren Anteil als Männer. Ein Grund dafür dürfte sein, dass Arbeitnehmerinnen im Durchschnitt ein geringeres Einkommen haben und deshalb seltener die Versicherungspflichtgrenze [G] überschreiten.

### Wahlleistungen im Krankenhaus

Fast 82 Prozent der Vollversicherten haben einen Versicherungsschutz gewählt, der die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer und eine Chefarztbehandlung im Krankenhaus beinhaltet.

	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>vollversicherte Personen mit Wahlleistungen im Krankenhaus</b>	7.322.500	7.298.800	+23.700	+0,32

Z11/2105

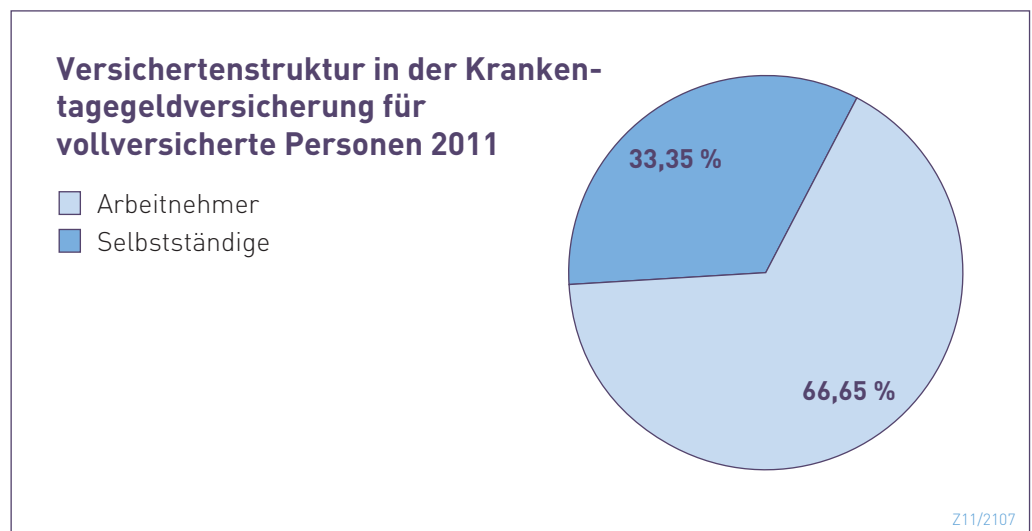
## Krankentagegeld

Zusätzlich zur Krankheitsvollversicherung können die Versicherten eine Krankentagegeldversicherung abschließen, um ihren Verdienstausschlag im Krankheitsfall abzusichern.

	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>vollversicherte Personen mit Krankentagegeld</b>	2.050.300	2.045.600	+ 4.700	+ 0,23

Z11/2106

Die Krankentagegeldversicherung umfasst zwei Bereiche: zum einen die Tagegeldversicherung für Freiberufler und Selbstständige, die das Risiko des Einkommensausfalls oft bereits von einem frühen Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit an abdeckt, und zum anderen die Tagegeldversicherung für Arbeitnehmer, die zumeist von der 7. Krankheitswoche an ein Tagegeld benötigen.



## Standardtarif [G]

Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif der PKV, dessen Leistungen mit denen der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind und der vor allem für ältere Versicherte gedacht ist. Sein Beitrag ist auf den Höchstbeitrag in der GKV begrenzt.

versicherte Personen im Standardtarif <sup>1</sup>	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>mit Beihilfe</b>	6.200	6.100	+ 100	+ 1,64
<b>ohne Beihilfe</b>	35.600	34.100	+ 1.500	+ 4,40
<b>insgesamt</b>	<b>41.800</b>	<b>40.200</b>	<b>+ 1.600</b>	<b>+ 3,98</b>
davon				
Kappung auf den Höchstbeitrag der GKV <sup>2</sup>	776	747	+ 29	+ 3,88

1 Die versicherten Personen im Standardtarif sind auch in den Angaben zum Bestand der Krankheitsvollversicherung enthalten.

2 Der Beitrag ist im Standardtarif auf den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Liegt der Beitrag kalkulatorisch über dieser Grenze, so wird er gekappt. Der gekappte Betrag wird über Umlage von allen PKV-Versicherten finanziert.

Z11/2108

Die meisten Versicherten im Standardtarif waren vorher bereits seit vielen Jahren privat versichert, weshalb sie durch die Anrechnung ihrer Alterungsrückstellungen einen geringeren Beitrag als den Höchstbeitrag zahlen. Die Kappung auf den Höchstbeitrag erfolgt nur bei 1,86 Prozent der Versicherten im Standardtarif.

## Basistarif [G]

Zum 1. Januar 2009 wurde per Gesetz ein brancheneinheitlicher Basistarif eingeführt. Sein Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt; Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind in diesem Tarif nicht zulässig. Für die Versicherungsunternehmen besteht hinsichtlich bestimmter Personengruppen Kontrahierungszwang, also die Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrags. Der Basistarif löste den modifizierten Standardtarif [G] ab, dessen Versicherte zum Jahresbeginn 2009 in den neuen Tarif überführt wurden. Der Versicherungsschutz des Basistarifs ist in Art, Umfang und Höhe mit dem der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar.

versicherte Personen im Basistarif <sup>1</sup>	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>insgesamt</b>	<b>26.100</b>	<b>21.000</b>	<b>+ 5.100</b>	<b>+ 24,3</b>
davon				
aus dem modifizierten Standardtarif [G]	4.000	4.300	-300	-7,0
aus der Nichtversicherung (Zugang 2009)	8.600	7.300	+ 1.300	+ 17,8
aus der GKV <sup>2</sup>	400	400	0	0,0
Wechsel innerhalb eines Unternehmens	12.300	8.400	+ 3.900	+ 46,4
Wechsel zwischen den Unternehmen <sup>3</sup>	500	400	+ 100	+ 25,0
sonstiger Zugang	300	200	+ 100	+ 50,0
<b>Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit<sup>4</sup></b>	<b>9.600</b>	<b>6.900</b>	<b>+ 2.700</b>	<b>+ 39,1</b>

1 Die versicherten Personen im Basistarif sind auch in den Angaben zum Bestand der Krankheitsvollversicherung enthalten.

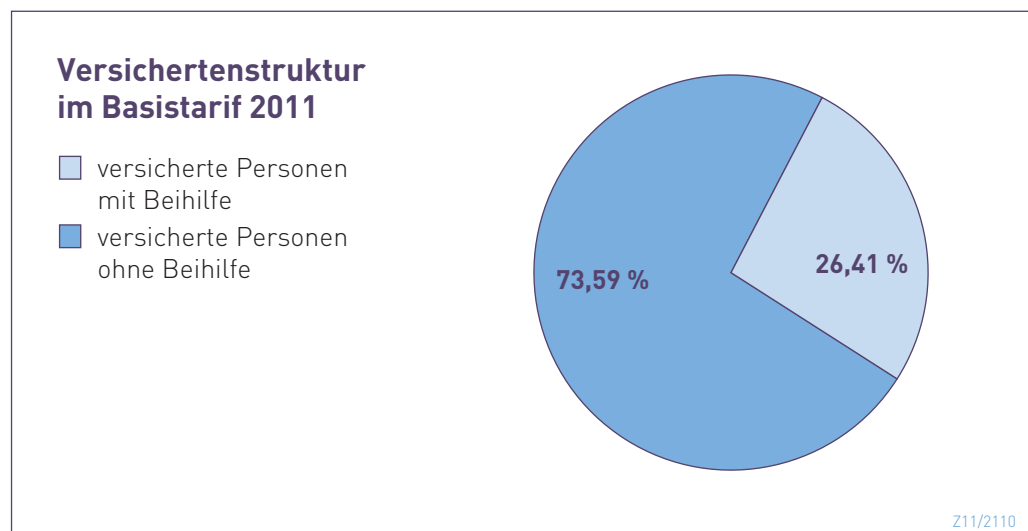
2 Seit 2009 haben freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten nach Begründung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft einen Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif.

3 Für Neukunden seit 2009 werden bei einem Unternehmenswechsel stets Alterungsrückstellungen [G] in Höhe des Basistarifs übertragen. Bereits vor 2009 privat Versicherte hatten die einmalige Gelegenheit, unter teilweiser Anrechnung ihrer Alterungsrückstellungen in den Basistarif eines anderen Unternehmens zu wechseln. Dazu mussten sie ihren alten Versicherungsvertrag bis zum 30. Juni 2009 kündigen, aufgrund der Kündigungsfristen fand der faktische Wechsel aber oft später statt.

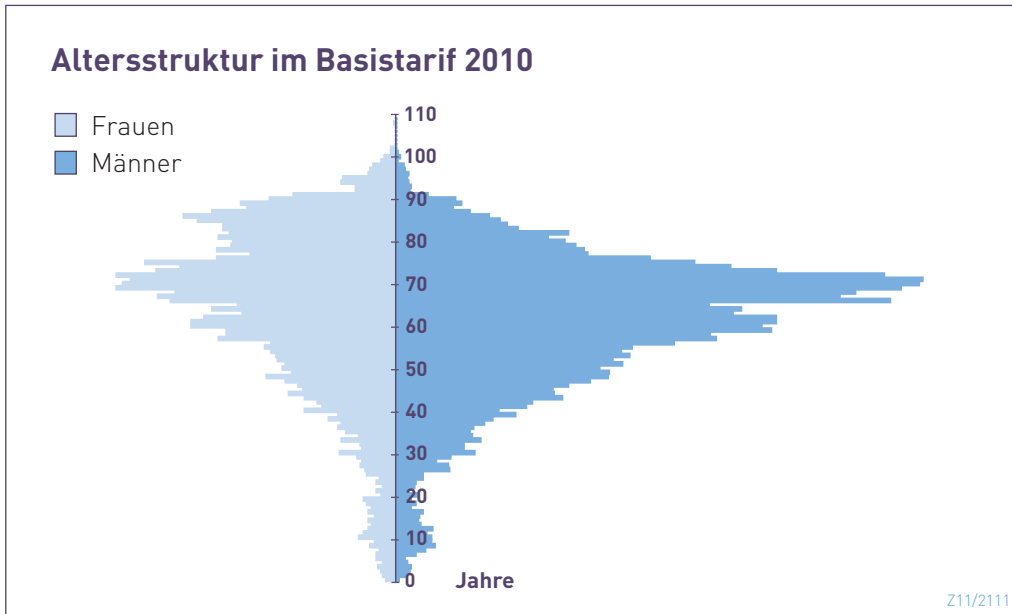
4 Während nachgewiesener Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts oder wenn allein durch Zahlung des Beitrags eine solche Hilfebedürftigkeit eintreten würde, wird der Beitrag im Basistarif halbiert.

Z11/2109

Der Basistarif muss sowohl als 100-Prozent-Absicherung als auch in einer beihilfekonformen Variante angeboten werden.



Im Rahmen der einheitlichen Kalkulation des Basistarifs erfasst der PKV-Verband auch das Alter der Versicherten.



## 2.2 Pflegeversicherung

Der Bestand in der Pflegeversicherung weicht von der Krankheitsvollversicherung ab, da auch einige freiwillig gesetzlich Versicherte sowie die Versicherten der verbundenen Einrichtungen Postbeamtenkrankenkasse und Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten privat pflegeversichert sind.

Personen mit Pflegeversicherung	2011	2010 <sup>1</sup>	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>Frauen</b>	3.086.300	3.098.000	-11.700	-0,38
<b>Männer</b>	4.924.600	4.907.500	+17.100	+0,35
<b>Kinder</b>	1.656.000	1.587.500	+68.500	+4,31
<b>insgesamt</b>	<b>9.666.900</b>	<b>9.593.000</b>	<b>+73.900</b>	<b>+0,77</b>

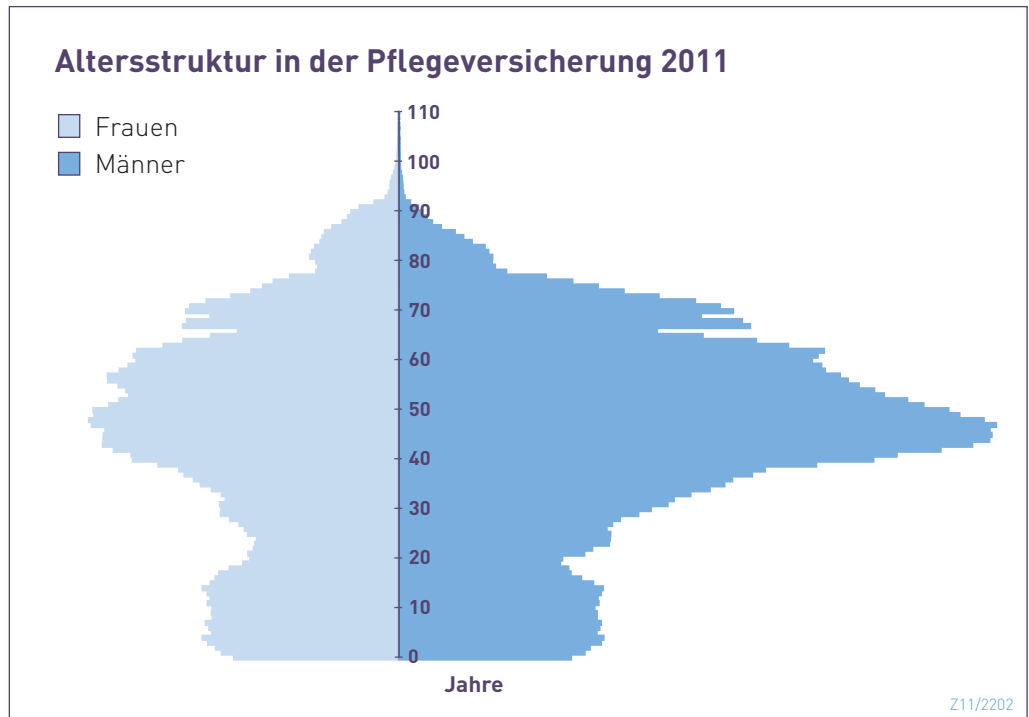
1 Die Geschlechterverteilung hat sich gegenüber dem letzten Zahlenbericht aufgrund von Korrekturmeldungen geändert.

Z11/2201

Während der Bestand in der Pflegeversicherung den Bestand in der Krankheitsvollversicherung um 690.500 Personen übertrifft, ist der Bestandszuwachs geringer. Die Ursache hierfür liegt bei den verbundenen Einrichtungen, da diese kaum noch Neuzugang haben.<sup>1</sup>

1 Bei den verbundenen Einrichtungen handelt es sich um geschlossene Versichertenkollektive. Das bedeutet, dass keine neuen Verträge abgeschlossen werden. Lediglich Nachversicherungen zu bestehenden Versicherungsverträgen (zum Beispiel von Ehegatten nach Eheschließung) sind möglich. Deshalb werden fast ausschließlich Abgänge – infolge von Tod oder Eintreten der Versicherungspflicht – verbucht.

Anders als in der Krankheitsvollversicherung wird in der Pflegestatistik das Alter der Versicherten erfasst:



### 2.3 Zusatzversicherungen

Die Zusatzversicherungen haben in den vergangenen Jahren einen deutlichen Bestandszuwachs erfahren. Ursächlich dafür sind insbesondere zwei Faktoren: Durch die Einschnitte in den Leistungskatalog der GKV halten immer mehr Menschen eine zusätzliche Absicherung für notwendig oder zumindest für sinnvoll. Zudem sind seit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2003 Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen möglich geworden. Dadurch ist für viele Menschen der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung leichter geworden.

Auch im Jahr 2011 erfuhr die Zusatzversicherung regen Zuspruch:

	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>Zusatzversicherungen<sup>1</sup></b>	22.498.900	21.969.400	529.500	+2,41

1 Eine Person kann mehrere Zusatzversicherungsverträge abgeschlossen haben. Ebenso können in einem Versicherungsvertrag mehrere Personen mitversichert sein (Gruppenversicherung). Deswegen wird im Folgenden nur von Versicherungen gesprochen.

Z11/2301

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2011	2010	Veränderung absolut in Prozent	
<b>ambulante Tarife</b>	Frauen	3.464.000	3.319.100	+144.900	+4,37
	Männer	2.673.500	2.566.700	+106.800	+4,16
	Kinder	1.540.800	1.557.400	-16.600	-1,07
	<b>insgesamt</b>	<b>7.678.300</b>	<b>7.443.200</b>	<b>+235.100</b>	<b>+3,16</b>
<b>Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus</b>	Frauen	2.568.200	2.546.100	+22.100	+0,87
	Männer	1.768.800	1.741.500	+27.300	+1,57
	Kinder	1.375.800	1.355.900	+19.900	+1,47
	<b>insgesamt</b>	<b>5.712.800</b>	<b>5.643.500</b>	<b>+69.300</b>	<b>+1,23</b>
<b>Zahntarife</b>	Frauen	6.411.100	5.820.100	+591.000	+10,15
	Männer	4.870.800	4.486.300	+384.500	+8,57
	Kinder	1.936.900	1.885.700	+51.200	+2,72
	<b>insgesamt</b>	<b>13.218.800</b>	<b>12.192.100</b>	<b>+1.026.700</b>	<b>+8,42</b>
<b>insgesamt<sup>1,2</sup></b>	Frauen	8.273.300	7.922.600	+350.700	+4,43
	Männer	6.233.600	5.939.800	+293.800	+4,95
	Kinder	2.632.500	2.650.900	-18.400	-0,69
	<b>insgesamt</b>	<b>17.139.400</b>	<b>16.513.300</b>	<b>+626.100</b>	<b>+3,79</b>

1 Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife abschließen. Er wird in diesem Fall mehrfach gezählt. Für die Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert.

2 Die Entwicklung der Gesamtposition fällt anders aus als die Summe der einzelnen Tarife, da Versicherte, die bereits eine Zusatzversicherung besitzen, einzelne Leistungsbestandteile nachträglich zusätzlich versichern oder aus ihrem Tarif streichen können. Die Gesamtposition bleibt dadurch unverändert.

Z11/2302

Die folgenden Versicherungsarten sind nicht nur für gesetzlich Versicherte, sondern auch Privatversicherte als Ergänzung ihrer Vollversicherung interessant:



Zusatzversicherungen nach Versicherungsarten	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>Krankentagegeld- versicherung<sup>1</sup></b>	3.599.300	3.536.600	+62.700	+1,77
<b>Krankenhaustage- geldversicherung</b>	8.246.300	8.333.900	-87.600	-1,05
<b>Pflegezusatz- versicherung<sup>2</sup></b>	1.880.400	1.699.500	+180.900	+10,64
davon				
Pflegetagegeld- versicherung	1.683.500	1.505.500	+178.000	+11,82
Pflegekosten- versicherung	308.300	289.500	+18.800	+6,49

1 In diesen Angaben sind auch die in Kapitel 2.1 genannten vollversicherten Personen mit Krankentagegeldversicherung enthalten.

2 Manche Personen haben sowohl eine Pflegetagegeld- als auch eine Pflegekostenversicherung abgeschlossen. Sie werden in der Gesamtsumme der Pflegezusatzversicherung aber nur einmal gezählt.

Z11/2303

## 2.4 Besondere Versicherungsformen

Neben den bisher aufgeführten Versicherungsarten bieten private Krankenversicherungsunternehmen auch Besondere Versicherungsformen an:

Besondere Versiche- rungsformen nach Versicherungsarten	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>Auslandsreisekranken- versicherung</b>	24.937.400	24.542.100	+395.300	+1,61
<b>Spezielle Ausschnitts- versicherungen</b>	10.337.000	11.133.900	-796.900	-7,16
<b>Beihilfeablöse- versicherung</b>	682.300	684.600	-2.300	-0,34
<b>Restschuld- und Lohn- fortzahlungsversicherung</b>	55.800	66.100	-10.300	-15,58

Z11/2401

Obwohl der Bestand in der Auslandsreisekrankenversicherung sehr hoch ist, hat diese Versicherungsform gemessen an den Beitragseinnahmen nur eine geringe Relevanz. Auch die Bedeutung der Speziellen Ausschnittsversicherungen innerhalb der PKV-Produktwelt ist trotz der vergleichsweise hohen Zahl der Verträge gering.



### 3. Erträge





Den Versicherungsunternehmen stehen grundsätzlich drei Finanzierungsquellen zur Verfügung: Beitragseinnahmen, Entnahmen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) [G] und Erträge aus Anlagen am Kapitalmarkt. Mit diesen Mitteln begleichen die Unternehmen Versicherungsleistungen sowie alle weiteren Aufwendungen für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Im Jahr 2011 erbrachten diese Finanzierungsquellen folgende Beträge:

<b>Finanzierungsquellen 2011</b>	<b>in Mio. Euro</b>
<b>Beitragseinnahmen (abgegrenzt)</b>	34.657,0
<b>Entnahmen aus den RfB</b>	1.333,7
<b>Kapitalerträge</b>	7.417,8
<b>insgesamt</b>	<b>43.408,5</b>

Z11/3001

Theoretisch wären hier noch die Entnahmen aus den Alterungsrückstellungen [G] aufzuführen. Die Entnahmen werden allerdings nicht separat in den Geschäftsberichten der Versicherungsunternehmen ausgewiesen, sondern mit den Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen saldiert. Derzeit ist der Saldo positiv, da die Zuführungen deutlich über den Entnahmen liegen.

### 3.1 Beitragseinnahmen

Die Versicherten zahlen für ihren Versicherungsschutz Beiträge. Die hier behandelten Beitragseinnahmen der Unternehmen resultieren aus selbst abgeschlossenem deutschem Geschäft. Einnahmen aus in Rückdeckung [G] genommenem Geschäft oder Tätigkeiten im Ausland sind also nicht enthalten. Bei den Beitragseinnahmen wird zwischen abgegrenzten und unabgegrenzten Werten unterschieden.

#### Abgegrenzte Beitragseinnahmen

Die abgegrenzten Beitragseinnahmen werden periodengerecht genau dem Geschäftsjahr zugeordnet, für das sie gezahlt wurden:

	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>Veränderung</b>	
	<b>in Mio. Euro</b>	<b>in Mio. Euro</b>	<b>absolut</b>	<b>in Prozent</b>
<b>abgegrenzte Beitragseinnahmen</b>	34.657,0	33.250,6	+1.406,4	+4,23

Z11/3101

## Unabgegrenzte Beitragseinnahmen

Die unabgegrenzten Beitragseinnahmen umfassen alle innerhalb eines Jahres von den Versicherten geleisteten Zahlungen an die Unternehmen, und zwar unabhängig davon, welchem Geschäftsjahr sie wirtschaftlich zuzuordnen sind. Abgestellt wird allein auf den Zahlungszeitpunkt.

Der Unterschied zwischen den abgegrenzten und den unabgegrenzten Beitragseinnahmen ist gering, weil in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung überwiegend Monatsbeiträge gezahlt werden und deshalb die Beitragsüberhänge von einem Jahr zum anderen relativ niedrig ausfallen. Im Folgenden werden die unabgegrenzten Beitragseinnahmen dargestellt, da nur hier eine Gliederung nach Versicherungsarten möglich ist.

Beitragseinnahmen nach Versicherungs- arten	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Krankheitsvoll- versicherung</b>	25.150,9	24.072,1	+ 1.078,8	+ 4,48
<b>Pflegeversicherung</b>	2.105,1	2.096,0	+ 9,1	+ 0,43
<b>Zusatzversicherungen</b>	6.682,6	6.406,4	+ 276,2	+ 4,31
davon				
Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	4.524,5	4.338,2	+ 186,3	+ 4,29
Krankentagegeld- versicherung	1.068,0	1.018,8	+ 49,2	+ 4,83
Krankenhaustage- geldversicherung	592,8	610,9	- 18,1	- 2,96
Pflegezusatz- versicherung	497,3	438,5	+ 58,8	+ 13,41
<b>Besondere Versiche- rungsformen</b>	728,8	695,8	+ 33,0	+ 4,74
davon				
Auslandsreise- krankenversicherung	382,6	363,9	+ 18,7	+ 5,14
Spezielle Ausschnitts- versicherungen	106,3	96,6	+ 9,7	+ 10,04
Beihilfeablöse- versicherung	232,6	229,7	+ 2,9	+ 1,26
Restschuld- und Lohnfortzahlungs- versicherung	7,3	5,6	+ 1,7	+ 30,36
<b>insgesamt</b>	<b>34.667,4</b>	<b>33.270,3</b>	<b>+ 1.397,1</b>	<b>+ 4,20</b>
insgesamt ohne Pflegeversicherung	32.562,3	31.174,3	+ 1.388,0	+ 4,45

Z11/3102

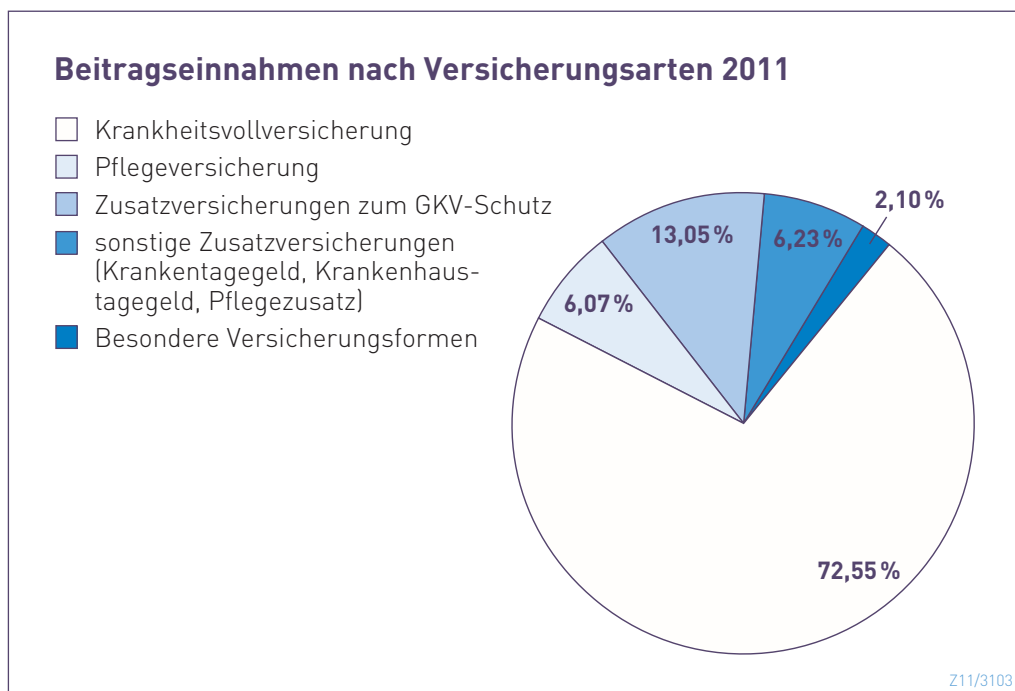
Die Beitragseinnahmen sind im Jahr 2011 insgesamt um 4,2 Prozent gestiegen. Damit lag die Erhöhung deutlich unter dem Vorjahresniveau. Die Steigerung ist zum einen auf den Versichertenzuwachs in der Voll- und Zusatzversicherung und zum anderen auf Beitragsanpassungen zurückzuführen.

### Umlage in der Privaten Pflegeversicherung

Der Gesetzgeber schreibt für die Pflegeversicherung Beitragsfreiheit für Kinder sowie geschlechtsunabhängige und brancheneinheitliche Nettobeiträge vor. Darüber hinaus gelten die gleichen Höchstbeiträge wie in der Sozialen Pflegeversicherung. Daher wird in der Privaten Pflegeversicherung das übliche Kapitaldeckungsverfahren [G] durch Umlageelemente ergänzt. Der Ausgleich erfolgt unternehmensübergreifend zwischen Beitragszahlern und beitragsfreien Kindern, zwischen Männern und Frauen sowie zwischen jungen und älteren Versicherten. Insgesamt gab es 2011 ein Umlagevolumen von 180,6 Mio. Euro. Darin enthalten sind 21,7 Mio. Euro Umlage zugunsten der GPV [G]. In der GPV, die mehr ältere Versicherte im Verhältnis zum übrigen PKV-Bestand hat, sind die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sowie der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten pflegeversichert.

### Anteil der Versicherungsarten an den Beitragseinnahmen

An den Beitragseinnahmen der einzelnen Versicherungsarten lässt sich deren Bedeutung für die Branche ablesen. Die Krankheitsvollversicherung ist das Standbein der PKV. Trotz der Zuwächse im Bestand hat die Zusatzversicherung eine deutlich geringere Relevanz.



## Gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]

Neben den Alterungsrückstellungen [G] ist der gesetzliche Zehn-Prozent-Zuschlag ein weiteres Instrument zur Entlastung der Beiträge im Alter. Der Zuschlag wird nur in der Krankheitsvollversicherung erhoben.

Die Einnahmen aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag machen keine zehn Prozent der Beitragseinnahmen aus. Grund hierfür sind zwei Faktoren:

1. Bestandsversicherte konnten sich gegen den Zuschlag entscheiden.
2. Ab dem 61. Lebensjahr zahlen Versicherte keinen Zuschlag mehr.

Diejenigen, die bei Einführung des Zuschlages bereits privat versichert waren, haben erst im Jahr 2005 die vollen zehn Prozent auf ihren Beitrag gezahlt.

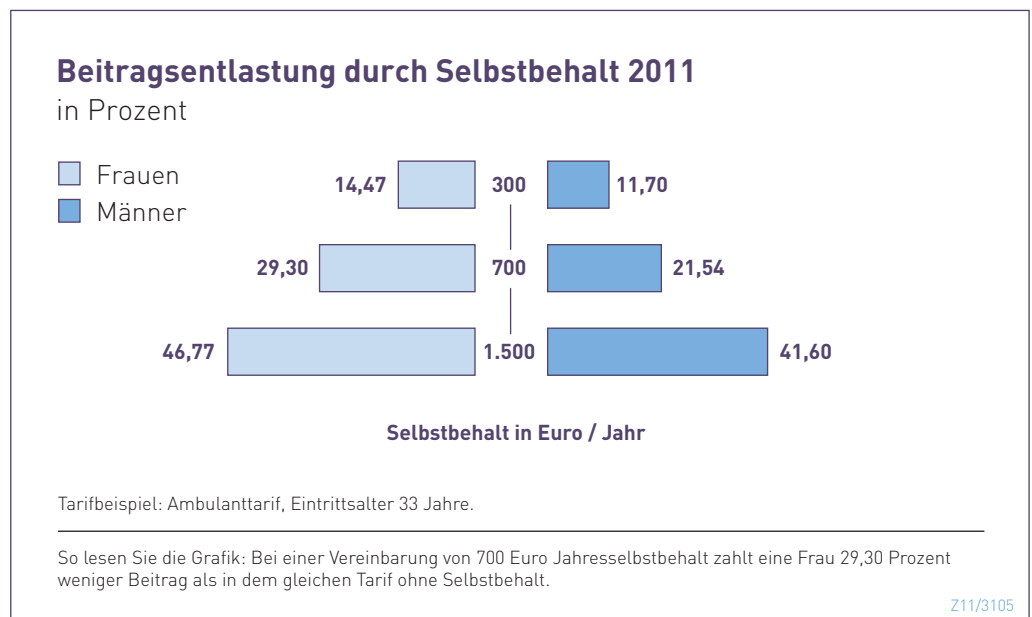
	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Beitragseinnahmen aus dem Zehn-Prozent-Zuschlag</b>	1.245,5	1.192,7	+52,8	+4,43

Z11/3104

## Selbstbehalt und Beitrag

Versicherte können die Höhe ihres monatlichen Beitrags reduzieren, wenn sie einen Selbstbehalt vereinbaren. Sie bezahlen dann pro Jahr bis zu der festgelegten Summe alle medizinischen Leistungen selbst. Der Versicherer erstattet alle darüber hinaus anfallenden Kosten.

In welchem Maße ein Selbstbehalt den Beitrag beeinflussen kann, zeigt die folgende Grafik eines Tarifbeispiels:

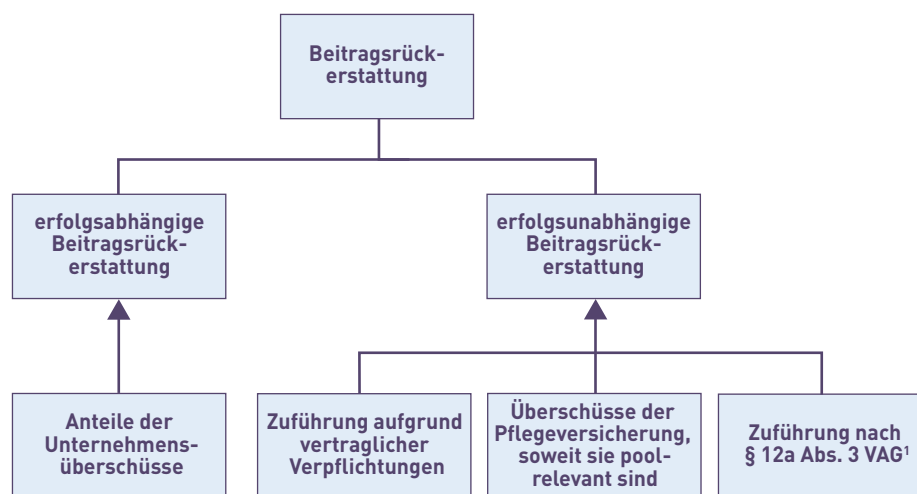


## 3.2 Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

Die Mittel aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) werden entweder an die Versicherten ausgezahlt oder bei Beitragsanpassungen als Einmalbeitrag eingesetzt. Beim Einsatz als Einmalbeitrag werden entweder Alterungsrückstellungen [G] aufgefüllt oder die Mittel werden mit Beitragsforderungen verrechnet. Dadurch werden Beitragserhöhungen gemindert oder verhindert und manchmal sogar Beitragssenkungen ermöglicht.

Näheres zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung siehe Kapitel 4.3.

### Arten der Beitragsrückerstattung [G]



1 § 12a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) besagt: Die Zinserträge der Unternehmen, die über den jeweils geltenden Rechnungszins (überwiegend 3,5 Prozent) hinausgehen, kommen zu 90 Prozent den Versicherten zugute. Hiervon ist ein Teil für die über 65-jährigen Versicherten bestimmt. Dieses Geld ist innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämien ermäßigung zu verwenden.



Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung auf die einzelnen Versicherungsarten:

Einmalbeiträge aus den RfB nach Versicherungsarten	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Krankheits- vollversicherung</b>	<b>1.182,1</b>	<b>1.942,6</b>	<b>- 760,5</b>	<b>- 39,15</b>
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.041,8	1.546,0	- 504,2	- 32,61
erfolgsunabhängigen RfB	140,3	396,6	- 256,3	- 64,62
<b>Pflegeversicherung</b>	<b>16,9</b>	<b>847,3</b>	<b>- 830,4</b>	<b>- 98,01</b>
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	16,8	618,9	- 602,1	- 97,29
erfolgsunabhängigen RfB	0,1	228,4	- 228,3	- 99,96
<b>Zusatzversicherungen</b>	<b>129,0</b>	<b>107,9</b>	<b>+ 21,1</b>	<b>+ 19,56</b>
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	81,8	48,3	+ 33,5	+ 69,36
erfolgsunabhängigen RfB	47,2	59,6	- 12,4	- 20,81
<b>Besondere Versicherungsformen</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>+ 0,1</b>	<b>-</b>
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	0,1	0,0	+ 0,1	-
erfolgsunabhängigen RfB	0,0	0,0	0,0	-
<b>insgesamt</b>	<b>1.328,1</b>	<b>2.897,8</b>	<b>- 1.569,7</b>	<b>- 54,17</b>
davon aus den				
erfolgsabhängigen RfB	1.140,5	2.213,2	- 1.072,7	- 48,47
erfolgsunabhängigen RfB	187,6	684,6	- 497,0	- 72,60

Z11/3202

### 3.3 Kapitalerträge

Die Versicherungsunternehmen garantieren ihren Versicherten dauerhaft die vertraglich vereinbarten Leistungen. Dabei ist eine Beitragserhöhung aufgrund des im Alter steigenden Gesundheitsrisikos nicht möglich. Um diese langfristigen Verpflichtungen zu erfüllen, legen die Unternehmen einen Teil der Beitragseinnahmen als Rückstellungen am Kapitalmarkt an. Die daraus erzielten Erträge in Form von Zinsen, Dividenden und Kursgewinnen tragen zur Finanzierung der Leistungsverpflichtungen bei.

Unter Kapitalneuanlagen versteht man nicht nur die Neuanlage von Beitragseinnahmen, sondern auch die Wiederanlage von Kapital infolge von Umschichtungen im Portfolio oder nach Ablauf von Anlagen. Daher stimmen die einzelnen Neuanlagen nicht mit der Veränderung des Bestands überein.

Kapitalneuanlagen	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten	110,7	150,4	- 39,7	- 26,40
Anteil an verbundenen Unternehmen	413,8	597,2	- 183,4	- 30,71
Ausleihungen an verbundene Unternehmen	170,7	87,7	+ 83,0	+ 94,64
Beteiligungen	259,4	240,5	+ 18,9	+ 7,86
Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis	75,2	389,8	- 314,6	- 80,71
Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere	6.021,3	4.970,0	+ 1.051,3	+ 21,15
Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere	5.642,1	5.818,7	- 176,6	- 3,04
Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen	905,8	604,7	+ 301,1	+ 49,79
Namenschuldverschreibungen	8.968,0	8.528,7	+ 439,3	+ 5,15
Schuldscheinforderungen und Darlehen	6.434,5	4.729,8	+ 1.704,7	+ 36,04
übrige Ausleihungen	7,9	6,3	+ 1,6	+ 25,40
Einlagen bei Kreditinstituten	1.702,2	1.567,1	+ 135,1	+ 8,62
andere Kapitalanlagen	5.383,9	4.868,6	+ 515,3	+ 10,58
<b>insgesamt</b>	<b>36.095,5</b>	<b>32.559,5</b>	<b>+ 3.536,0</b>	<b>+ 10,86</b>

Z11/3301

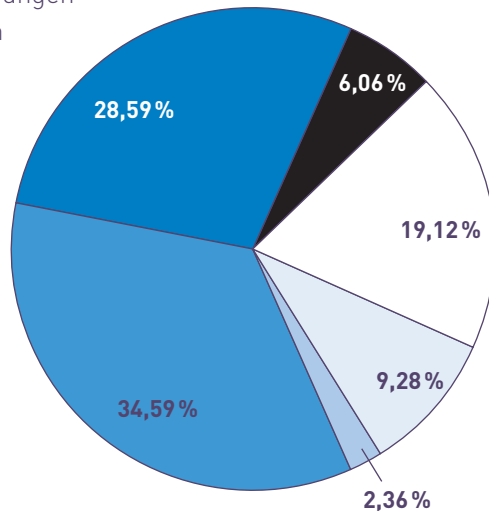
Die Kapitalanlagen selbst stellen das Eigenkapital der Unternehmen, die Alterungsrückstellungen [G], Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G] sowie diverse andere Rückstellungen dar und teilen sich wie folgt auf:

Kapitalanlagen	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten</b>	1.625,4	1.600,9	+24,5	+1,53
<b>Anteil an verbundenen Unternehmen</b>	2.059,8	2.075,1	-15,3	-0,74
<b>Ausleihungen an verbundene Unternehmen</b>	1.170,3	1.155,4	+14,9	+1,29
<b>Beteiligungen</b>	1.909,8	1.747,4	+162,4	+9,29
<b>Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis</b>	499,0	476,6	+22,4	+4,70
<b>Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere</b>	36.001,1	33.671,0	+2.330,1	+6,92
<b>Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere</b>	17.475,4	14.153,4	+3.322,0	+23,47
<b>Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen</b>	4.446,6	3.943,3	+503,3	+12,76
<b>Namensschuldverschreibungen</b>	65.130,4	58.998,7	+6.131,7	+10,39
<b>Schuldscheinforderungen und Darlehen</b>	53.837,4	54.302,9	-465,5	-0,86
<b>übrige Ausleihungen</b>	960,4	1.042,8	-82,4	-7,90
<b>Einlagen bei Kreditinstituten</b>	2.612,5	1.788,4	+824,1	+46,08
<b>andere Kapitalanlagen</b>	573,8	526,3	+47,5	+9,03
<b>Kapitalanlagen</b>	<b>188.301,9</b>	<b>175.482,2</b>	<b>+12.819,7</b>	<b>+7,31</b>
<b>hinzu Depotforderungen aus dem in Rückdeckung übernommenen Geschäft</b>	0,6	1,1	-0,5	-45,45
<b>Bilanzwert [G]</b>	<b>188.302,5</b>	<b>175.483,3</b>	<b>+12.819,2</b>	<b>+7,31</b>

Z11/3302

### Aufteilung der Kapitalanlagen 2011

- Aktien, Investmentanteile und andere nicht festverzinsliche Wertpapiere
- Inhaberschuldverschreibungen und andere festverzinsliche Wertpapiere
- Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen
- Namensschuldverschreibungen
- Schuldscheinforderungen und Darlehen
- Sonstige



Z11/3303

Aus den Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsunternehmen Erträge, die abzüglich der Aufwendungen für Kapitalanlagen als Kapitalerträge anzusehen sind.

	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Kapitalerträge</b>	7.417,8	7.165,6	252,2	3,52

Z11/3304

Die Kapitalerträge bezogen auf den mittleren Kapitalanlagebestand **[G]** ergeben die Nettoverzinsung **[G]**. Diese betrug im Jahr 2011 4,08 Prozent.

Aus den Kapitalerträgen werden den Alterungsrückstellungen die tariflich garantierten Zinserträge des jeweiligen Unternehmens (aktuell überwiegend 3,5 Prozent) zugeführt. Zudem wird gemäß § 12a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) die darüber hinausgehende Verzinsung der Alterungsrückstellungen zu 90 Prozent für Beitragsermäßigung im Alter genutzt. Dies geschieht auf zweierlei Art:

- gemäß § 12a Absatz 2 VAG durch Zuführung zu den Alterungsrückstellungen für zukünftige Beitragsermäßigung bei allen Versicherten
- gemäß § 12a Absatz 3 VAG durch Zuführung zu den Rückstellungen für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung für ältere Versicherte.

Der Betrag, der den Versicherten gemäß § 12a VAG aus den Kapitalerträgen zugutekommt, ist abhängig von der erzielten Verzinsung der Unternehmen:

	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>gesamter zur Verfügung stehender Betrag gemäß § 12a VAG</b>	710,5	779,2	-68,7	-8,82

Z11/3305

Näheres zur Zuführung zu den Alterungsrückstellungen und zu den Rückstellungen für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung siehe Kapitel 4.3 und 4.4.



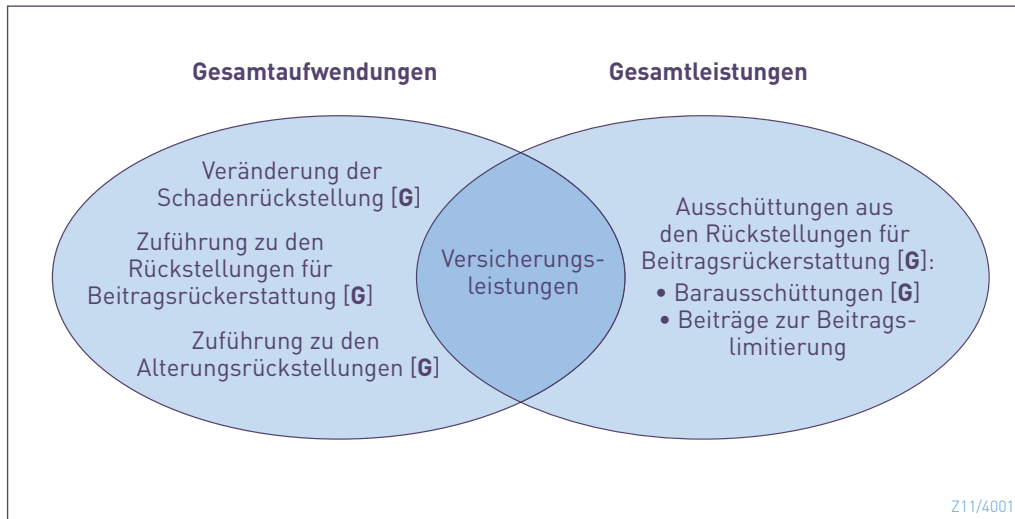
## 4. Aufwendungen





In der Privaten Krankenversicherung stellen die Gesamtaufwendungen die übliche bilanzielle Betrachtung<sup>1</sup> von Aufwendungen dar. Daneben sind auch die Aufwendungen von Interesse, die den Versicherten zugutekommen. Diese werden Gesamtleistungen genannt.

Die einzelnen Positionen der Gesamtaufwendungen und Gesamtleistungen unterscheiden sich mit einer Ausnahme:



Hinzu kommen noch Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb, die am Ende des Kapitels dargestellt werden.

## Gesamtaufwendungen

Die Gesamtaufwendungen sind die Summe aller Aufwendungen, die für die Erfüllung der Verpflichtungen entstehen, die ein Versicherungsunternehmen gegenüber seinen Versicherten übernommen hat.

Im Einzelnen sind dies:

Aufwendungen	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Versicherungsleistungen</b>	22.774,1	21.915,5	+858,6	+3,92
<b>Veränderung der Schadenrückstellung [G]</b>	130,6	255,5	-124,9	-48,88
<b>Zuführung zu den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]</b>	4.156,8	3.760,1	+396,7	+10,55
<b>Zuführung zu den Alterungsrückstellungen [G]</b>	11.422,6	12.680,6	-1.258,0	-9,92
<b>Gesamtaufwendungen</b>	<b>38.484,1</b>	<b>38.611,7</b>	<b>-127,6</b>	<b>-0,33</b>

Z11/4002

<sup>1</sup> Die Bilanzpositionen Steuern sowie sonstige Aufwendungen und Erträge werden an dieser Stelle nicht dargestellt. Sie sind aber im Jahresergebnis (siehe Kapitel 1.3) abgebildet.



## Gesamtleistungen

Im Gegensatz zu den Gesamtaufwendungen sind in den Gesamtleistungen nur die direkten und indirekten Leistungen an die Versicherten enthalten. Alle Mittel zur Beitragslimitierung sind indirekte Leistungen, da sie nicht an die Versicherten ausgezahlt werden.

Gesamtleistungen	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Versicherungsleistungen</b>	22.774,1	21.915,5	+858,6	+3,92
<b>Ausschüttungen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]</b>				
Barausschüttungen [G]	1.390,8	1.268,5	+122,3	+9,64
Beträge zur Beitragslimitierung	1.188,7	2.493,6	-1.304,9	-52,33
<b>Mittel für Limitierung [G]</b>				
gemäß § 12a Abs.2 VAG <sup>1</sup>	549,2	564,8	-15,6	-2,76
gemäß § 12a Abs.3 VAG <sup>1</sup>	186,6	468,4	-281,8	-60,16
<b>Gesamtleistungen</b>	<b>26.089,4</b>	<b>26.710,8</b>	<b>-621,4</b>	<b>-2,33</b>

1 Erläuterungen zu § 12a VAG siehe Kapitel 3.3

Z11/4003

## 4.1 Versicherungsleistungen

Zu den Versicherungsleistungen zählen die Leistungsauszahlungen an die Versicherten und die Schadenregulierungsaufwendungen [G]. Nicht alle Versicherungsleistungen können in demselben Jahr abgewickelt werden, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist. Hierfür werden Schadenrückstellungen [G] gebildet, die in Kapitel 4.2 dargestellt werden.

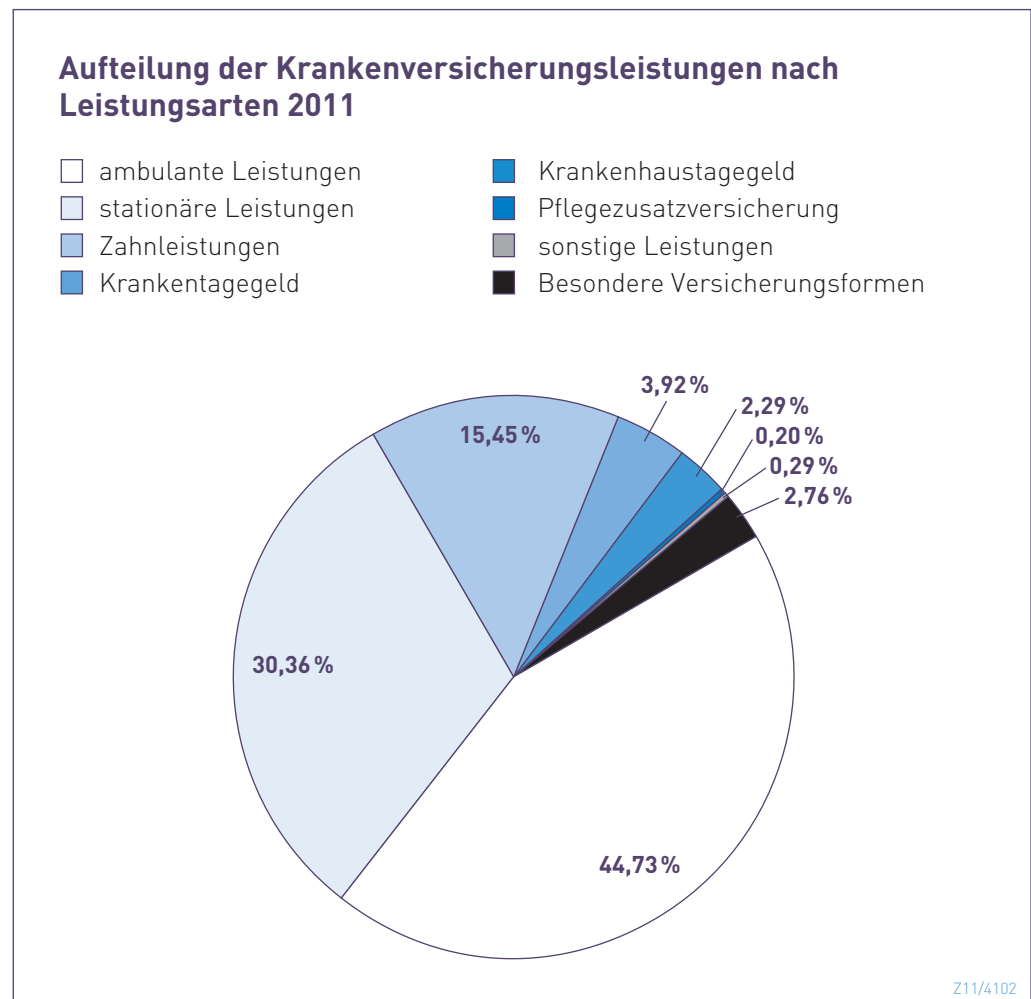
Die Versicherungsleistungen betragen 2011 insgesamt 22.774,1 Mio. Euro. Umgerechnet auf die im Durchschnitt 250 Arbeitstage eines Jahres ergibt sich eine Versicherungsleistung von 91,1 Mio. Euro pro Arbeitstag. Im Jahr 2010 betrug dieser Wert 87,7 Mio. Euro. Pro Monat lagen die Versicherungsleistungen 2011 bei 1.897,8 Mio. Euro, das waren 71,5 Mio. Euro mehr als im Vorjahr.

Die folgende Tabelle zeigt die Versicherungsleistungen gegliedert nach Leistungsarten:

Leistungsart	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>ambulante Leistungen</b>	<b>9.864,4</b>	<b>9.556,7</b>	<b>+307,7</b>	<b>+3,22</b>
davon				
Arztbehandlung	5.405,3	5.238,9	+166,4	+3,18
Heilpraktikerbehandlung	239,3	218,7	+20,6	+9,42
Arzneien und Verbandmittel	2.448,7	2.406,3	+42,4	+1,76
Heilmittel	838,6	800,5	+38,1	+4,76
Hilfsmittel	790,5	762,3	+28,2	+3,70
Sonstiges	142,0	130,0	+12,0	+9,23
<b>stationäre Leistungen</b>	<b>6.695,1</b>	<b>6.425,8</b>	<b>+269,3</b>	<b>+4,19</b>
davon				
allgemeine Kranken- hausleistungen	3.650,4	3.458,2	+192,2	+5,56
Wahlleistung Chefarzt	2.345,5	2.293,0	+52,5	+2,29
Wahlleistung Unterkunft	542,9	525,9	+17,0	+3,23
Ersatz-Krankenhaus- tagegeld	51,5	51,1	+0,4	+0,78
Sonstiges	104,8	97,6	+7,2	+7,38
<b>Zahnleistungen</b>	<b>3.408,3</b>	<b>3.214,4</b>	<b>+193,9</b>	<b>+6,03</b>
davon				
Zahnbehandlung	1.198,0	1.145,0	+53,0	+4,63
Zahnersatz	1.984,5	1.852,6	+131,9	+7,12
Kieferorthopädie	219,0	210,1	+8,9	+4,24
Sonstiges	6,8	6,7	+0,1	+1,49
<b>Krankentagegeld</b>	<b>864,0</b>	<b>840,2</b>	<b>+23,8</b>	<b>+2,83</b>
<b>Krankenhaustagegeld</b>	<b>505,3</b>	<b>504,3</b>	<b>+1,0</b>	<b>+0,20</b>
<b>Pflegezusatzversicherung</b>	<b>44,4</b>	<b>35,4</b>	<b>+9,0</b>	<b>+25,42</b>
<b>sonstige Leistungen</b>	<b>62,6</b>	<b>50,5</b>	<b>+12,1</b>	<b>+23,96</b>
<b>Besondere Versiche- rungsformen</b>	<b>609,5</b>	<b>589,4</b>	<b>+20,1</b>	<b>+3,41</b>
<b>Krankenversicherung</b>	<b>22.053,6</b>	<b>21.216,7</b>	<b>+836,9</b>	<b>+3,94</b>
<b>Pflegeversicherung</b>	<b>720,5</b>	<b>698,8</b>	<b>+21,7</b>	<b>+3,11</b>
<b>insgesamt</b>	<b>22.774,1</b>	<b>21.915,5</b>	<b>+858,6</b>	<b>+3,92</b>

Z11/4101

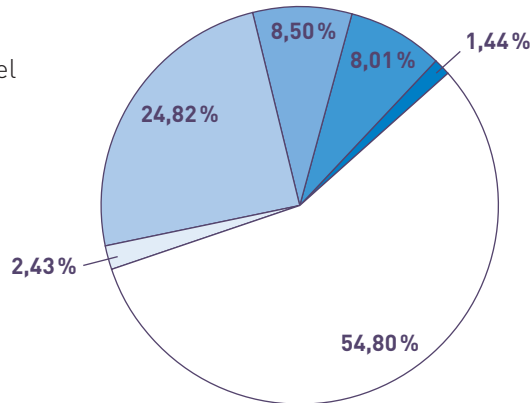
Die folgenden Kreisdiagramme zeigen den Anteil der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Versicherungsleistungen sowie eine Aufteilung der ambulanten, stationären und Zahnleistungen.



Die drei wichtigsten Leistungsarten werden im Folgenden aufgegliedert:

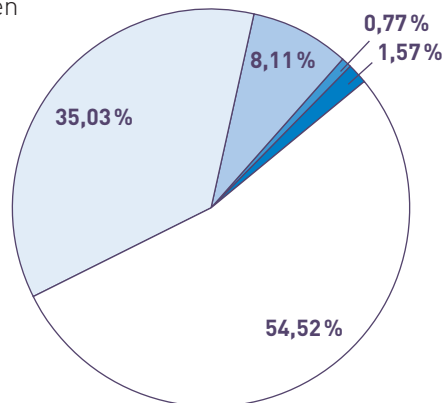
### Aufteilung der ambulanten Leistungen 2011

- Arztbehandlung
- Heilpraktikerbehandlung
- Arzneien und Verbandmittel
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Sonstiges



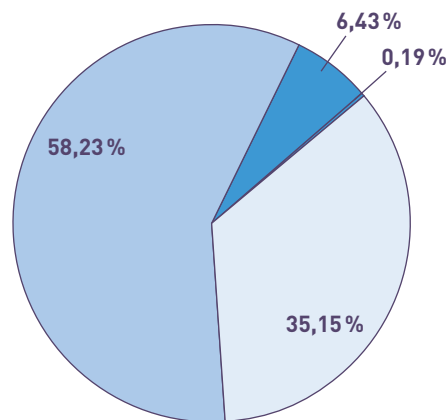
### Aufteilung der stationären Leistungen 2011

- allgemeine Krankenhausleistungen
- Wahlleistung Chefarzt
- Wahlleistung Unterkunft
- Ersatz-Krankenhaustagegeld
- Sonstiges



### Aufteilung der Zahnleistungen 2011

- Zahnbehandlung
- Zahnersatz
- Kieferorthopädie
- Sonstiges



Z11/4103

Die Aufteilung der Versicherungsleistungen nach Frauen, Männern und Kindern ohne Berücksichtigung der Besonderen Versicherungsformen stellt sich folgendermaßen dar:

<b>Versicherungsleistungen nach Frauen, Männern und Kindern 2011</b>	<b>in Prozent</b>		
	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>	<b>Kinder</b>
<b>ambulante Leistungen</b>	<b>39,24</b>	<b>51,83</b>	<b>8,93</b>
davon			
Arztbehandlung	41,01	49,23	9,76
Heilpraktikerbehandlung	51,26	32,97	15,77
Arzneien und Verbandmittel	33,88	59,66	6,46
Heilmittel	41,25	49,51	9,24
Hilfsmittel	38,79	52,68	8,53
Sonstiges	31,60	61,37	7,03
<b>stationäre Leistungen</b>	<b>38,93</b>	<b>55,35</b>	<b>5,72</b>
davon			
allgemeine Krankenhausleistungen	32,13	60,68	7,19
Wahlleistung Chefarzt	46,43	49,68	3,89
Wahlleistung Unterkunft	53,00	44,53	2,47
Ersatz-Krankenhaustagegeld	45,35	41,15	13,50
Sonstiges	31,81	59,70	8,49
<b>Zahnleistungen</b>	<b>40,94</b>	<b>50,04</b>	<b>9,02</b>
davon			
Zahnbehandlung	35,34	55,68	8,98
Zahnersatz	48,00	51,45	0,55
Kieferorthopädie	7,66	6,08	86,26
Sonstiges	39,24	58,84	1,92
<b>Krankentagegeld</b>	<b>23,19</b>	<b>76,80</b>	<b>0,01</b>
<b>Krankenhaustagegeld</b>	<b>41,62</b>	<b>53,87</b>	<b>4,51</b>
<b>Pflegezusatzversicherung</b>	<b>47,32</b>	<b>49,53</b>	<b>3,15</b>
<b>sonstige Leistungen</b>	<b>43,80</b>	<b>43,91</b>	<b>12,29</b>
<b>Krankenversicherung</b> (ohne Besondere Versicherungsformen)	<b>39,14</b>	<b>53,40</b>	<b>7,46</b>
<b>Pflegeversicherung</b>	<b>49,74</b>	<b>45,27</b>	<b>4,99</b>
<b>insgesamt</b> (ohne Besondere Versicherungsformen)	<b>39,42</b>	<b>52,67</b>	<b>7,91</b>

Z11/4104

Nicht nur Vergleiche der Leistungsentwicklungen innerhalb der Privaten Krankenversicherung sind interessant. Auch der Blick über die Grenzen der Privaten Krankenversicherung hinaus auf die Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung lohnt sich. Dieser Vergleich ist grundsätzlich nur sinnvoll bei Betrachtung je Versicherten. So verfälschen Bestandsveränderungen nicht die eigentliche Kostenentwicklung.

Veränderung der Versicherungsleistungen je Versicherten	Veränderung 2011 gegenüber 2010 in Prozent	
	PKV	GKV
<b>ambulante Leistungen</b>	<b>+ 2,27</b>	<b>0,16</b>
davon		
Arztbehandlung	+ 2,22	+ 2,28
Heilpraktikerbehandlung	+ 8,42	-
Arzneien und Verbandmittel	+ 0,82	- 3,72
Heilmittel	+ 3,79	+ 6,79
Hilfsmittel	+ 2,74	+ 4,99
<b>stationäre Leistungen</b>	<b>+ 3,61</b>	<b>+ 3,42</b>
davon		
allgemeine Krankenhausleistungen	+ 4,58	+ 3,42
Wahlleistung Chefarzt	+ 1,62	-
Wahlleistung Unterkunft	+ 2,58	-
Ersatz-Krankenhaustagegeld	0	-
<b>Zahnleistungen</b>	<b>+ 5,05</b>	<b>+ 2,30</b>
davon		
Zahnbehandlung	+ 3,67	+ 2,08
Zahnersatz	+ 6,13	+ 2,33
Kieferorthopädie	+ 3,29	+ 3,87
<b>Gesamtleistung für Krankheitskosten</b>	<b>+ 3,22</b>	<b>+ 2,21</b>

Z11/4105

Der Ausgabenanstieg je Versicherten war im Jahr 2011 mit 3,22 Prozent deutlich stärker als im Vorjahr (2010: plus 2,16 Prozent). Er liegt damit sowohl über der allgemeinen Preissteigerung von 2,3 Prozent als auch über der Ausgabensteigerung in der GKV.

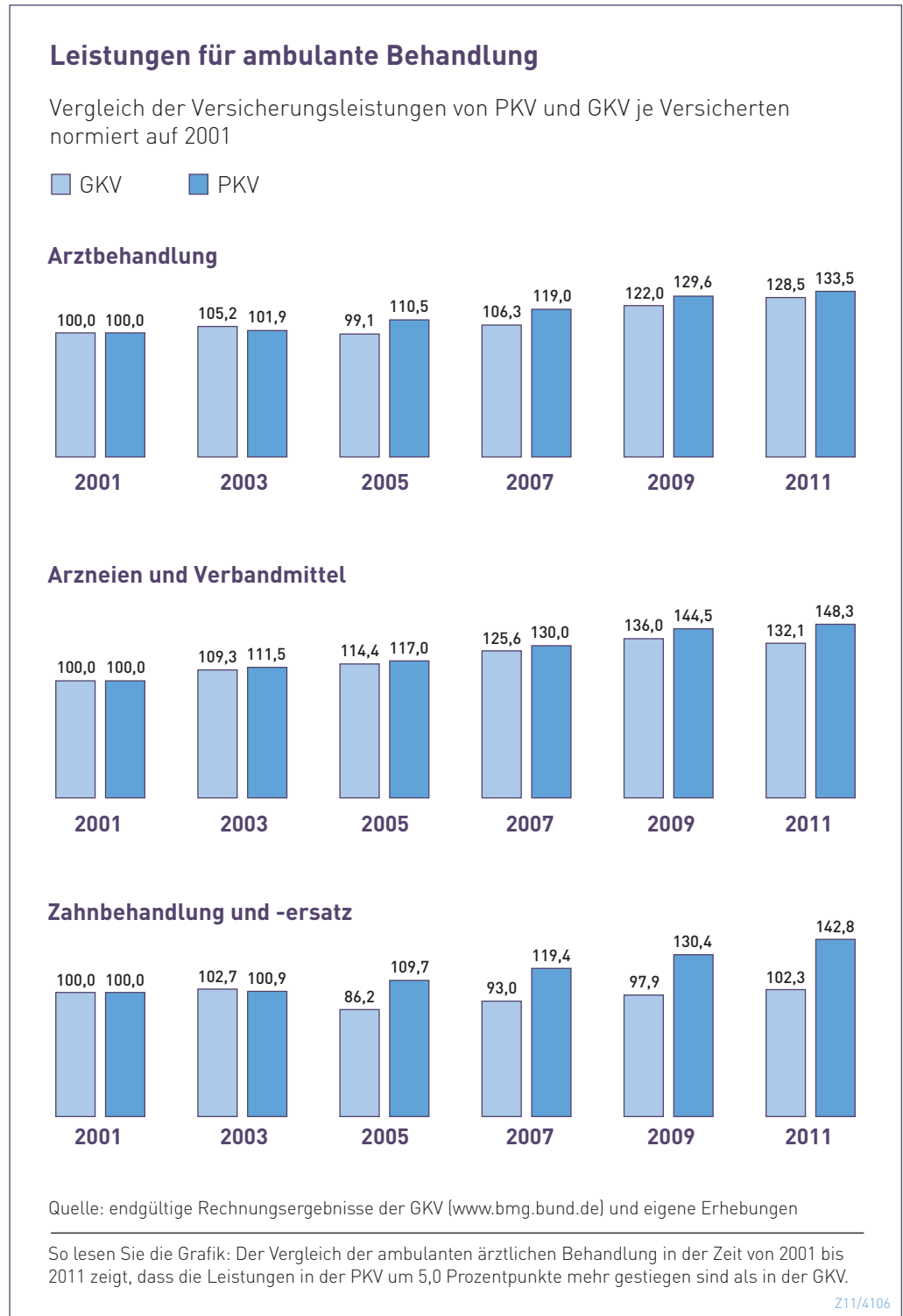
Im Einzelnen sind die Leistungen pro Kopf vor allem im Zahnbereich stark gestiegen (2010: plus 3,94 Prozent), wofür maßgeblich die Entwicklung beim Zahnersatz verantwortlich ist. Im ambulanten Bereich ist zwar bei den Heilpraktiker-Leistungen die stärkste Ausgabendynamik zu beobachten (2010: plus 3,56 Prozent). Doch größeren Einfluss auf die Gesamthöhe der Versicherungsleistungen hat die Entwicklung bei der ambulanten Arztbehandlung. Hier haben die Aufwendungen pro Kopf verglichen mit dem Vorjahr stark zugenommen (2010: plus 0,45 Prozent).

Dagegen hat sich der Ausgabenanstieg je Versicherten bei Arznei- und Verbandmitteln fast halbiert (2010: plus 1,43 Prozent), was den gesetzlichen Arzneimittelrabatten und der erfolgreichen Tätigkeit der Rabatt-Einzugsstelle ZESAR zu verdanken ist. Bei den stationären Leistungen hat der Anstieg je Versicherten ebenfalls abgenommen (2010: plus 4,15 Prozent).

Mittelfristig geht die Ausgabensteigerung in der PKV vor allem bei der Zahnbehandlung und beim Zahnersatz deutlich über die in der GKV hinaus (siehe folgende Grafik), was unter anderem auf die Einschränkung der GKV-Leistungen im Zuge vergangener Gesundheitsreformen zurückzuführen ist. Bei den ambulanten Leistungen ist die Differenz zur GKV zwar deutlich geringer – allerdings steigen die Aufwendungen in der PKV von einem höheren Ausgangsniveau, da die privat-

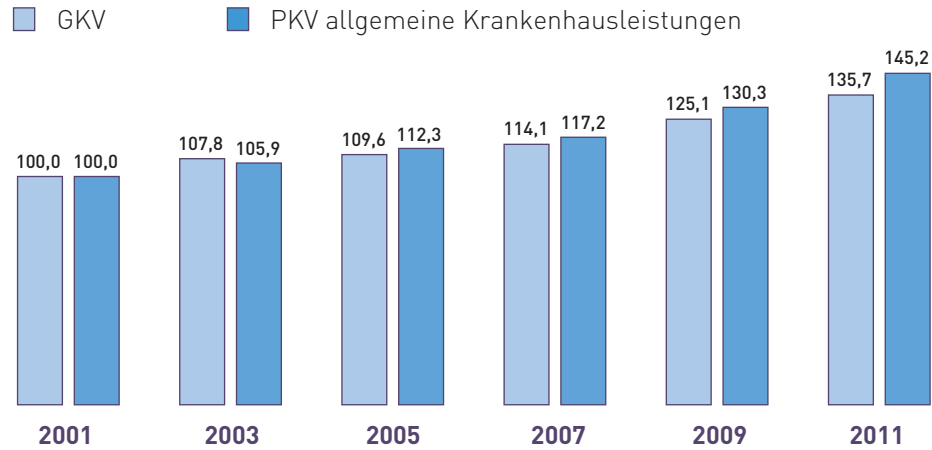
ärztliche Gebührenordnung von ihrem Grundsatz her deutlich über die Vergütung in der GKV hinausgeht.

Die folgenden Grafiken geben detaillierter Aufschluss über die unterschiedliche Kostenentwicklung in der PKV und in der GKV in den vergangenen elf Jahren. Dargestellt sind die Leistungen je Versicherten.

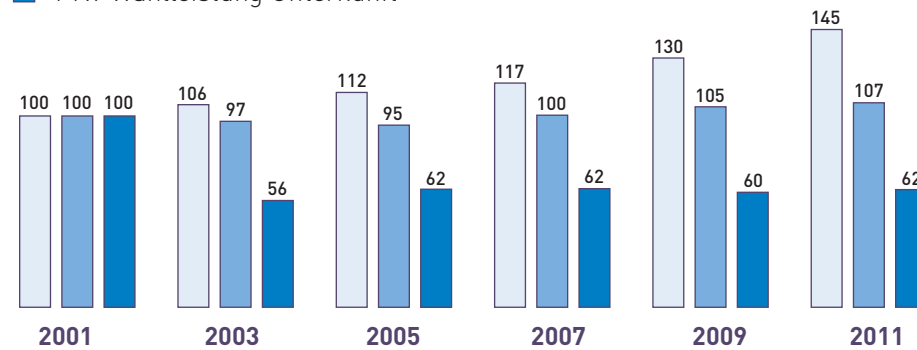


## Leistungen für stationäre Behandlung

Vergleich der Versicherungsleistungen von PKV und GKV je Versicherten normiert auf 2001



■ PKV allgemeine Krankenhausleistungen  
■ PKV Wahlleistung Chefarzt  
■ PKV Wahlleistung Unterkunft



Quelle: endgültige Rechnungsergebnisse der GKV ([www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)) und eigene Erhebungen

So lesen Sie die Grafik: Der Vergleich zu 2001 zeigt, dass die Leistungen in der PKV für die Wahlleistung Unterkunft um 38 Prozentpunkte gesunken sind.

Z11/4107



## Leistungen in der Pflegeversicherung

Entsprechend den gesetzlichen Vorschriften lassen sich die Leistungen der Pflegeversicherung einteilen in ambulante und stationäre Leistungen.

Die beiden folgenden Tabellen zeigen im Einzelnen, bei welchen Leistungsarten Auszahlungen in welcher Höhe angefallen sind:

ambulante Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Pflegesachleistung</b>	<b>117,1</b>	<b>113,8</b>	<b>+3,3</b>	<b>+2,90</b>
davon				
Pflegestufe I	26,0	24,9	+1,1	+4,42
Pflegestufe II	54,7	52,6	+2,1	+3,99
Pflegestufe III	36,4	36,3	+0,1	+0,28
<b>Pflegegeld</b>	<b>160,2</b>	<b>155,1</b>	<b>+5,1</b>	<b>+3,29</b>
davon				
Pflegestufe I	59,0	56,7	+2,3	+4,06
Pflegestufe II	68,1	66,0	+2,1	+3,18
Pflegestufe III	33,1	32,4	+0,7	+2,16
<b>Ersatzpflegekraft</b>	<b>11,9</b>	<b>10,7</b>	<b>+1,2</b>	<b>+11,21</b>
<b>Pflegehilfsmittel</b>	<b>3,6</b>	<b>3,5</b>	<b>+0,1</b>	<b>+2,86</b>
<b>technische Hilfsmittel</b>	<b>17,0</b>	<b>16,7</b>	<b>+0,3</b>	<b>+1,80</b>
<b>Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen</b>	<b>5,1</b>	<b>5,0</b>	<b>+0,1</b>	<b>+2,00</b>
<b>Beiträge zur Rentenversicherung</b>	<b>25,7</b>	<b>25,8</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,39</b>
<b>Pflegekurse</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,00</b>
<b>Tages- und Nachtpflege</b>	<b>6,4</b>	<b>5,7</b>	<b>+0,7</b>	<b>+12,28</b>
davon				
Pflegestufe I	1,5	1,5	0,0	0,00
Pflegestufe II	3,5	3,1	+0,4	+12,90
Pflegestufe III	1,4	1,1	+0,3	+27,27
<b>Kurzzeitpflege</b>	<b>11,5</b>	<b>11,0</b>	<b>+0,5</b>	<b>+4,55</b>
<b>zusätzliche Betreuung</b>	<b>13,7</b>	<b>11,8</b>	<b>+1,9</b>	<b>+16,10</b>
<b>Kontrollpflege</b>	<b>1,1</b>	<b>1,0</b>	<b>+0,1</b>	<b>+10,00</b>
<b>Aufwendungen für Leistungen im Ausland</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,1</b>	<b>-50,00</b>
<b>Medicproof</b>	<b>17,1</b>	<b>16,9</b>	<b>+0,2</b>	<b>+1,18</b>
<b>Arbeitslosenvers.-Beitrag/ KV-PV-Zuschuss</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,00</b>
<b>insgesamt</b>	<b>390,7</b>	<b>377,4</b>	<b>+13,3</b>	<b>+3,52</b>

Z11/4108

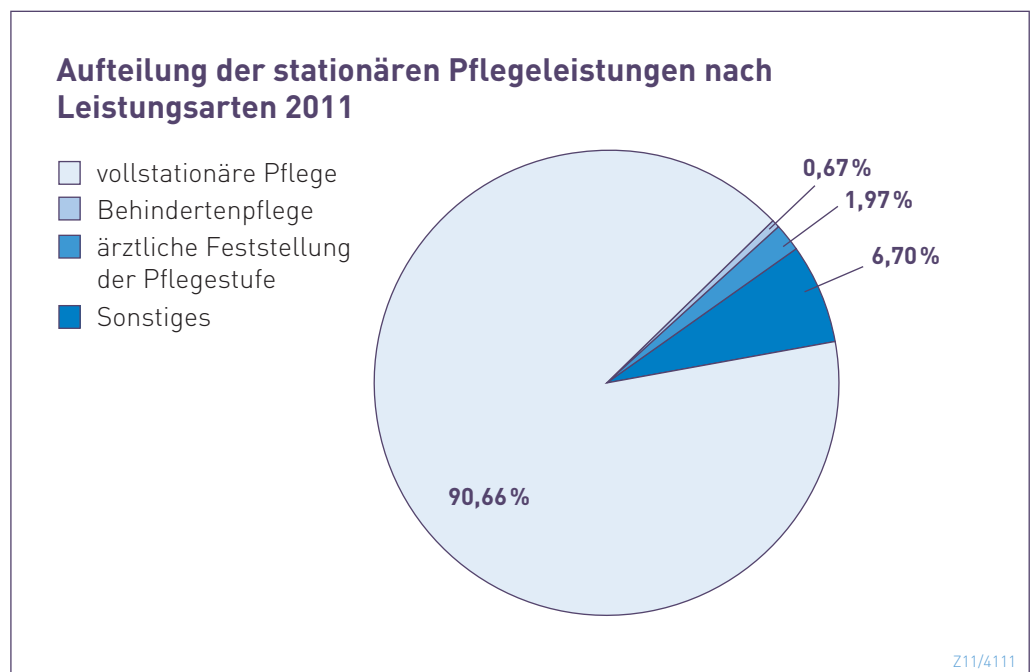
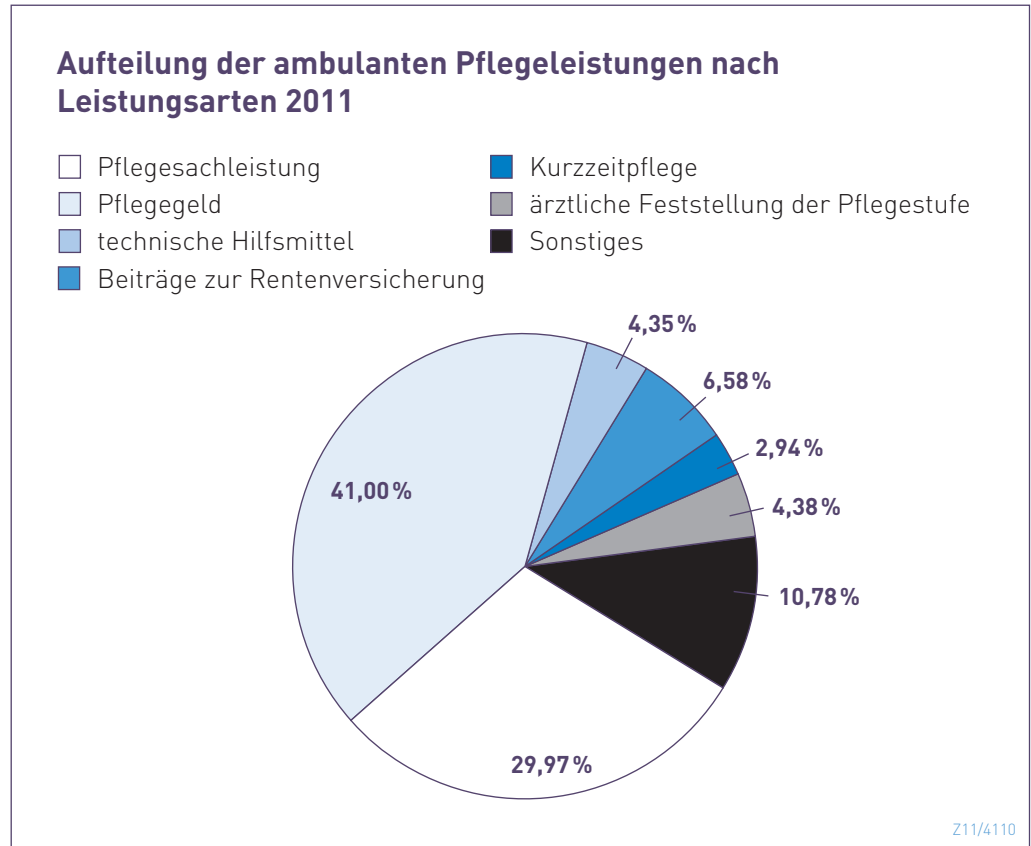
Die stationären Pflegeleistungen hatten im Jahr 2011 an den gesamten Pflegeleistungen in Höhe von 720,5 Mio. Euro einen Anteil von 45,77 Prozent.

stationäre Pflegeleistungen nach Leistungsarten	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>vollstationäre Pflege</b>	<b>298,1</b>	<b>294,9</b>	<b>+ 3,2</b>	<b>+ 1,09</b>
davon				
Pflegestufe I	77,3	74,5	+ 2,8	+ 3,76
Pflegestufe II	130,0	130,1	- 0,1	- 0,08
Pflegestufe III	90,8	90,3	+ 0,5	+ 0,55
<b>Zuschuss für vollstationäre Pflege</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,00</b>
davon				
Pflegestufe I	0,0	0,0	0,0	0,00
Pflegestufe II	0,0	0,0	0,0	0,00
Pflegestufe III	0,0	0,0	0,0	0,00
<b>teilweise Kostenerstattung für vollstationäre Pflege</b>	<b>0,9</b>	<b>0,8</b>	<b>+ 0,1</b>	<b>+ 12,50</b>
davon				
Pflegestufe I	0,2	0,2	0,0	0,00
Pflegestufe II	0,4	0,3	+ 0,1	+ 33,33
Pflegestufe III	0,3	0,3	0,0	0,00
<b>Behindertenhilfe</b>	<b>2,2</b>	<b>2,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,00</b>
<b>Vergütungszuschlag für Pflegebedürftige</b>	<b>22,0</b>	<b>16,9</b>	<b>+ 5,1</b>	<b>+ 30,18</b>
<b>Leistungen bei Rückstufung</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,00</b>
<b>Medicproof</b>	<b>6,5</b>	<b>6,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,00</b>
<b>insgesamt stationär</b>	<b>329,8</b>	<b>321,4</b>	<b>+ 8,4</b>	<b>+ 2,61</b>

Z11/4109

Die Leistungen in der Kategorie „Zuschuss für vollstationäre Pflege“ liegen unter 50.000 Euro. Aufgrund der Rundung werden diese Kategorien in der Tabelle mit Null angegeben.

Der Anteil der einzelnen Leistungsarten an den gesamten Pflegeleistungen stellt sich wie folgt dar:



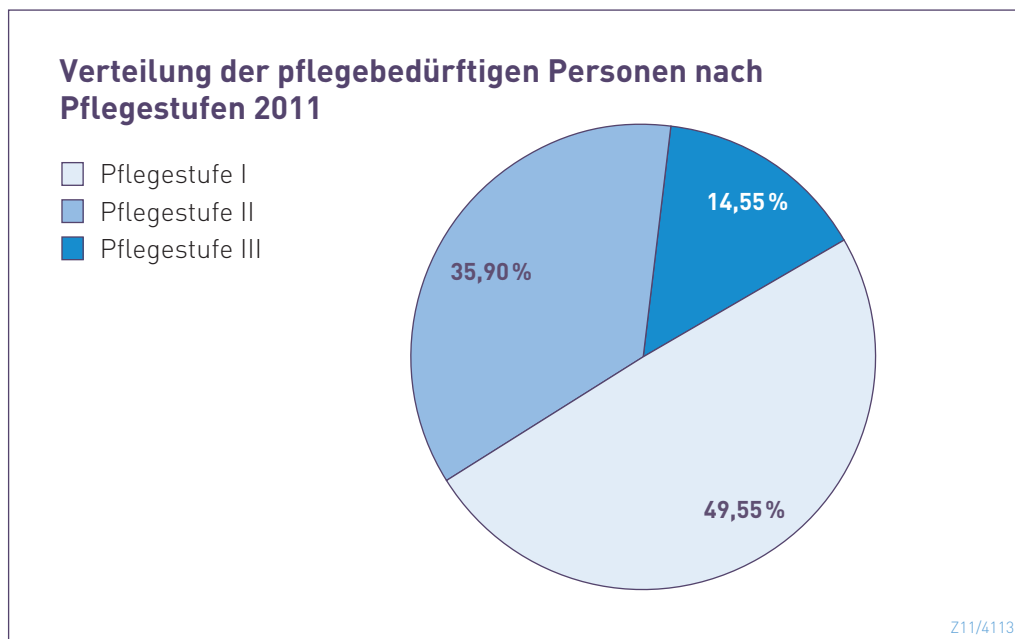
Aufgrund gesetzlicher Bedingungen zur Pflegeversicherung werden für die Private Pflegeversicherung umfassende Statistiken erhoben. Anders als in der Privaten Krankenversicherung kann deshalb in der Pflegeversicherung die Zahl der Leistungsempfänger exakt ermittelt werden.

Die folgende Tabelle gibt, gegliedert nach Pflegestufen, eine Übersicht über die Leistungsempfänger in der ambulanten und stationären Pflege:

Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung nach Leistungsbereichen	2011	2010	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>ambulante Pflege</b>	<b>101.237</b>	<b>99.409</b>	<b>+ 1.828</b>	<b>+ 1,84</b>
davon				
Pflegestufe I	57.009	57.532	- 523	- 0,91
Pflegestufe II	33.433	31.329	+ 2.104	+ 6,72
Pflegestufe III	10.795	10.548	+ 247	+ 2,34
<b>stationäre Pflege</b>	<b>43.862</b>	<b>43.287</b>	<b>+ 575</b>	<b>+ 1,33</b>
davon				
Pflegestufe I	14.883	15.200	- 317	- 2,09
Pflegestufe II	18.662	18.048	+ 614	+ 3,40
Pflegestufe III	10.317	10.039	+ 278	+ 2,77
<b>insgesamt</b>	<b>145.099</b>	<b>142.696</b>	<b>+ 2.403</b>	<b>+ 1,68</b>

Z11/4112

Die prozentuale Verteilung der pflegebedürftigen Personen auf die einzelnen Pflegestufen zeigt sich in der folgenden Grafik:



Die wenigsten Leistungsempfänger erhalten Leistungen der Pflegestufe III. Dies gilt für die Private wie auch die Soziale Pflegeversicherung. Allerdings ist in der Privaten Pflegeversicherung der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen deutlich höher als in der Sozialen Pflegeversicherung. Denn während in der Privaten Pflegeversicherung im Jahr 2011 rund 14,6 Prozent der Leistungsempfänger in die Pflegestufe III eingestuft wurden, waren es in der Sozialen Pflegeversicherung nur 12,2 Prozent der Leistungsempfänger (inkl. Härtefälle).

## 4.2 Schadenrückstellung [G]

Nicht alle Versicherungsfälle können im Jahr ihrer Entstehung abgeschlossen werden. Dadurch ergeben sich für die Unternehmen Leistungsverpflichtungen, die erst im Folgejahr abgewickelt werden. Um damit nicht das Folgejahr zu belasten, wird eine Rückstellung für Vorjahresschäden gebildet: die sogenannte Schadenrückstellung.

	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Bruttoschadenrückstellung</b>	5.830,9	5.700,3	+ 130,6	+ 2,29%
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	45,3	47,1	- 1,8	- 3,82%
<b>Bilanzschaden- rückstellung [G]</b>	<b>5.785,6</b>	<b>5.653,2</b>	<b>+ 132,4</b>	<b>+ 2,34%</b>

Z11/4201

## 4.3 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]

Die Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) der Unternehmen entwickelten sich folgendermaßen:

Entwicklung der RfB	in Mio. Euro				
	insgesamt	davon aus erfolgs- abhängigen RfB	davon aus erfolgsunabhängigen RfB für die Pflegever- sicherung	nach § 12a Abs. 3 VAG	Sonstige
<b>Wert zum 31. Dezember 2010</b>	9.282,5	7.755,3	930,8	469,3	127,1
<b>Umbuchungen</b>	0,0	0,0	0,0	- 0,1	0,1
<b>Entnahmen</b>	2.766,1	2.459,9	5,3	186,6	114,3
davon zur Verrechnung <sup>1</sup>	1.375,3	1.175,4	5,3	186,6	8,0
Barausschüttung [G]	1.390,8	1.284,5	0,0	0,0	106,3
<b>Zuführung</b>	<b>4.156,8</b>	<b>3.656,7</b>	<b>185,0</b>	<b>161,3</b>	<b>153,8</b>
<b>Wert zum 31. Dezember 2011</b>	<b>10.673,2</b>	<b>8.952,1</b>	<b>1.110,5</b>	<b>443,9</b>	<b>166,7</b>
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	0,7				
<b>Bilanzwert [G]</b>	<b>10.672,5</b>				

<sup>1</sup> Die Verrechnung erfolgt als Zuführung zu den Alterungsrückstellungen [G] oder als Verrechnung mit Beitragsforderungen. Zur Aufgliederung der Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung nach Versicherungsarten siehe Kapitel 3.2.

Z11/4301

Umbuchungen entstehen hauptsächlich dadurch, dass zum Zeitpunkt der Bilanzierung die Abrechnung des gesetzlich vorgeschriebenen Ausgleiches in der Pflegeversicherung noch nicht vollständig abgeschlossen ist.

Die Position „Sonstige“ enthält Mittel für tariflich garantierte Beitragsrückerstattungen [G] sowie für vertragliche Beitragsrückerstattungen in Gruppenverträgen.

Die Barausschüttung [G] enthält die Mittel, die die Versicherungsunternehmen denjenigen Versicherten zurückerstatten, die in einem Jahr keine Rechnung zur Erstattung eingereicht haben. Die Höhe der einzelnen Rückerstattung bewegt sich zwischen einem und sechs Monatsbeiträgen.

#### 4.4 Alterungsrückstellungen [G]

Die Private Krankenversicherung bildet Alterungsrückstellungen, um den höheren Krankheitskosten aufgrund des steigenden Lebensalters der Versicherten entgegenzuwirken. Auf diese Weise wird garantiert, dass die Beiträge nicht steigen, weil der Versicherte älter wird. Die Alterungsrückstellungen sind allerdings nicht die einzige Vorsorge, die die Versicherungsunternehmen für die Zukunft ihrer Versicherten treffen. Der Umfang der gesamten Vorsorgemaßnahmen zeigt sich in der Vorsorgequote, die am Ende dieses Teilkapitels dargestellt wird.

Die folgende Tabelle zeigt die Gesamtsumme der Alterungsrückstellungen sowie die Zuführung im Jahr 2011:

Alterungs- rückstellungen	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Krankenversicherung</b>	145.404,6	135.470,5	+9.934,1	+7,33
<b>Pflegeversicherung</b>	24.022,8	22.534,3	+1.488,5	+6,61
<b>Alterungsrückstellungen</b>	<b>169.427,4</b>	<b>158.004,8</b>	<b>+11.422,6</b>	<b>+7,23</b>
davon gehen für das in Rückdeckung [G] gegebene Geschäft ab	1.007,4	1.019,4	-12,0	-1,18
<b>Bilanzwert [G]</b>	<b>168.420,0</b>	<b>156.985,4</b>	<b>+11.434,6</b>	<b>+7,28</b>

Z11/4401

Die Zuführung zu den Alterungsrückstellungen lässt sich wie folgt nach den Zuführungsquellen aufgliedern:

Zuführungsquellen der Alterungsrückstellungen	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>gesetzlicher Zehn-Prozent-Zuschlag [G]</b>	1.245,5	1.192,7	+52,8	+4,43
<b>planmäßige Nettozuführung<sup>1</sup> inklusive der rechnungsmäßigen Verzinsung der Alterungsrückstellungen</b>	8.252,6	7.961,1	+291,5	+3,66
<b>Ausschüttungen aus den RfB zur Beitragslimitierung</b>	1.188,7	2.493,6	-1.304,9	-52,33
<b>Limitierung gemäß § 12a Abs. 2 VAG<sup>2</sup></b>	549,2	564,8	-15,6	-2,76
<b>Limitierung gemäß § 12a Abs. 3 VAG<sup>2</sup></b>	186,6	468,4	-281,8	-60,16
<b>Gesamtzuführung</b>	<b>11.422,6</b>	<b>12.680,6</b>	<b>-1.258,0</b>	<b>-9,92</b>

1 Die planmäßige Nettozuführung ist der saldierte Wert aus den planmäßigen Zuführungen und den planmäßigen Entnahmen für die älteren Versicherten, deren Alterungsrückstellungen wieder abgebaut werden (siehe auch Kapitel 3).

2 Erläuterungen zu § 12a VAG siehe Kapitel 3.3

Z11/4402

Die folgende Tabelle zeigt das Verhältnis von Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen und Beitragseinnahmen:

	2011 Beitrags- einnahmen in Mio. Euro	2011 Zuführungen zu den Alterungs- rückstellungen in Mio. Euro	Zuführungen zu den Alterungsrückstellun- gen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in Prozent
<b>Krankenversicherung</b>	32.562,3	9.934,1	30,51
<b>Pflegeversicherung</b>	2.105,1	1.488,5	70,71
<b>insgesamt</b>	<b>34.667,4</b>	<b>11.422,6</b>	<b>32,95</b>

Z11/4403

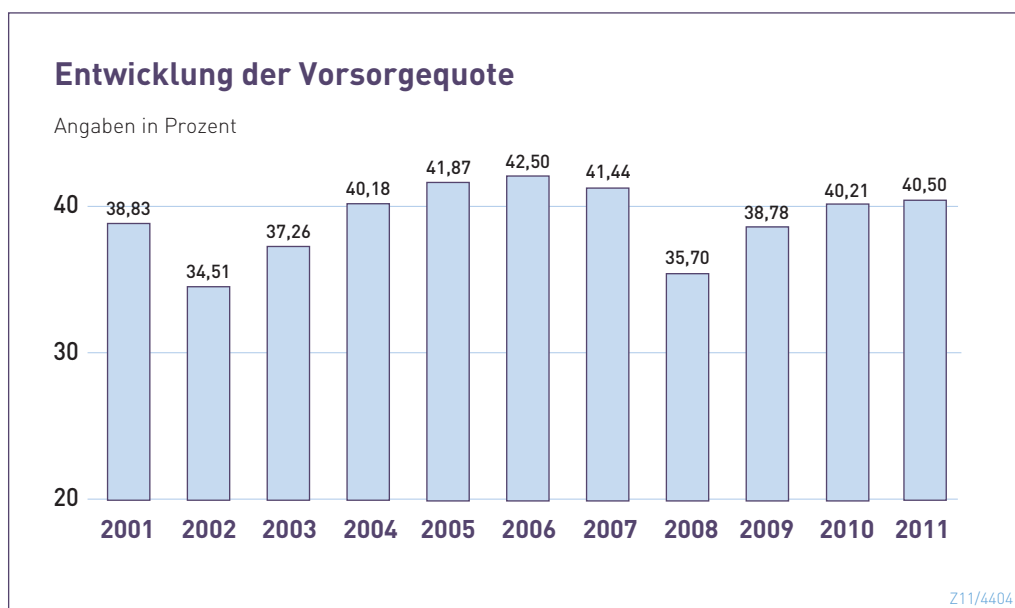
Der überwiegende Teil der Pflegeleistungen wird erst in späteren Lebensjahren notwendig. Deshalb sind die Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen in der Pflegeversicherung deutlich höher als in der Krankenversicherung.

## Vorsorgequote

Die Private Krankenversicherung ergreift Vorsorgemaßnahmen um sicherzustellen, dass die Beiträge durch eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen im Alter nicht steigen. Derartige Maßnahmen werden in der GKV nicht getroffen. In der PKV geschieht dies auf dreierlei Weise durch

- Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen [G]
- Zuführungen zu den Rückstellungen für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung [G]
- Verwendung der Beträge nach § 12a Abs. 3 VAG.

Der Umfang dieser verschiedenen Vorsorgemaßnahmen zeigt sich in der Vorsorgequote, in der sie den verdienten Bruttobeiträgen [G] gegenübergestellt werden. Die Vorsorgequote stellt somit dar, wie viel Prozent der Bruttoeinnahmen der gesamten Branche in die Vorsorge für das Alter fließen. Aufgrund dieser Vorsorge für die mit dem Alter steigenden Krankheitskosten beugt die PKV anders als die Gesetzliche Krankenversicherung den Folgen der demografischen Entwicklung vor. Nachfolgende Generationen werden nicht damit belastet, dass sie die Kosten der älteren Generationen mitfinanzieren müssen.





## 4.5 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

Die Kosten, die den Unternehmen durch die Aufrechterhaltung des Versicherungsbetriebes entstehen, werden unterschieden in Verwaltungsaufwendungen [G] und Abschlussaufwendungen [G].

	2011	2010	Veränderung	
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	absolut	in Prozent
<b>Abschlussaufwendungen</b>	2.756,2	2.649,0	+107,2	+4,05
<b>Verwaltungsaufwendungen</b>	849,2	815,0	+34,2	+4,20
<b>insgesamt</b>	<b>3.605,4</b>	<b>3.464,0</b>	<b>+141,4</b>	<b>+4,08</b>

Z11/4501

Der Anteil der Verwaltungsaufwendungen an den abgegrenzten Beitragseinnahmen blieb 2011 bei 2,45 (2010: 2,45) Prozent. Seit 1975 (7,21 Prozent) hat der Anteil der Verwaltungsaufwendungen mit nur wenigen Unterbrechungen stetig abgenommen.



## 5. Statistiken zur Tarifikalkulation





Während die Kapitel 1 bis 4 sich überwiegend mit der wirtschaftlichen Situation der Branche befassen, widmet sich Kapitel 5 der Inanspruchnahme von Leistungen in verschiedenen Versichertengruppen. Der PKV-Verband fragt bei den Mitgliedsunternehmen große Datenmengen ab. Hierbei handelt es sich ausschließlich um anonymisierte Daten. Die gesammelten Daten fasst der Verband zu Profilen und anderen Statistiken zusammen. Diese Informationen können die Mitgliedsunternehmen als Grundlage für ihre Tarifikalkulationen verwenden. Dies dürfte insbesondere dann der Fall sein, wenn die Daten des eigenen Unternehmens nicht genügend Aussagekraft besitzen oder neue Tarife entwickelt werden.

## 5.1 Profile

Anhand des von den Versicherungsunternehmen gelieferten Zahlenmaterials erstellt der Verband sogenannte Profilverläufe der Rechnungsbeträge. Diese Profile zeigen die Abhängigkeit der einzelnen Leistungen vom Alter der Versicherten. Sie werden getrennt nach Frauen und Männern für die einzelnen Leistungsarten angefertigt. Im Rahmen der Wagnisstatistik des Verbandes werden seit dem Jahr 1970 Daten von den Unternehmen erhoben. Begonnen wurde damals mit der Erhebung von Rechnungsbeträgen aus Krankheitskostentarifen mit 100-prozentigem Versicherungsschutz. Später kamen weitere Untersuchungen hinzu, die die Selbstbehalttarife einschlossen. Die Ermittlungen der Profile im Bereich der Krankentagegeldversicherung haben erst im Jahr 1989 begonnen. Für alle Profilverläufe gilt, dass zufällige Schwankungen mit Hilfe statistischer Verfahren ausgeglichen werden.

### Wagnisstatistiken

Die von den Mitgliedsunternehmen gelieferten Zahlen umfassen tarifbezogene Angaben zu Rechnungs- und Leistungsbeträgen, aufgeteilt nach folgenden Leistungsarten:

- Arzneien und Verbandmittel
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- sämtliche übrige ambulante Leistungen
- Krankenhausleistungen mit Chefarztbehandlung und Zuschlägen für die gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer (mit und ohne Ersatztagegeld).

Die Erhebung wird geschlechtsspezifisch getrennt nach einzelnen Altern durchgeführt. Berücksichtigt werden nur Versicherte, die mindestens drei Jahre dem jeweiligen Tarif angehören. Bei männlichen Versicherten liegt mit zunehmendem Alter ein weitaus stärkerer Anstieg der Leistungsausgaben als bei weiblichen Versicherten vor. Letztere verursachen dagegen in jüngeren Lebensaltern (Altersgruppe zwischen 20 und 35 Jahre) deutlich höhere Leistungsausgaben pro Person. Schwangerschaften und Geburten sind dafür nur teilweise verantwortlich. Seit Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) im August 2006 werden bei der Kalkulation von Tarifen die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt.

Um die Ausgabenentwicklung für alle Leistungsarten vergleichbar zu machen, wurden die Daten in den folgenden Tabellen und Grafiken normiert. Um zusätzlich die Abhängigkeit des Profilverlaufs vom Geschlecht zu dokumentieren, wurden als Normierungsgruppe die 41- bis 45-jährigen Männer gewählt.

Aufgrund der Normierung ist aus den Tabellen ein Rückschluss auf die absolute Höhe der Rechnungsbeträge nicht möglich.

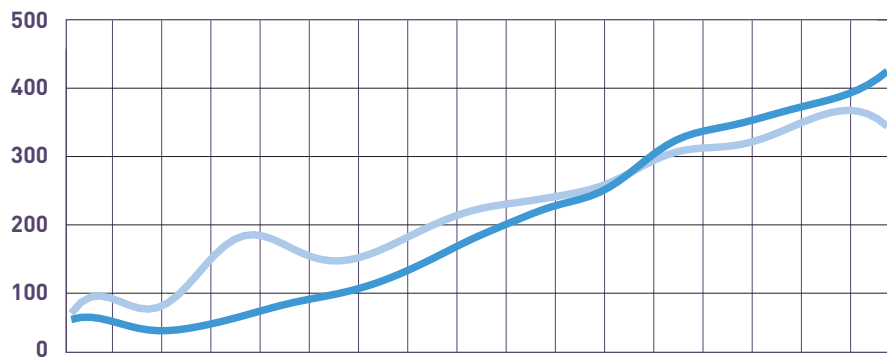
<b>Ausgaben<sup>1</sup> nach Altersgruppen 2011</b>	<b>ambulante Behandlung</b> (ohne Arzneien und Verbandmittel)	<b>Arzneien und Verbandmittel</b>	<b>Zahnbehandlung und -ersatz</b>
<b>Frauen im Alter von ... Jahren</b>			
<b>über 95</b>	357,30	505,93	34,35
<b>91 – 95</b>	350,04	509,92	60,47
<b>86 – 90</b>	331,43	505,11	90,46
<b>81 – 85</b>	311,66	479,29	128,86
<b>76 – 80</b>	303,34	448,40	170,73
<b>71 – 75</b>	271,48	375,96	190,78
<b>66 – 70</b>	247,51	317,24	198,89
<b>61 – 65</b>	234,02	271,30	187,28
<b>56 – 60</b>	223,37	225,81	175,84
<b>51 – 55</b>	200,33	178,70	157,83
<b>46 – 50</b>	167,72	139,66	134,70
<b>41 – 45</b>	148,49	110,33	119,91
<b>36 – 40</b>	163,83	94,53	105,77
<b>31 – 35</b>	180,43	79,67	90,23
<b>26 – 30</b>	131,56	56,59	76,02
<b>21 – 25</b>	76,42	46,47	59,42
<b>16 – 20</b>	92,03	61,98	91,57
<b>unter 16</b>	67,37	51,69	92,81
<b>Männer im Alter von ... Jahren</b>			
<b>über 95</b>	395,22	508,14	61,36
<b>91 – 95</b>	380,47	586,11	77,21
<b>86 – 90</b>	358,80	591,77	108,46
<b>81 – 85</b>	339,50	566,39	145,08
<b>76 – 80</b>	319,73	522,76	181,87
<b>71 – 75</b>	270,88	437,19	191,07
<b>66 – 70</b>	236,98	373,04	189,26
<b>61 – 65</b>	213,43	311,72	172,97
<b>56 – 60</b>	186,87	239,35	154,60
<b>51 – 55</b>	152,19	176,84	133,26
<b>46 – 50</b>	120,76	129,61	115,23
<b>41 – 45</b>	100,00	100,00	100,00
<b>36 – 40</b>	86,23	91,52	89,96
<b>31 – 35</b>	67,07	72,66	75,52
<b>26 – 30</b>	52,19	48,91	56,79
<b>21 – 25</b>	44,84	43,21	43,87
<b>16 – 20</b>	62,30	60,18	88,83
<b>unter 16</b>	76,55	66,69	80,25

<sup>1</sup> Alle Werte wurden je Leistungsart auf die Werte der 41- bis 45-jährigen Männer normiert.

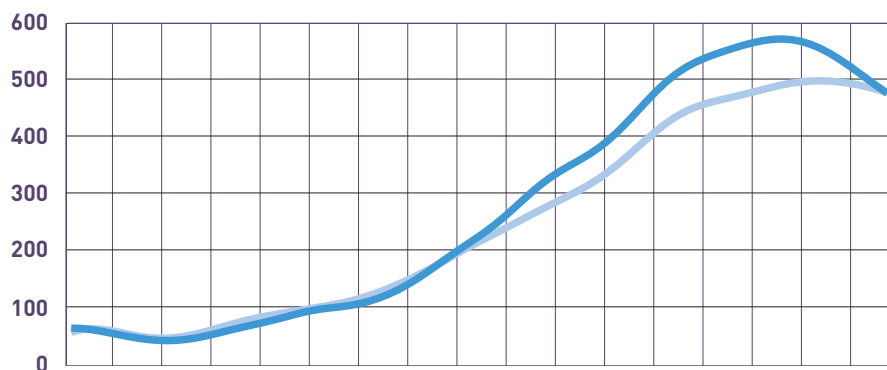
## Altersabhängigkeit der Ausgaben<sup>1</sup> für ambulante und Zahnbehandlung 2011

■ Frauen ■ Männer

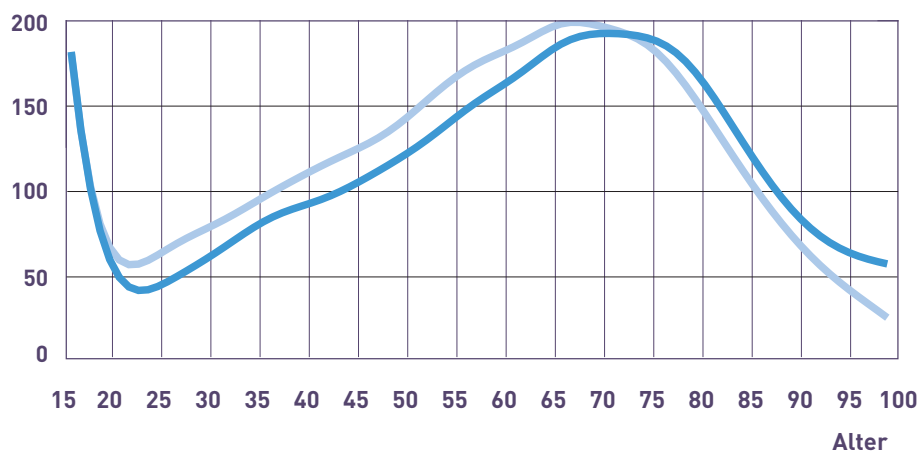
### ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)



### Arzneien und Verbandmittel



### Zahnbehandlung und -ersatz



<sup>1</sup> Alle Werte wurden je Leistungsart auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

Im stationären Bereich ist neben den Ausgaben für die Krankenhausbehandlung auch die Dauer des Aufenthalts interessant:

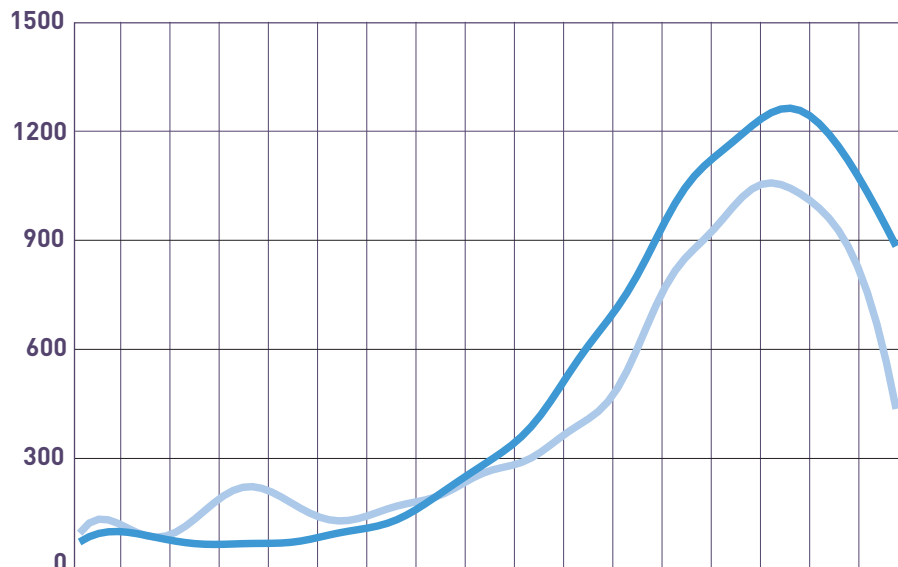
<b>Ausgaben und Aufenthalt<sup>1</sup> nach Altersgruppen 2011</b>	<b>Ausgaben für Kranken- hausbehandlung</b>	<b>Krankenhaus- aufenthalt in Tagen</b>
<b>Frauen im Alter von ... Jahren</b>		
<b>über 95</b>	621,64	1.610,17
<b>91 – 95</b>	960,24	2.047,36
<b>86 – 90</b>	1.018,82	2.166,42
<b>81 – 85</b>	976,14	1.877,81
<b>76 – 80</b>	848,15	1.483,86
<b>71 – 75</b>	559,78	1.007,79
<b>66 – 70</b>	415,47	757,67
<b>61 – 65</b>	303,36	561,80
<b>56 – 60</b>	271,41	502,59
<b>51 – 55</b>	196,33	317,05
<b>46 – 50</b>	166,36	222,62
<b>41 – 45</b>	131,24	173,89
<b>36 – 40</b>	161,27	218,68
<b>31 – 35</b>	212,17	330,00
<b>26 – 30</b>	161,08	269,97
<b>21 – 25</b>	77,05	246,12
<b>16 – 20</b>	127,40	155,59
<b>unter 16</b>	95,46	66,14
<b>Männer im Alter von ... Jahren</b>		
<b>über 95</b>	1.044,57	2.090,94
<b>91 – 95</b>	1.076,18	2.570,21
<b>86 – 90</b>	1.233,96	2.371,20
<b>81 – 85</b>	1.141,99	1.934,80
<b>76 – 80</b>	1.019,50	1.570,49
<b>71 – 75</b>	768,95	1.108,33
<b>66 – 70</b>	616,21	847,11
<b>61 – 65</b>	403,65	606,77
<b>56 – 60</b>	298,00	432,40
<b>51 – 55</b>	208,18	276,24
<b>46 – 50</b>	128,96	140,71
<b>41 – 45</b>	100,00	100,00
<b>36 – 40</b>	71,25	79,12
<b>31 – 35</b>	69,03	79,63
<b>26 – 30</b>	61,25	134,50
<b>21 – 25</b>	76,89	174,56
<b>16 – 20</b>	97,65	114,86
<b>unter 16</b>	104,09	73,49

<sup>1</sup> Für die Ausgaben und den Aufenthalt wurden alle Werte jeweils auf die Werte der 41- bis 45-jährigen Männer normiert.

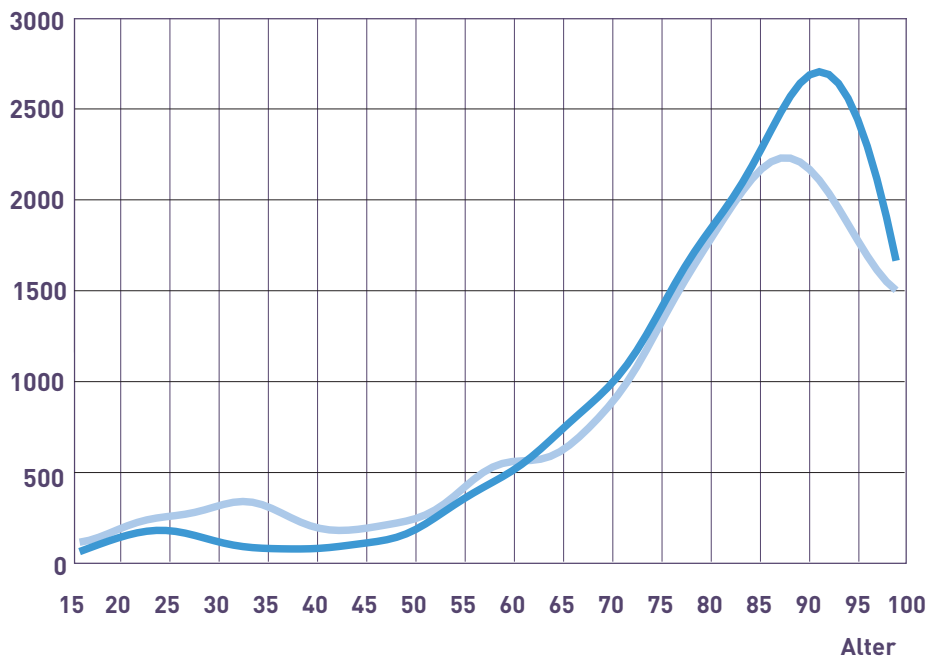
## Altersabhängigkeit der Ausgaben und des Aufenthalts<sup>1</sup> im Krankenhaus 2011

■ Frauen ■ Männer

### Ausgaben für Krankenhausbehandlung



### Krankenhausaufenthalt in Tagen



<sup>1</sup> Alle Werte wurden jeweils auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.



Arbeitnehmer erhalten von ihrem Arbeitgeber in der Regel im Krankheitsfall sechs Wochen Lohnfortzahlung. Sie versichern deshalb meist erst ab dem 43. Krankheitstag ein Krankentagegeld. Da Selbstständige keine Lohnfortzahlung erhalten, vereinbaren sie in der Regel mit ihrem Krankenversicherungsunternehmen ein Krankentagegeld ab dem achten Krankheitstag.

<b>Inanspruchnahme von Krankentagegeld<sup>1</sup> nach Altersgruppen 2011</b>	<b>Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag</b>	<b>Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag</b>
<b>Frauen im Alter von ... Jahren</b>		
<b>61 – 65</b>	170,98	318,87
<b>56 – 60</b>	139,21	341,93
<b>51 – 55</b>	153,04	261,43
<b>46 – 50</b>	103,99	191,65
<b>41 – 45</b>	141,24	148,32
<b>36 – 40</b>	135,82	113,08
<b>31 – 35</b>	102,36	92,24
<b>26 – 30</b>	259,38	72,14
<b>21 – 25</b>	1.530,33	45,67
<b>Männer im Alter von ... Jahren</b>		
<b>61 – 65</b>	178,56	355,83
<b>56 – 60</b>	161,03	274,18
<b>51 – 55</b>	129,52	194,30
<b>46 – 50</b>	130,21	138,14
<b>41 – 45</b>	100,00	100,00
<b>36 – 40</b>	114,77	75,34
<b>31 – 35</b>	77,08	78,12
<b>26 – 30</b>	-17,21	72,50
<b>21 – 25</b>	4,60	56,77

1 Alle Werte wurden jeweils auf die Werte der 41- bis 45-jährigen Männer normiert.

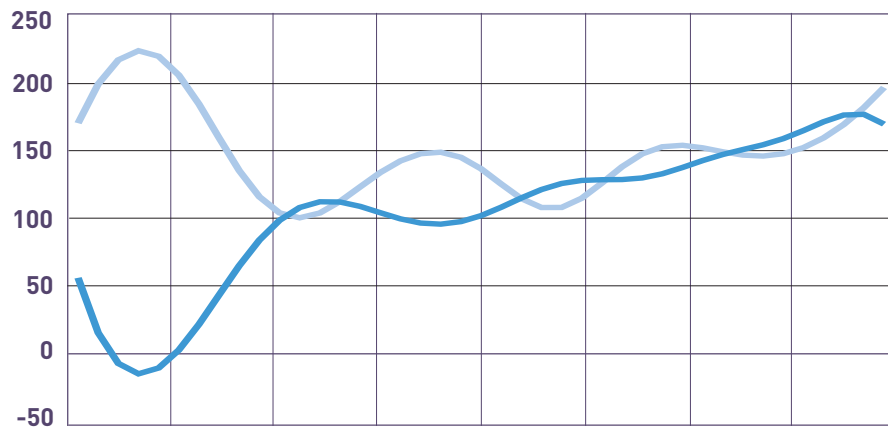
Z11/5105

Die Auswertung der Daten im Bereich der Krankentagegeldversicherung zeigt, dass mit zunehmendem Alter die Zahl der Krankheitstage im Allgemeinen steigt.

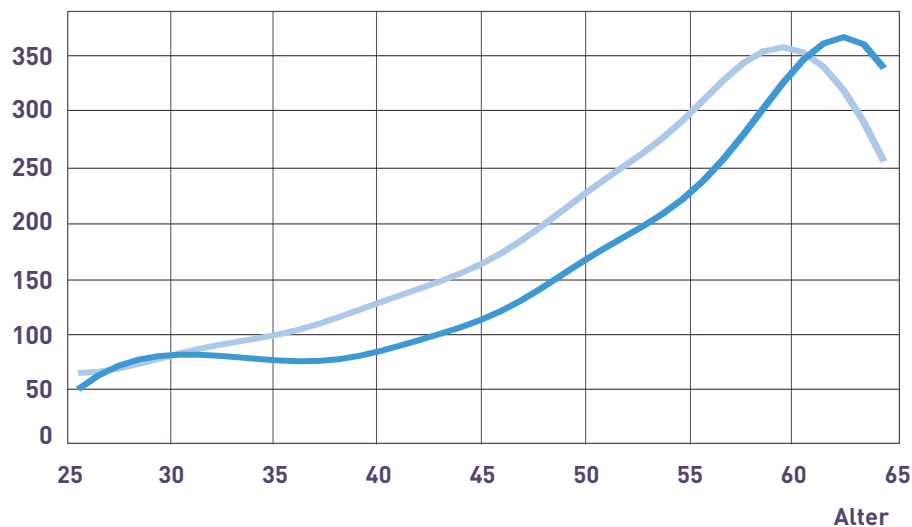
## Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme von Krankentagegeld<sup>1</sup> 2011

■ Frauen ■ Männer

### Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 8. Tag



### Krankentage bei Krankentagegeld ab dem 43. Tag



<sup>1</sup> Alle Werte wurden jeweils auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

Z11/5106

## Selbstbehaltstatistik

Der PKV-Verband untersucht auch die Abhängigkeit der Ausgaben vom tariflich vereinbarten Selbstbehalt. Aus dem zur Verfügung stehenden Datenmaterial werden geeignete Selbstbehaltgruppen gebildet. Hierbei wird sichergestellt, dass die beobachteten Gruppen versicherter Personen genügend große Bestände aufweisen. Nur so ist eine fundierte Aussage möglich.

Die Profile sind umso steiler, je größer der Selbstbehalt ist. Bei der Beurteilung der Werte ist zu beachten, dass in hohen Altern die Bestandszahlen je Selbst-

behaltgruppe gering sein können, so dass statistische Schwankungen auftreten können. Die höhere Steilheit der Profile bedeutet nicht höhere Beiträge bei höherem Selbstbehalt, denn absolut gesehen sind die Leistungsausgaben bei höherem Selbstbehalt deutlich niedriger.

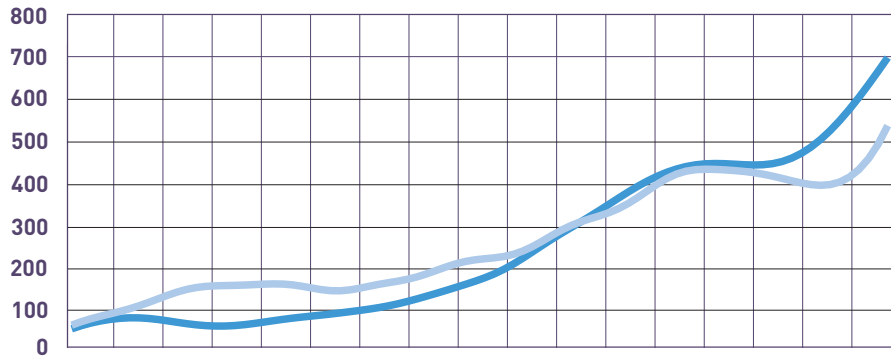
<b>Ausgaben<sup>1</sup> im ambulanten Bereich nach Altersgruppen 2011</b>	<b>kein absoluter Selbstbehalt</b>	<b>bis 300 Euro</b>	<b>Selbstbehalt über 300 bis 600 Euro</b>	<b>über 600 Euro</b>
<b>Frauen im Alter von ... Jahren</b>				
<b>über 95</b>	483,77	761,46	763,33	694,13
<b>91 – 95</b>	385,27	674,67	792,61	721,99
<b>86 – 90</b>	422,02	661,63	728,13	691,23
<b>81 – 85</b>	429,69	589,52	755,13	661,77
<b>76 – 80</b>	432,06	572,24	720,55	592,88
<b>71 – 75</b>	355,29	498,36	610,93	511,10
<b>66 – 70</b>	319,16	466,14	529,88	469,20
<b>61 – 65</b>	253,77	366,00	438,54	379,90
<b>56 – 60</b>	223,66	288,72	363,42	314,98
<b>51 – 55</b>	201,37	258,54	302,58	272,75
<b>46 – 50</b>	173,74	197,49	241,35	212,92
<b>41 – 45</b>	149,36	165,33	215,58	188,94
<b>36 – 40</b>	168,73	181,50	239,60	196,35
<b>31 – 35</b>	160,94	155,17	227,02	190,63
<b>26 – 30</b>	174,98	129,57	172,49	216,55
<b>21 – 25</b>	108,98	144,91	131,49	98,62
<b>16 – 20</b>	90,32	108,78	96,53	79,75
<b>unter 16</b>	63,87	65,34	62,81	50,25
<b>Männer im Alter von ... Jahren</b>				
<b>über 95</b>	620,51	678,32	704,58	705,50
<b>91 – 95</b>	525,49	828,47	850,78	836,02
<b>86 – 90</b>	447,68	725,37	848,52	792,25
<b>81 – 85</b>	448,55	641,76	796,94	718,51
<b>76 – 80</b>	431,79	619,33	807,48	620,85
<b>71 – 75</b>	385,51	543,50	619,99	498,43
<b>66 – 70</b>	307,46	434,38	498,90	404,23
<b>61 – 65</b>	241,90	311,90	357,46	300,97
<b>56 – 60</b>	181,51	229,93	241,09	216,76
<b>51 – 55</b>	144,68	169,23	178,39	163,90
<b>46 – 50</b>	117,23	122,31	131,23	114,49
<b>41 – 45</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>36 – 40</b>	90,38	84,50	85,04	83,73
<b>31 – 35</b>	73,60	66,76	62,60	65,25
<b>26 – 30</b>	71,83	45,95	77,65	53,54
<b>21 – 25</b>	106,23	91,61	71,48	86,48
<b>16 – 20</b>	74,95	77,84	91,15	61,70
<b>unter 16</b>	75,06	73,94	82,07	63,86

<sup>1</sup> Alle Werte wurden je Selbstbehaltgruppe auf die Werte der 41- bis 45-jährigen Männer normiert.

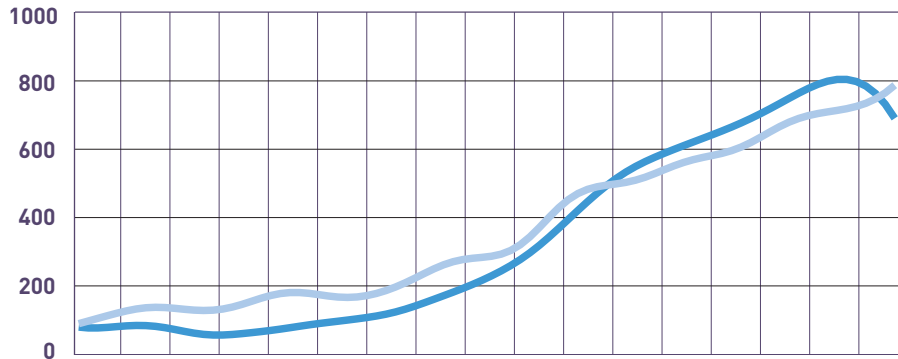
### Altersabhängigkeit der Ausgaben<sup>1</sup> bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich 2011

■ Frauen    ■ Männer

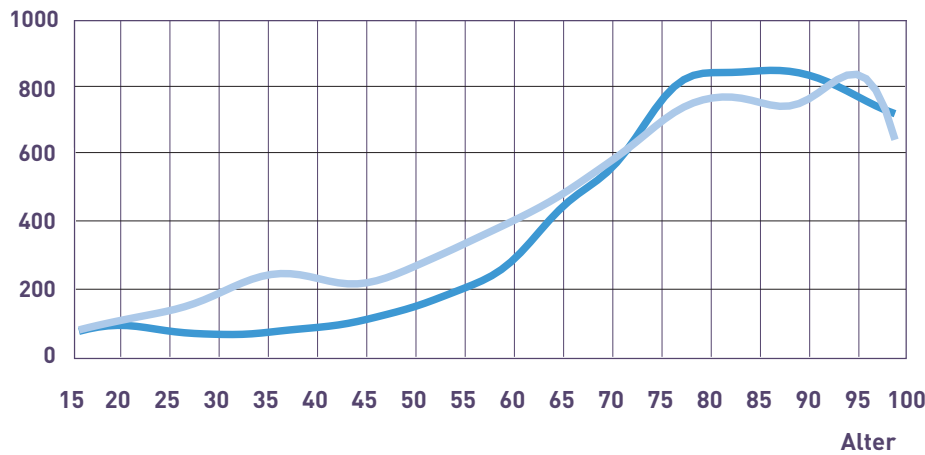
#### kein absoluter Selbstbehalt



#### Selbstbehalt bis 300 Euro



#### Selbstbehalt über 300 Euro bis 600 Euro

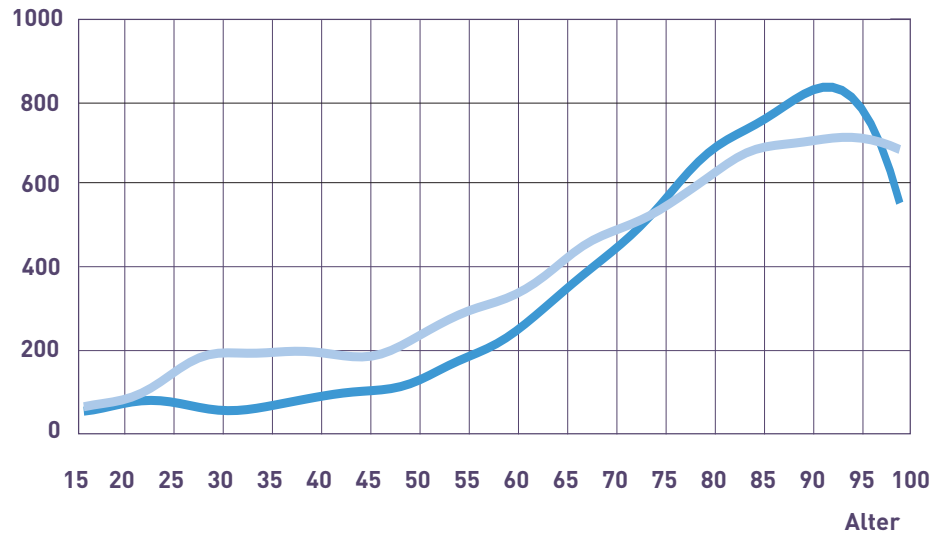


<sup>1</sup> Alle Werte wurden je Selbstbehaltgruppe auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

### Altersabhängigkeit der Ausgaben<sup>1</sup> bei verschiedenen Selbstbehalten im ambulanten Bereich 2011 (Fortsetzung)

■ Frauen ■ Männer

#### Selbstbehalt über 600 Euro



<sup>1</sup> Alle Werte wurden je Selbstbehaltgruppe auf die Werte der 43-jährigen Männer normiert.

Z11/5108-2

In der unten stehenden Tabelle wird das Niveau der Ausgaben jeweils für Frauen und Männer in Abhängigkeit vom Selbstbehalt dargestellt. Der besseren Übersichtlichkeit halber sind die Werte auf die Tarifgruppe ohne Selbstbehalt normiert.

Abhängigkeit der Ausgaben vom Selbstbehalt 2011 <sup>1</sup>	Selbstbehalt			
	kein absoluter Selbstbehalt	bis 300 Euro	über 300 bis 600 Euro	über 600 Euro
<b>Frauen</b>	100,00	79,41	77,91	53,43
<b>Männer</b>	100,00	71,74	53,97	42,24

<sup>1</sup> Die Angaben beziehen sich auf 41- bis 45-jährige Versicherte.

Z11/5109

## 5.2 Sterbetafel [G]

Eine weitere Grundlage bei der Kalkulation von Tarifen ist die Sterbewahrscheinlichkeit. Sie wird in Form einer Sterbetafel dargestellt, die nach Alter und Geschlecht sowohl die Restlebenserwartung in Jahren als auch die daraus resultierende Sterbewahrscheinlichkeit aufführt. Zur Erstellung der Sterbetafel werden die Meldungen der Unternehmen über ihre Verstorbenen aus den letzten Jahren zusammengefasst. Diese Werte werden mit statistischen Verfahren ausgeglichen und in die Zukunft weiterentwickelt. Die folgende Tabelle fasst die Restlebenserwartung gemäß der Sterbetafel „PKV 2012“ zusammen.

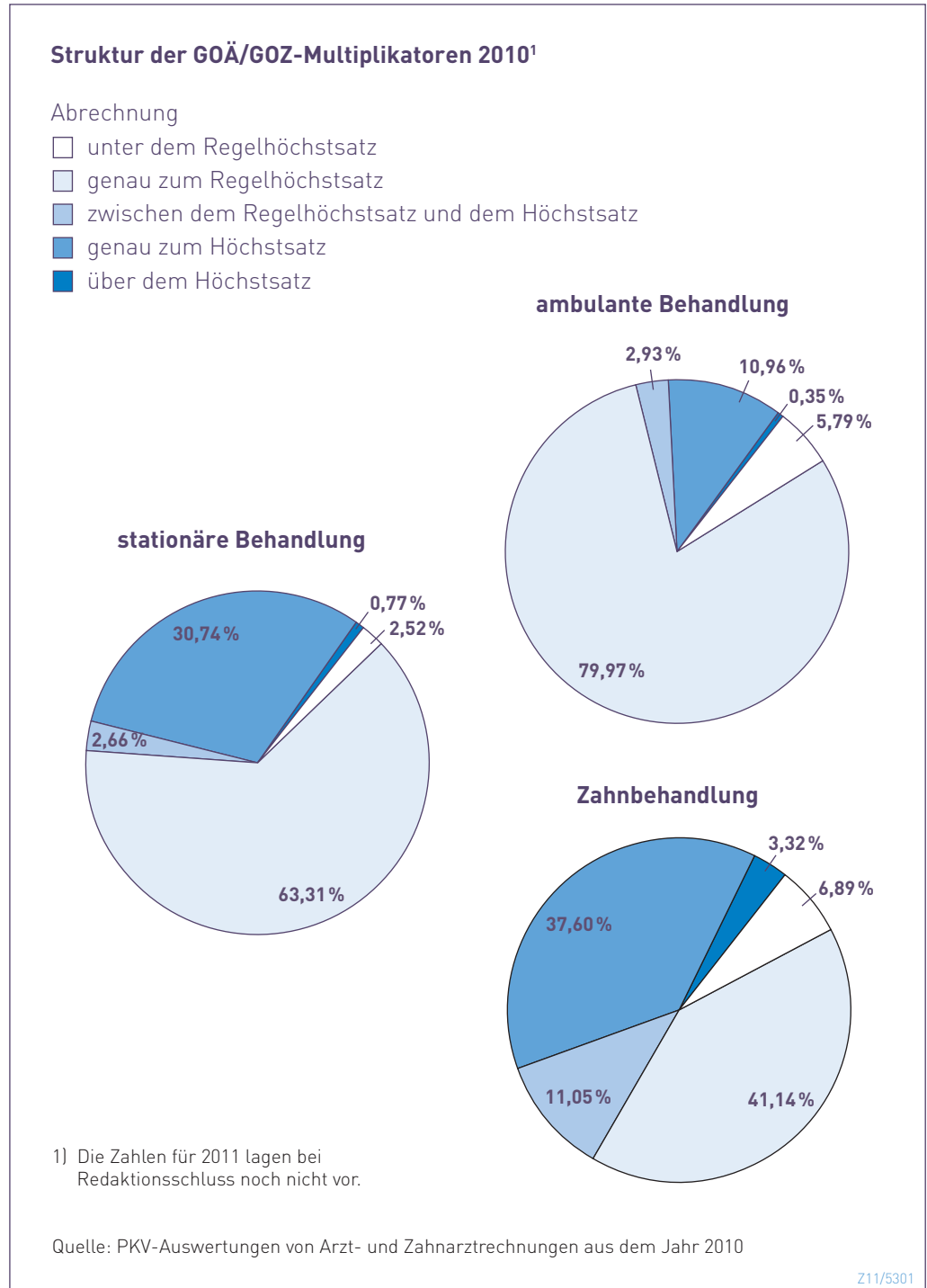
Sterbetafel „PKV 2012“		
Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren	Frauen	Männer
0	87,41	84,04
5	82,48	79,12
10	77,50	74,15
15	72,54	69,18
20	67,59	64,27
25	62,66	59,40
30	57,72	54,49
35	52,77	49,57
40	47,83	44,66
45	42,93	39,78
50	38,10	34,99
55	33,34	30,32
60	28,68	25,78
65	24,12	21,38
70	19,64	17,12
75	15,33	13,14
80	11,36	9,61
85	7,98	6,72
90	5,39	4,57
95	3,56	3,22
100	2,17	2,13

Z11/5201

## 5.3 Auswertung von Arzt- und Zahnarztrechnungen

Der Verband wertet eine Stichprobe der bei den Mitgliedsunternehmen eingereichten Arzt- und Zahnarztrechnungen aus. Pro Jahr werden insgesamt 40.000 anonymisierte Rechnungen ausgewertet. Die Hälfte hiervon stammt aus dem Bereich der ambulanten Arztbehandlung. Jeweils 10.000 Rechnungen entfallen auf die Bereiche der stationären Arztbehandlung und der Zahnarztbehandlung. Die Rechnungen werden jeweils am 10. eines Monats bei den 19 größten Mitgliedsunternehmen aus dem Tageseingang gezogen. Bei der Auswertung im PKV-Verband werden die Positionen der Rechnungen nach ihren Steigerungssätzen gemäß den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ) [G] zusammengefasst.

Die folgende Grafik stellt dar, wie sich das Honorar der Ärzte auf Abrechnungen unter, zum und über dem Regelhöchstsatz und Höchstsatz verteilt.



Die Auswertung der anonymisierten Arzt- und Zahnarztrechnungen zeigt, dass äußerst selten unter dem Regelhöchstsatz abgerechnet wird. Rund zwei Drittel der Rechnungen wurden 2010 genau zum Regelhöchstsatz erstellt. Betrachtet man nur den ambulanten Bereich, so waren es sogar rund 80 Prozent. Die höchsten Steigerungssätze finden sich allerdings seltener im ambulanten Bereich: Bei den stationären Behandlungen wie auch bei Zahnbehandlungen griffen die Ärzte in jeweils über 30 Prozent der Fälle auf den Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung zurück – im ambulanten Bereich waren es etwa 11 Prozent.

## 5.4 Krankenhausstatistik

Die Rechtsgrundlage für die Wahlleistung Unterkunft ist die Bundespflege-satzverordnung. Sie besagt, dass die Entgelte für die Ein- und Zweibettzimmer nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen dürfen; zusätzlich müssen die durch die Wahlleistung Unterkunft begründeten Kosten durch die Entgelte refinanziert werden. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in Auslegung der Rechtsvorgaben am 4. August 2000 ein Grundsatzurteil (Az.: III ZR 158/99) gefällt. Nach Auffassung des Bundesgerichtshofs sind höhere Preise als die Basispreise dann möglich, wenn der Patient zusätzliche Komfortvorteile nutzen kann. Auf der Grundlage des BGH-Urteils haben der PKV-Verband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die „Gemeinsame Empfehlung zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft“ vereinbart. Bei der Umsetzung dieser Empfehlung sind inzwischen für die meisten Krankenhäuser angemessene Zimmerpreise vereinbart worden.

Die durchschnittlichen Preise für Ein- und Zweibettzimmerzuschläge sind in den folgenden Tabellen auf den nächsten Seiten aufgeführt.



Einbettzimmerzuschläge <sup>1</sup> nach Ländern	2011 in Euro	2010 <sup>2</sup> in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>Baden- Württemberg</b>	90,03	88,60	+1,43	+1,61
<b>Bayern</b>	90,60	87,15	+3,45	+3,96
<b>Berlin</b>	118,23	91,07	+27,16	+29,82
<b>Brandenburg</b>	71,33	69,88	+1,45	+2,07
<b>Bremen</b>	95,01	93,17	+1,84	+1,97
<b>Hamburg</b>	94,16	90,01	+4,15	+4,61
<b>Hessen</b>	91,67	88,69	+2,98	+3,36
<b>Mecklenburg- Vorpommern</b>	80,50	69,59	+10,91	+15,68
<b>Niedersachsen</b>	84,96	84,18	+0,78	+0,93
<b>Nordrhein- Westfalen</b>	91,57	89,36	+2,21	+2,47
<b>Rheinland- Pfalz</b>	88,25	87,83	+0,42	+0,48
<b>Saarland</b>	64,79	66,20	-1,41	-2,13
<b>Sachsen</b>	65,45	65,11	+0,34	+0,52
<b>Sachsen- Anhalt</b>	91,64	87,32	+4,32	+4,95
<b>Schleswig- Holstein</b>	83,54	82,25	+1,29	+1,57
<b>Thüringen</b>	79,13	78,93	+0,20	+0,25
<b>alte Länder (mit Berlin)</b>	90,92	88,03	+2,89	+3,28
<b>neue Länder</b>	69,30	68,41	+0,89	+1,30
<b>bundesweit</b>	<b>88,77</b>	<b>85,93</b>	<b>+2,84</b>	<b>+3,31</b>

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer  
2 Werte im Vergleich zum Zahlenbericht des Vorjahres leicht korrigiert

Z11/5401

Zweibettzimmerzuschläge <sup>1</sup> nach Ländern	2011 in Euro	2010 <sup>2</sup> in Euro	Veränderung	
			absolut	in Prozent
<b>Baden- Württemberg</b>	45,43	44,16	+ 1,27	+ 2,88
<b>Bayern</b>	44,68	44,14	+ 0,54	+ 1,22
<b>Berlin</b>	46,09	44,23	+ 1,86	+ 4,21
<b>Brandenburg</b>	37,46	35,97	+ 1,49	+ 4,14
<b>Bremen</b>	47,67	47,28	+ 0,39	+ 0,82
<b>Hamburg</b>	45,94	43,39	+ 2,55	+ 5,88
<b>Hessen</b>	44,29	41,87	+ 2,42	+ 5,78
<b>Mecklenburg- Vorpommern</b>	30,79	29,94	+ 0,85	+ 2,84
<b>Niedersachsen</b>	42,93	42,41	+ 0,52	+ 1,23
<b>Nordrhein- Westfalen</b>	49,10	48,00	+ 1,10	+ 2,29
<b>Rheinland- Pfalz</b>	46,45	46,11	+ 0,34	+ 0,74
<b>Saarland</b>	30,36	30,09	+ 0,27	+ 0,90
<b>Sachsen</b>	29,82	29,55	+ 0,27	+ 0,91
<b>Sachsen- Anhalt</b>	44,34	42,61	+ 1,73	+ 4,06
<b>Schleswig- Holstein</b>	44,64	43,94	+ 0,70	+ 1,59
<b>Thüringen</b>	40,05	39,84	+ 0,21	+ 0,53
<b>alte Länder (mit Berlin)</b>	46,27	45,12	+ 1,15	+ 2,55
<b>neue Länder</b>	33,18	32,45	+ 0,73	+ 2,25
<b>bundesweit</b>	<b>44,98</b>	<b>43,81</b>	<b>+ 1,17</b>	<b>+ 2,67</b>

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung Mehrbettzimmer  
2 Werte im Vergleich zum Zahlenbericht des Vorjahres leicht korrigiert

Z11/5402

## 5.5 Krankheitsartenstatistik

Auf den Rechnungen der Leistungserbringer müssen per Gesetz Diagnosen aufgeführt werden. Im Jahr 2011 haben 12 PKV-Unternehmen die Diagnosen der bei ihnen eingereichten Rechnungen gemäß International Classification of Diseases (ICD) [G] zu Krankheitsarten zusammengefasst und so an den PKV-Verband gemeldet. Da nicht alle großen Versicherungsunternehmen beteiligt sind, ist die Datenbasis relativ gering. Aus diesem Grunde können bei den Krankenhaustagen für Frauen und Männer nur zusammengefasste Werte angegeben werden.

Verweildauer und Leistungsaufteilung nach Krankheitsarten 2011	durchschnittliche Anzahl der Krankenhaustage	Aufteilung der Leistungen in Prozent	
		Frauen	Männer
<b>I. infektiöse und parasitäre Krankheiten</b>	9,5	1,95	2,05
<b>II. Neubildungen</b>	10,2	11,65	11,87
<b>III. Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</b>	8,8	3,46	3,54
<b>IV. Krankheiten des Blutes und der Blut bildenden Organe</b>	10,1	0,68	0,73
<b>V. seelische Störungen</b>	36,9	8,35	7,04
<b>VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane</b>	7,9	7,84	8,50
<b>VII. Krankheiten des Kreislaufsystems</b>	9,3	10,32	16,25
<b>VIII. Krankheiten der Atmungsorgane</b>	8,6	4,13	4,53
<b>IX. Krankheiten der Verdauungsorgane</b>	7,0	8,94	9,58
<b>X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane</b>	4,8	4,77	4,16
<b>XI. Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett</b>	6,2	3,19	0
<b>XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes</b>	9,8	1,71	1,51
<b>XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes</b>	11,5	18,31	16,63
<b>XIV. angeborene Missbildungen</b>	6,9	0,90	0,83
<b>XV. bestimmte Ursachen der perinatalen Morbidität und Mortalität</b>	11,7	0,57	0,41
<b>XVI. Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten und Todesursachen</b>	7,1	6,17	5,02
<b>XVII. Unfälle, Vergiftungen und Gewaltwirkungen</b>	9,1	7,06	7,35
<b>insgesamt</b>	11,0	100,00	100,00

Z11/5501

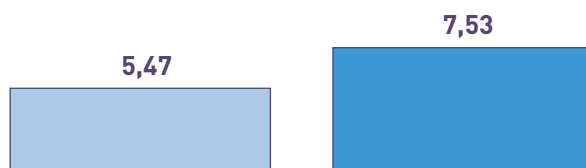
## AIDS-Statistik

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) wird durch das HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus) verursacht. Weltweit leben rund 34,2 Millionen Menschen mit HIV; 3,4 Millionen davon sind Kinder. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben sich im Jahr 2011 2,5 Millionen Menschen neu mit HIV infiziert. 1,7 Millionen sind an AIDS gestorben<sup>1</sup>. Die Bekämpfung von AIDS ist deshalb eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dies gilt auch für Deutschland. Nach Angaben des Robert Koch-Institutes (RKI) wurden im Jahr 2011 4.478 positive HIV-Antikörpertests gemeldet. Hierunter waren 1.589 Tests mit unbekanntem Meldestatus – das heißt, die Diagnose wurde möglicherweise nicht erstmalig gestellt. Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes zählten 2011 unter ihren Vollversicherten 673 Neuinfektionen.

Die PKV engagiert sich seit dem Jahr 2005 besonders im Kampf gegen AIDS. Dies geschieht nicht zuletzt deshalb, weil der Anteil der HIV-Infizierten im Versicherungskreis der PKV im Vergleich zur Gesamtbevölkerung relativ hoch ist.

### Anteil der HIV-Neuinfizierten je 100.000 Personen 2011

■ Bevölkerung insgesamt      ■ privat Vollversicherte



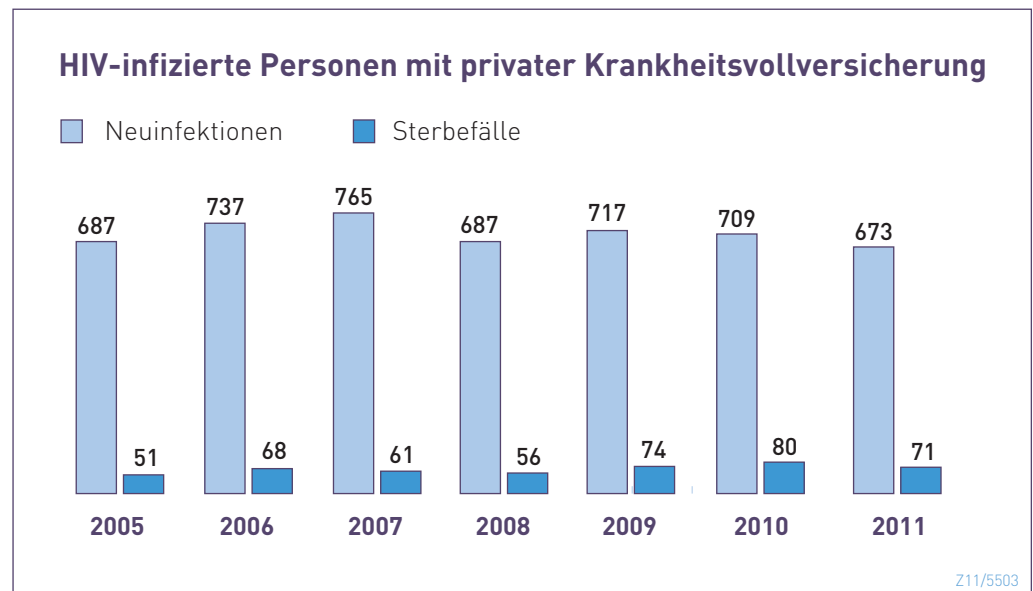
Quelle: Robert Koch-Institut<sup>1</sup> und eigene Erhebungen

<sup>1</sup> RKI: Die Gesamtzahl umfasst sowohl die Erstdiagnosen als auch diejenigen, bei denen der Meldestatus zum Zeitpunkt des HIV-Antikörpertests unbekannt ist.

Z11/5502

<sup>1</sup> Die WHO veröffentlicht ihre Berichte über die AIDS-Epidemie im Zwei-Jahres-Turnus.

Der PKV-Verband erfasst im Rahmen seiner AIDS-Statistik die Zahl der neu erkannten Fälle von HIV-Infektionen und die Zahl der im jeweiligen Berichtszeitraum verstorbenen HIV-infizierten Personen. Der Zeitpunkt des Erfassens bei der PKV muss nicht identisch sein mit dem Zeitpunkt, zu dem ein Versicherter die Diagnose erfahren hat. Der Grund liegt darin, dass in der PKV nur Leistungsfälle erfasst werden. Wer zum Beispiel aufgrund eines Selbstbehaltes keine Leistungen in Anspruch nimmt, wird nicht in der AIDS-Statistik erfasst.

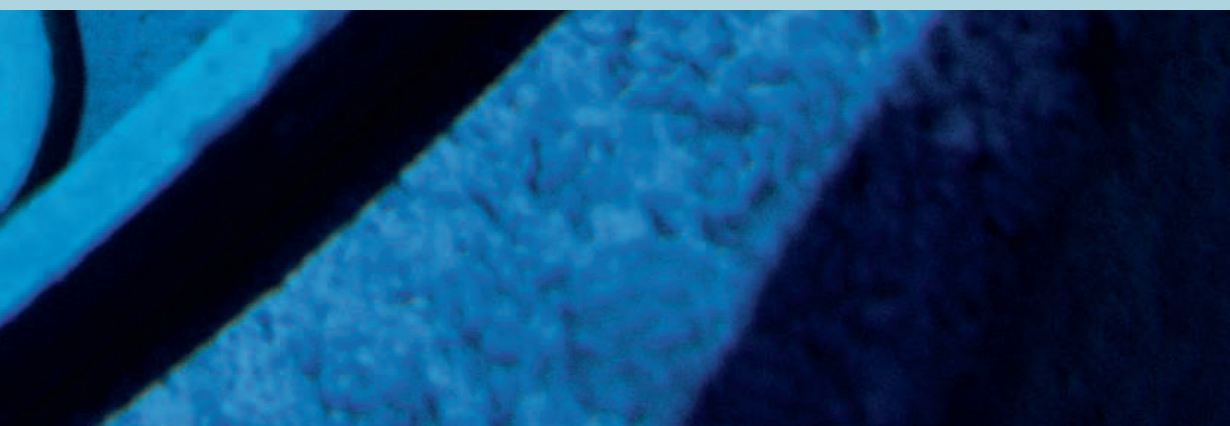


Die Zahl der Neuinfektionen verringerte sich 2011 zwar deutlich. Sie ist aber noch immer hoch. Aufklärung bleibt somit weiterhin wichtig. Deshalb unterstützt die Private Krankenversicherung jährlich mit insgesamt 3,5 Mio. Euro die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Deutsche AIDS-Stiftung in der AIDS-Prävention.

Die Behandlung von HIV-Infizierten verursachte im Jahr 2011 – unabhängig davon, ob die Krankheit ausgebrochen war oder nicht – im Durchschnitt Kosten in Höhe von über 19.000 Euro.



## 6. Zeitreihen 2001 - 2011



	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Krankheitsvollversicherung</b>					
<b>versicherte Personen</b>	7.710.200	7.923.800	8.110.400	8.259.400	8.373.000
<b>Nettoneuzugang</b>	216.400	213.600	186.600	149.000	113.600
<b>Zugänge aus der GKV</b>	360.700	362.000	338.400	297.700	274.500
<b>Abgänge zur GKV</b>	147.500	129.800	130.400	130.600	154.200
<b>Vollversicherte mit Wahlleistungen im Krankenhaus</b>	6.784.600	6.967.800	7.102.000	7.117.000	7.205.900
<b>Vollversicherte mit Beihilfeberechtigung</b>	3.899.500	3.962.800	4.018.100	4.053.700	4.119.900

	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Pflegeversicherung</b>					
<b>versicherte Personen</b>	8.619.400	8.827.100	8.999.300	9.117.600	9.164.300
davon					
Leistungsempfänger	110.980	114.452	116.845	122.583	128.343

1 Angaben von Unternehmen nachträglich korrigiert.

In den folgenden Tabellen sind die wichtigsten Zahlen im Zeitverlauf der letzten elf Jahre dargestellt. In den Fällen, in denen keine Daten angegeben werden, liegen sie uns entweder nicht vor oder sind zum Beispiel aufgrund von Umstellungen in der Datenerfassung nicht sinnvoll.

## 6.1 Versicherungsbestand

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	8.489.100	8.549.000	8.639.300	8.810.900	8.895.500	8.976.400
	116.100	59.900	90.300	171.600	84.600	80.900
	284.700	233.700	244.900	288.200	227.700	232.000
	143.900	154.700	151.000	146.500	153.200	157.600
	7.206.300	7.214.900	7.217.600	7.300.200	7.298.800	7.322.500
	4.141.800	4.148.900	4.161.500	4.194.000	4.226.300	4.246.700

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	9.276.800	9.320.000	9.373.900 <sup>1</sup>	9.534.100	9.593.000	9.666.900
	134.722	140.230	131.062 <sup>1</sup>	138.181	142.696	145.099

Z11/6102



<b>Zusatzversicherungen</b> (insgesamt und ausgewählte Versicherungsarten)	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Zusatzversicherungen insgesamt</b>	13.913.000	14.160.700	14.687.600	15.897.900 <sup>1</sup>	17.087.800
<b>Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus</b>	4.452.700	4.472.900	4.715.100	4.804.400	5.040.000
<b>Krankentagegeldversicherung</b>	988.600	1.043.800	1.173.800	1.263.200	1.297.300
<b>Krankenhaus-tagegeldversicherung</b>	8.888.700	8.789.900	8.906.700	8.948.500	8.841.700
<b>Pflegezusatzversicherung</b>	655.700	690.000	749.600	787.100	832.900

<sup>1</sup> Umstellung der Zählweise, nach alter Zählung 16.141.000

## 6.2 Beitragseinnahmen

<b>Beitragseinnahmen</b> in Mio. Euro	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Krankenversicherung</b>	<b>19.763,2</b>	<b>21.096,6</b>	<b>22.892,8</b>	<b>24.541,6</b>	<b>25.480,2</b>
davon					
Krankheitsvollversicherung	14.681,9	15.891,4	17.523,3	18.907,0	19.665,2
<b>Pflegeversicherung</b>	<b>1.955,1</b>	<b>1.985,2</b>	<b>1.847,9</b>	<b>1.871,4</b>	<b>1.867,5</b>
<b>insgesamt</b>	<b>21.718,3</b>	<b>23.081,8</b>	<b>24.740,7</b>	<b>26.413,0</b>	<b>27.347,7</b>

2006	2007	2008	2009	2010	2011
18.400.500	20.009.400	20.983.200	21.478.400	21.969.400	22.498.900
5.096.500	5.167.600	5.382.700	5.565.400	5.643.500	5.712.800
3.337.000	3.371.300	3.404.000	3.450.800	3.536.600	3.599.300
8.743.800	8.648.100	8.545.700	8.449.900	8.333.900	8.246.300
988.800	1.174.000	1.316.200	1.500.500	1.699.500	1.880.400

Z11/6103

2006	2007	2008	2009	2010	2011
26.611,5	27.578,4	28.360,3	29.393,7	31.174,3	32.562,3
20.509,6	21.209,3	21.790,0	22.564,2	24.072,1	25.150,9
1.871,3	1.882,9	1.970,2	2.074,2	2.096,0	2.105,1
28.482,8	29.461,3	30.330,5	31.467,9	33.270,3	34.667,4

Z11/6201

### 6.3 Versicherungsleistungen

Versicherungsleistungen in Mio. Euro	2001	2002	2003	2004
<b>ambulante Leistungen</b>	<b>5.772,1</b>	<b>6.132,1</b>	<b>6.582,3</b>	<b>6.968,4</b>
davon				
Arztbehandlung	3.444,4	3.467,9	3.700,1	3.947,1
Heilpraktikerbehandlung		114,9	120,5	136,2
Arzneien und Verbandmittel	1.405,0	1.509,3	1.652,0	1.700,7
Heilmittel	458,6	495,3	523,2	564,0
Hilfsmittel	464,1	485,2	523,8	549,2
Sonstiges		59,5	62,7	71,2
<b>stationäre Leistungen</b>	<b>4.762,2</b>	<b>4.822,0</b>	<b>4.866,7</b>	<b>5.042,5</b>
davon				
allgem. Krankenhausleistungen	2.139,2	2.280,8	2.388,8	2.454,1
Wahlleistung Chefarzt	1.870,5	1.854,3	1.909,8	1.936,6
Wahlleistung Unterkunft	752,5	555,5	441,0	523,7
Ersatz-Krankenhaustagegeld		73,9	65,2	63,3
Sonstiges		57,5	61,9	64,8
<b>Zahnleistungen</b>	<b>2.030,4</b>	<b>2.086,2</b>	<b>2.160,0</b>	<b>2.316,8</b>
davon				
Zahnbehandlung	839,4	825,7	853,8	894,7
Zahnersatz	1.073,6	1.116,8	1.161,1	1.256,3
Kieferorthopädie	117,4	129,3	131,7	151,7
Sonstiges		14,4	13,4	14,1
<b>Krankentagegeld</b>	<b>701,8</b>	<b>736,7</b>	<b>729,8</b>	<b>726,0</b>
<b>Krankenhaustagegeld</b>	<b>526,7</b>	<b>519,0</b>	<b>508,9</b>	<b>511,8</b>
<b>Pflegezusatzversicherung</b>		<b>7,8</b>	<b>9,9</b>	<b>11,9</b>
<b>sonstige Leistungen</b>	<b>140,4</b>	<b>42,4</b>	<b>52,9</b>	<b>50,5</b>
<b>Besondere Versicherungsformen</b>		<b>376,4</b>	<b>381,6</b>	<b>397,0</b>
<b>Krankenversicherung</b>	<b>13.933,6</b>	<b>14.722,6</b>	<b>15.292,1</b>	<b>16.024,9</b>
<b>Pflegeversicherung</b>	<b>486,1</b>	<b>496,9</b>	<b>517,9</b>	<b>528,5</b>
<b>insgesamt</b>	<b>14.419,7</b>	<b>15.219,5</b>	<b>15.810,0</b>	<b>16.553,4</b>

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>7.382,8</b>	<b>7.682,8</b>	<b>8.273,9</b>	<b>8.921,1</b>	<b>9.316,0</b>	<b>9.556,7</b>	<b>9.864,4</b>
4.164,0	4.291,6	4.591,4	4.944,0	5.124,3	5.238,9	5.405,3
151,5	166,1	186,8	196,6	207,5	218,7	239,3
1.798,0	1.881,0	2.047,4	2.223,3	2.330,8	2.406,3	2.448,7
596,2	631,9	676,0	730,5	764,1	800,5	838,6
590,1	623,1	674,5	719,9	739,4	762,3	790,5
83,0	89,1	97,8	106,8	149,9	130,0	142,0
<b>5.203,8</b>	<b>5.388,7</b>	<b>5.556,0</b>	<b>5.838,5</b>	<b>6.114,0</b>	<b>6.425,8</b>	<b>6.695,1</b>
2.628,5	2.714,4	2.809,5	2.998,7	3.199,5	3.458,2	3.650,4
1.942,2	2.031,9	2.092,8	2.194,2	2.254,1	2.293,0	2.345,5
506,9	513,5	519,6	505,9	519,6	525,9	542,9
58,7	58,9	56,7	55,6	51,2	51,1	51,5
67,5	70,0	77,4	84,1	89,6	97,6	104,8
<b>2.436,9</b>	<b>2.501,4</b>	<b>2.716,6</b>	<b>2.902,1</b>	<b>3.039,4</b>	<b>3.214,4</b>	<b>3.408,3</b>
937,9	974,5	1.029,5	1.081,7	1.104,8	1.145,0	1.198,0
1.321,4	1.340,1	1.491,8	1.620,3	1.725,3	1.852,6	1.984,5
166,1	174,1	186,5	191,9	202,1	210,1	219,0
11,5	12,7	8,8	8,2	7,2	6,7	6,8
<b>717,9</b>	<b>707,5</b>	<b>705,4</b>	<b>744,5</b>	<b>803,8</b>	<b>840,2</b>	<b>864,0</b>
<b>508,9</b>	<b>494,1</b>	<b>500,6</b>	<b>512,4</b>	<b>507,4</b>	<b>504,3</b>	<b>505,3</b>
<b>14,6</b>	<b>17,2</b>	<b>20,3</b>	<b>24,2</b>	<b>29,6</b>	<b>35,4</b>	<b>44,4</b>
<b>52,7</b>	<b>51,0</b>	<b>47,7</b>	<b>58,3</b>	<b>66,6</b>	<b>50,5</b>	<b>62,6</b>
<b>432,8</b>	<b>432,0</b>	<b>499,0</b>	<b>550,2</b>	<b>576,6</b>	<b>589,4</b>	<b>609,5</b>
<b>16.750,4</b>	<b>17.274,7</b>	<b>18.319,5</b>	<b>19.551,3</b>	<b>20.453,4</b>	<b>21.216,7</b>	<b>22.053,6</b>
<b>549,8</b>	<b>563,8</b>	<b>578,1</b>	<b>617,7</b>	<b>667,7</b>	<b>698,8</b>	<b>720,5</b>
<b>17.300,2</b>	<b>17.838,5</b>	<b>18.897,6</b>	<b>20.169,0</b>	<b>21.121,1</b>	<b>21.915,5</b>	<b>22.774,1</b>

<b>Veränderungsrate Versicherungsleistungen je Person</b> in Prozent	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>ambulante Leistungen</b>	<b>+ 7,07</b>	<b>+ 3,31</b>	<b>+ 4,66</b>	<b>+ 3,70</b>
davon				
Arztbehandlung	+ 6,37	- 2,09	+ 4,03	+ 4,49
Heilpraktikerbehandlung			+ 2,24	+ 10,71
Arzneien und Verbandmittel	+ 8,88	+ 4,47	+ 6,72	+ 0,84
Heilmittel	+ 8,78	+ 5,02	+ 3,00	+ 5,59
Hilfsmittel	+ 5,29	+ 1,67	+ 5,27	+ 2,69
Sonstiges			+ 2,76	+ 11,25
<b>stationäre Leistungen</b>	<b>+ 0,05</b>	<b>- 0,02</b>	<b>- 0,91</b>	<b>+ 1,35</b>
davon				
allgem. Krankenhausleistungen	+ 0,77	+ 3,69	+ 2,12	+ 0,63
Wahlleistung Chefarzt	+ 0,18	- 3,19	+ 0,43	- 0,65
Wahlleistung Unterkunft	- 3,08	- 27,90	- 22,60	+ 16,35
Ersatz-Krankenhaustagegeld			- 13,96	- 4,99
Sonstiges			+ 4,89	+ 2,59
<b>Zahnleistungen</b>	<b>+ 7,05</b>	<b>- 0,08</b>	<b>+ 0,96</b>	<b>+ 5,06</b>
davon				
Zahnbehandlung	+ 3,58	- 4,34	+ 0,82	+ 2,64
Zahnersatz	+ 11,07	+ 1,16	+ 1,37	+ 5,98
Kieferorthopädie	- 1,91	+ 7,12	- 0,67	+ 12,78
Sonstiges			- 9,24	+ 2,99
<b>Krankentagegeld</b>	<b>+ 0,09</b>	<b>+ 2,08</b>	<b>- 3,41</b>	<b>- 2,56</b>
<b>Krankenhaustagegeld</b>	<b>- 5,77</b>	<b>- 4,17</b>	<b>- 4,38</b>	<b>- 1,50</b>
<b>Pflegezusatzversicherung</b>			<b>+ 23,00</b>	<b>+ 17,89</b>
<b>sonstige Leistungen</b>	<b>+ 3,59</b>	<b>- 70,66</b>	<b>+ 21,77</b>	<b>- 6,52</b>
<b>Besondere Versicherungsformen</b>			<b>- 1,14</b>	<b>+ 1,89</b>
<b>Krankenversicherung</b>	<b>+ 3,54</b>	<b>+ 2,76</b>	<b>+ 1,28</b>	<b>+ 2,64</b>
<b>Pflegeversicherung</b>	<b>+ 0,77</b>	<b>- 0,58</b>	<b>+ 1,62</b>	<b>- 0,05</b>
<b>Versicherungsleistungen insgesamt</b>	<b>+ 3,45</b>	<b>+ 2,64</b>	<b>+ 1,29</b>	<b>+ 2,56</b>
davon Gesamt für Krankheitskosten	+ 4,59	+ 0,76	+ 2,26	+ 3,13

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>+4,27</b>	<b>+2,65</b>	<b>+6,58</b>	<b>+6,88</b>	<b>+2,86</b>	<b>+0,79</b>	<b>+2,27</b>
+3,83	+1,66	+5,88	+6,74	+2,09	+0,45	+2,22
+9,50	+8,12	+11,32	+4,33	+3,93	+3,56	+8,42
+4,05	+3,19	+7,72	+7,64	+3,26	+1,43	+0,82
+4,03	+4,55	+5,87	+7,12	+3,02	+2,93	+3,79
+5,75	+4,16	+7,13	+5,80	+1,16	+1,29	+2,74
+14,71	+5,91	+8,61	+8,28	+38,21	-14,55	+8,24
<b>+2,19</b>	<b>+2,01</b>	<b>+2,34</b>	<b>+4,36</b>	<b>+3,37</b>	<b>+4,15</b>	<b>+3,61</b>
+5,42	+1,86	+2,44	+5,80	+5,10	+6,19	+4,58
-1,49	+2,99	+2,43	+3,60	+0,78	-0,34	+1,62
-4,92	-0,26	+0,62	-3,80	+0,77	-0,84	+2,58
-8,82	-1,23	-4,37	-3,05	-9,66	-2,24	0,00
+2,53	+2,22	+9,52	+7,70	+4,90	+7,30	+6,44
<b>+3,52</b>	<b>+1,25</b>	<b>+7,48</b>	<b>+5,90</b>	<b>+3,16</b>	<b>+3,94</b>	<b>+5,05</b>
+3,17	+2,48	+4,56	+4,15	+0,60	+1,86	+3,67
+3,52	+0,04	+10,17	+7,67	+4,88	+5,53	+6,13
+7,77	+3,41	+6,00	+2,01	+3,72	+2,18	+3,29
-19,77	+9,42	-31,79	-7,77	-12,63	-8,43	0,00
<b>-2,67</b>	<b>-2,79</b>	<b>-1,33</b>	<b>+4,63</b>	<b>+6,35</b>	<b>+3,01</b>	<b>+1,89</b>
<b>-2,14</b>	<b>-4,23</b>	<b>+0,27</b>	<b>+1,46</b>	<b>-2,47</b>	<b>-2,05</b>	<b>-0,72</b>
<b>+21,38</b>	<b>+15,91</b>	<b>+16,67</b>	<b>+18,49</b>	<b>+20,21</b>	<b>+17,99</b>	<b>+24,25</b>
<b>+2,76</b>	<b>-4,57</b>	<b>-7,44</b>	<b>+21,07</b>	<b>+12,54</b>	<b>-25,29</b>	<b>+22,98</b>
<b>+7,30</b>	<b>-1,54</b>	<b>+14,31</b>	<b>+9,31</b>	<b>+3,23</b>	<b>+0,73</b>	<b>+2,46</b>
<b>+2,88</b>	<b>+1,73</b>	<b>+4,95</b>	<b>+5,79</b>	<b>+3,04</b>	<b>+2,23</b>	<b>+2,98</b>
<b>+2,39</b>	<b>+1,15</b>	<b>+1,48</b>	<b>+5,91</b>	<b>+6,48</b>	<b>+3,14</b>	<b>+2,15</b>
<b>+2,86</b>	<b>+1,71</b>	<b>+4,84</b>	<b>+5,80</b>	<b>+3,15</b>	<b>+2,26</b>	<b>+2,96</b>
+3,49	+2,19	+5,37	+5,83	+3,09	+2,16	+3,22

## 6.4 Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

<b>RfB</b> in Mio. Euro	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Entnahmen</b>	<b>2799,5</b>	<b>2000,4</b>	<b>2311,6</b>	<b>2.084,0</b>	<b>2.409,0</b>
davon					
zur Verrechnung inkl. Mittel nach § 12a Abs. 2 VAG	2.071,7	1.137,9	1.495,4	833,2	1.185,9
zur Verrechnung gemäß § 12a Abs. 3 VAG				410,8	311,3
zur Baraus- schüttung	727,8	862,5	816,2	840,0	911,8
<b>Zuführung</b>	<b>2.304,9</b>	<b>1.660,2</b>	<b>2.380,5</b>	<b>3.233,6</b>	<b>3.444,2</b>
<b>Bestand</b>	<b>7.302,6</b>	<b>6.380,8</b>	<b>6.039,6</b>	<b>7.190,0</b>	<b>8.225,2</b>

## 6.5 Alterungsrückstellungen

<b>Alterungsrück- stellungen</b> in Mio. Euro	<b>2001</b>	<b>2002<sup>1</sup></b>	<b>2003<sup>1</sup></b>	<b>2004<sup>1</sup></b>	<b>2005<sup>1</sup></b>
<b>Zuführung</b>	<b>8.668,9</b>	<b>8.077,3</b>	<b>8.841,3</b>	<b>8.673,1</b>	<b>9.559,3</b>
davon					
Kranken- versicherung	6.615,7	6.773,6	6.933,1	7.514,1	7.892,8
Pflege- versicherung	2.053,2	1.303,7	1.908,2	1.159,0	1.666,5
<b>Bestand</b>	<b>68.219,9</b>	<b>76.297,2</b>	<b>85.138,5</b>	<b>93.811,6</b>	<b>103.370,9</b>
davon					
Kranken- versicherung	59.634,1	66.407,7	73.340,8	80.854,9	88.747,7
Pflege- versicherung	8.585,8	9.889,5	11.797,7	12.956,7	14.623,2

<sup>1</sup> Diese Jahreswerte wurden nachträglich korrigiert. Durch einen Meldefehler war ein Teil der Alterungsrückstellungen statt der Krankenversicherung der Pflegeversicherung zugeordnet worden. Der Fehler betraf aber nicht die jeweilige Gesamtsumme der Alterungsrückstellungen.

2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>2.497,9</b>	<b>2.379,4</b>	<b>3.498,5</b>	<b>2.850,8</b>	<b>4.230,5</b>	<b>2.766,1</b>
1.118,4	1.049,8	2.026,3	1.310,5	2.493,6	1.188,7
414,0	294,0	309,4	264,4	468,4	186,6
965,5	1.035,6	1.162,8	1.275,9	1.268,5	1.390,8
<b>3.662,0</b>	<b>3.686,0</b>	<b>2.492,5</b>	<b>2.913,7</b>	<b>3.760,1</b>	<b>4.156,8</b>
<b>9.389,3</b>	<b>10.695,9</b>	<b>9.690,0</b>	<b>9.752,9</b>	<b>9.282,5</b>	<b>10.673,2</b>

Z11/6401

2006 <sup>1</sup>	2007	2008	2009	2010	2011
<b>10.061,8</b>	<b>10.212,6</b>	<b>10.733,9</b>	<b>10.945,0</b>	<b>12.680,6</b>	<b>11.422,6</b>
8.813,6	8.933,5	8.696,2	9.732,0	10.547,5	9.934,1
1.248,2	1.279,1	2.037,7	1.213,0	2.133,1	1.488,5
<b>113.432,7</b>	<b>123.645,3</b>	<b>134.379,2</b>	<b>145.324,2</b>	<b>158.004,8</b>	<b>169.427,4</b>
97.561,3	106.494,8	115.191,0	124.923,0	135.470,5	145.404,6
15.871,4	17.150,5	19.188,2	20.401,2	22.534,3	24.022,8

Z11/6501



## 6.6 Verwaltungs- und Abschlussaufwendungen

in Mio. Euro	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Abschlussaufwendungen</b>	2.087,2	2.232,7	2.295,3	2.328,8	2.361,0
<b>Verwaltungsaufwendungen</b>	734,8	750,8	758,0	758,6	781,7

## 6.7 Kapitalneuanlagen und Kapitalanlagen

Kapitalneuanlagen in Prozent	2001	2002	2003	2004
<b>Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten</b>	0,78	0,66	0,64	0,60
<b>Anteil an verbundenen Unternehmen</b>	1,75	1,37	0,87	0,62
<b>Ausleihungen an verbundene Unternehmen</b>	1,62	1,89	0,71	0,39
<b>Beteiligungen</b>	0,70	3,03	0,64	0,98
<b>Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis</b>	3,26	3,66	3,46	2,91
<b>Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere</b>	31,15	23,20	13,60	15,71
<b>Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere</b>	17,18	17,22	13,75	7,60
<b>Hypotheken-, Grundschuld- und Rentenschuldforderungen</b>	1,04	0,80	1,07	1,87
<b>Namenschuldverschreibungen</b>	13,45	20,64	27,23	20,77
<b>Schuldscheinforderungen und Darlehen</b>	20,68	22,34	34,22	38,69
<b>übrige Ausleihungen</b>	0,59	0,46	0,55	0,54
<b>Einlagen bei Kreditinstituten</b>	6,83	3,95	2,58	6,95
<b>andere Kapitalanlagen</b>	0,97	0,78	0,68	2,37
<b>insgesamt</b>	100,00	100,00	100,00	100,00

2006	2007	2008	2009	2010	2011
2.416,1	2.383,4	2.528,6	2.668,5	2.649,0	2.756,2
786,1	783,1	790,2	802,6	815,0	849,2

Z11/6601

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
0,66	0,24	0,15	0,54	0,32	0,46	0,31
0,19	0,55	0,60	1,36	0,36	1,83	1,15
0,42	0,18	0,63	1,78	0,25	0,27	0,47
0,37	1,23	0,97	1,19	0,67	0,74	0,72
2,06	2,22	2,33	3,19	1,82	1,20	0,21
16,70	20,80	15,08	14,78	12,49	15,27	16,68
18,00	6,81	5,93	8,84	14,89	17,87	15,63
1,26	2,20	1,35	1,31	1,16	1,86	2,51
19,83	24,91	25,73	21,63	21,93	26,19	24,84
20,30	16,50	18,19	18,02	23,24	14,53	17,83
0,29	0,51	0,45	0,11	0,00	0,02	0,02
6,04	2,48	3,14	17,52	13,29	4,81	4,72
13,88	21,37	25,45	9,73	9,58	14,95	14,91
100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Z11/6701

<b>Kapitalanlagen</b> in Mio. Euro	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte und Bauten</b>	1.888,5	1.767,2	1.838,7	1.870,0
<b>Anteil an verbundenen Unternehmen</b>	1.349,9	1.442,8	1.546,4	1.502,7
<b>Ausleihungen an verbundene Unternehmen</b>	885,2	544,6	689,4	727,7
<b>Beteiligungen</b>	977,3	1.579,2	1.417,0	1.527,0
<b>Ausleihungen an Unternehmen mit Beteiligungsverhältnis</b>	470,1	834,3	878,6	833,8
<b>Aktien, Investmentanteile u. a. nicht festverzinsliche Wertpapiere</b>	20.020,8	21.499,1	21.445,7	22.601,6
<b>Inhaberschuldverschreibungen u. a. festverzinsliche Wertpapiere</b>	5.944,0	4.159,3	4.514,1	4.427,1
<b>Hypotheken-, Grundschul- und Rentenschuldforderungen</b>	1.663,3	1.846,5	2.032,6	2.389,9
<b>Namenschuldverschreibungen</b>	25.226,1	27.580,7	31.370,7	33.060,5
<b>Schuldscheinforderungen und Darlehen</b>	20.090,5	23.696,3	28.873,7	35.440,1
<b>übrige Ausleihungen</b>	816,3	864,5	1.001,8	1.113,8
<b>Einlagen bei Kreditinstituten</b>	1.195,0	1.988,0	1.927,5	1.849,6
<b>andere Kapitalanlagen</b>	434,1	432,7	216,1	713,6
<b>insgesamt</b>	<b>80.961,1</b>	<b>88.235,2</b>	<b>97.752,3</b>	<b>108.057,4</b>

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1.893,0	1.716,8	1.590,0	1.514,2	1.551,9	1.600,9	1.625,4
1.381,2	1.321,0	1.333,1	1.639,8	1.633,1	2.075,1	2.059,8
547,5	540,3	635,8	1.050,3	1.077,4	1.155,4	1.170,3
1.196,8	1.435,9	1.350,3	1.528,8	1.648,8	1.747,4	1.909,8
642,3	687,4	58,7	361,9	518,9	476,6	499,0
25.419,6	27.115,6	29.331,1	30.327,5	30.458,5	33.671,0	36.001,1
6.424,9	6.504,6	7.048,2	8.240,1	10.273,0	14.153,4	17.475,4
2.661,0	3.214,0	3.387,6	3.540,7	3.686,9	3.943,3	4.446,6
36.779,8	41.976,8	47.256,6	49.463,5	54.681,4	58.998,7	65.130,4
39.428,6	42.859,8	46.705,8	49.199,5	54.342,0	54.302,9	53.837,4
1.186,9	1.328,4	1.565,5	1.695,4	1.460,2	1.042,8	960,4
1.374,6	1.459,5	1.641,1	2.496,3	1.458,3	1.788,4	2.612,5
252,1	356,7	437,8	432,1	516,2	526,3	573,8
<b>119.188,3</b>	<b>130.516,8</b>	<b>142.341,6</b>	<b>151.490,1</b>	<b>163.306,6</b>	<b>175.482,2</b>	<b>188.301,9</b>

Z11/6702

## 6.8 Kennzahlen

Kennzahlen in Prozent	2001	2002	2003	2004
<b>Sicherheit und Finanzierbarkeit</b>				
Eigenkapitalquote	13,83	13,40	13,26	13,21
RfB-Quote	27,20	23,01	20,46	23,81
RfB-Zuführungsquote	7,91	6,03	8,06	10,92
RfB-Entnahmeanteile...				
- Einmalbeitrag	74,29	57,13	64,82	50,02
- Barausschüttung	25,71	42,87	35,18	49,98
Überschussverwendungsquote	93,45	91,86	91,49	91,96
<b>Erfolg und Leistung</b>				
versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote	3,77	5,00	8,14	10,66
Nettoverzinsung	6,24	4,53	4,85	4,78
Schadenquote	83,28	82,11	79,56	77,69
Quote der Abschlussaufwendungen	9,58	9,64	9,24	8,79
Quote der Verwaltungsaufwendungen	3,37	3,24	3,05	2,86
<b>Wachstum</b>				
verdiente Bruttobeiträge	4,94	6,23	7,25	6,74
versicherte Personen...				
- Krankheitsvollversicherung	2,89	2,77	2,35	1,83
- Zusatzversicherung	1,30	0,63	3,69	9,84
- insgesamt	1,86	1,38	3,21	6,99
<b>Vorsorgequote</b>	38,83	34,51	37,26	40,18

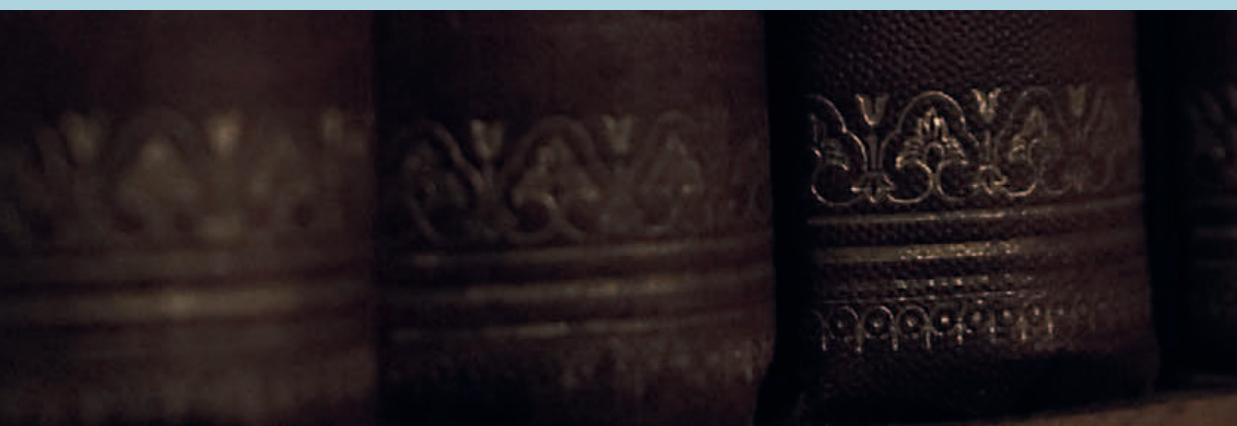
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
13,76	14,17	14,90	14,50	14,59	14,54	14,71
26,38	29,55	32,82	29,21	28,41	26,11	29,03
10,94	11,42	11,15	7,67	8,26	10,30	11,07
56,87	54,07	51,00	64,32	51,60	67,45	27,89
43,13	45,93	49,00	35,68	48,40	32,55	52,11
92,00	91,93	89,64	89,03	87,04	88,38	88,47
10,14	10,96	10,43	9,21	8,26	10,81	12,15
5,11	4,82	4,75	3,56	4,27	4,23	4,08
78,40	77,82	78,83	79,85	80,72	78,78	77,45
8,61	8,46	8,08	8,33	8,47	7,96	7,95
2,85	2,76	2,66	2,60	2,55	2,45	2,45
3,50	4,09	3,27	2,93	3,78	5,70	4,19
1,38	1,57	0,71	1,04	2,06	0,96	0,91
7,48	9,30	7,45	6,40	2,38	2,41	2,41
5,40	6,76	5,34	4,80	2,29	1,99	1,98
41,87	42,50	42,44	35,70	38,78	40,21	40,50

Z11/6801





## Anhang







# I. Grundlagen

Das Grundlagenkapitel ermöglicht eine bessere Einordnung der Zahlen zur Privaten Krankenversicherung: Der erste Teil des Kapitels befasst sich mit der demografischen Situation in Deutschland, es folgen Angaben zur Beschäftigung und zum Einkommen der Arbeitnehmer. Der zweite Teil des Kapitels widmet sich speziell dem Gesundheitswesen und informiert unter anderem über die Zahl der Leistungserbringer, die Höhe der Gesundheitsausgaben und deren Mitfinanzierung durch die PKV. Das Grundlagenkapitel endet mit einem Überblick über die wichtigsten Zahlen und Rechengrößen zur Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung.

## I.1 Zahlen zur Bevölkerung in Deutschland

<b>Bevölkerung am 31. Dezember</b> in 1.000 Personen	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>insgesamt</b>	<b>81.802,3</b>	<b>81.751,6</b>	<b>81.843,7</b>
davon			
Frauen	41.698,7	41.639,2	41.637,1
Männer	40.103,6	40.112,4	40.206,7
<b>Geburten<sup>1</sup></b>	<b>665,1</b>	<b>677,9</b>	<b>662,7</b>
<b>Altersstruktur in Jahren</b>			
unter 6	4.117,3	4.099,6	4.089,7
6 bis unter 15	6.905,3	6.841,6	6.742,4
15 bis unter 25	9.251,5	9.136,4	9.040,4
25 bis unter 45	21.818,3	21.387,6	21.081,8
45 bis unter 65	22.808,0	23.442,2	24.008,9
ab 65	16.901,7	16.844,3	16.880,6

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: Oktober 2012)

---

1 Lebendgeborene

Z11/A1101

<b>Restlebenserwartung in Jahren im Alter von ... Jahren<sup>1</sup></b>	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
<b>0</b>	82,73	77,72
<b>5</b>	78,04	73,08
<b>10</b>	73,07	68,11
<b>15</b>	68,10	63,15
<b>20</b>	63,16	58,25
<b>25</b>	58,22	53,40
<b>30</b>	53,29	48,56
<b>35</b>	48,38	43,72
<b>40</b>	43,50	38,93
<b>45</b>	38,69	34,22
<b>50</b>	33,98	29,67
<b>55</b>	29,41	25,37
<b>60</b>	24,96	21,31
<b>65</b>	20,68	17,48
<b>70</b>	16,53	13,89
<b>75</b>	12,60	10,58
<b>80</b>	9,13	7,77
<b>85</b>	6,29	5,52
<b>90</b>	4,25	3,84
<b>95</b>	2,97	2,71
<b>100</b>	2,14	1,98

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: Oktober 2012)

---

<sup>1</sup> nach Sterbetafel 2009/2011

Z11/A1102

<b>Beschäftigung in Deutschland</b> in 1.000 Personen	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Beschäftigte (sozialversicherungspflichtig)<sup>1</sup></b>	<b>27.501</b>	<b>27.853</b>	<b>28.558</b>
davon			
Frauen	12.642	12.837	13.139
Männer	14.859	15.016	15.419
<b>Arbeitslose<sup>2</sup></b>	<b>3.415</b>	<b>3.238</b>	<b>2.976</b>
davon			
Frauen	1.552	1.479	1.390
Männer	1.863	1.760	1.586

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen (Stand: Juni 2012)

1 Quartalsschnitt anhand der Zahlen für Ende März, Juni, September und Dezember  
2 Jahresdurchschnitt

Z11/A1103

<b>durchschnittliche Brutto- monatsverdienste der Arbeitnehmer<sup>1</sup></b> in Euro	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Frauen</b>	2.962	3.025	3.110
<b>Männer</b>	3.671	3.769	3.901
<b>insgesamt</b>	<b>3.456</b>	<b>3.543</b>	<b>3.661</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: März 2012)

1 Vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer im produzierenden Gewerbe und in den Dienstleistungen, inkl. Sonderzahlungen. Seit Beginn 2007 werden die Zahlen durch die neue Vierteljährliche Verdiensterhebung ermittelt. Dadurch sind sie nicht mehr direkt mit früher veröffentlichten Zahlen vergleichbar.

Z11/A1104

## I.2 Zahlen zum deutschen Gesundheitswesen

<b>in Gesundheitsberufen tätige Personen</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Ärzte</b>	<b>325.945</b>	<b>333.599</b>	<b>342.063</b>
davon niedergelassen	125.264	124.685	124.012
<b>Zahnärzte</b>	<b>67.172</b>	<b>67.820</b>	<b>68.502</b>
<b>Personen in sonstigen Gesundheitsberufen<sup>1,2</sup></b> (ohne Altenpfleger)	<b>2.215.000</b>	<b>2.254.000</b>	
<b>Altenpfleger<sup>2</sup></b>	<b>395.000</b>	<b>405.000</b>	

Quelle: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Statistisches Bundesamt  
(Stand: Dezember 2011/Oktober 2012)

1 u.a. Arzthelfer, Hebammen, Heilpraktiker, Gesundheits- und Krankenpfleger, Physiotherapeuten, medizinisch-technische und pharmazeutisch-technische Assistenten

2 Die Zahlen für 2011 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z11/A1201

<b>Anzahl der Krankenhäuser/ Krankenhausbetten</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011<sup>1</sup></b>
<b>Krankenhäuser</b>	2.084	2.064	2.041
<b>Betten in allgemeinen Krankenhäusern</b>	503.341	502.749	501.593

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: Oktober 2012)

1 Für 2011 liegen bislang nur vorläufige Zahlen vor.

Z11/A1202

<b>Anzahl der Apotheken</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Apotheken</b>	21.548	21.441	21.238

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) (Stand: Dezember 2011)

Z11/A1203

<b>Gesundheitsausgaben</b>	<b>2009</b>	<b>2010<sup>1</sup></b>
<b>insgesamt</b> in Mrd. Euro	278,4	287,3
<b>BIP</b> in Mrd. Euro	2.374,5	2.476,8
<b>Anteil Gesundheitsausgaben am BIP</b> in Prozent	11,7	11,6
<b>Gesundheitsausgaben je Einwohner</b> in Euro	3.400	3.510

Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand: April 2012)

1 Die Zahlen für 2011 lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Z11/A1204

### I.3 Zahlen zur Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Sozialen Pflegeversicherung

gesetzlich versicherte Personen <sup>1</sup>	2009	2010	2011
<b>Frauen</b>	<b>37.116.943</b>	<b>36.975.233</b>	<b>36.901.675</b>
davon			
mitversichert	11.225.960	10.959.306	10.660.887
freiwillig versichert <sup>2</sup>	1.396.033	1.411.268	1.578.442
<b>Männer</b>	<b>32.945.760</b>	<b>32.857.478</b>	<b>32.863.492</b>
davon			
mitversichert	7.339.906	7.238.597	7.102.310
freiwillig versichert <sup>2</sup>	3.022.512	3.041.035	3.398.780
<b>insgesamt</b>	<b>70.062.703</b>	<b>69.832.711</b>	<b>69.765.167</b>
davon			
mitversichert	18.565.866	18.197.903	17.763.197
freiwillig versichert <sup>2</sup>	4.418.545	4.452.303	4.977.222

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2011)

1 einschließlich Kinder  
2 mit Vorruhestandsgeldempfängern

Z11/A1301

Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenarten	2009	2010	2011
<b>Ortskrankenkassen</b>	15	13	12
<b>Betriebskrankenkassen</b>	138	124	119
<b>Innungskrankenkassen</b>	13	7	6
<b>Landwirtschaftliche Krankenkassen</b>	9	9	9
<b>Bundesknappschaft</b>	1	1	1
<b>Ersatzkassen<sup>1</sup></b>	8	6	6
<b>insgesamt</b>	<b>184</b>	<b>160</b>	<b>153</b>

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Dezember 2011)

1 Seit 2009 findet keine Differenzierung nach Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte mehr statt.

Z11/A1302

<b>Einnahmen und Ausgaben<sup>1</sup> der GKV in Mio. Euro</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Einnahmen</b>	<b>172.202,0</b>	<b>175.597,3</b>	<b>183.773,6</b>
davon			
Bundeszuschuss	7.200,0	15.700,0	15.300,0
<b>Ausgaben</b>	<b>170.784,2</b>	<b>175.993,0</b>	<b>179.608,5</b>
davon			
Leistungsausgaben	160.397,7	164.963,8	168.742,0
Netto-Verwaltungskosten	8.908,3	9.510,2	9.440,9

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Juli 2012)

1 Im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds differenziert die Statistik bei den Einnahmen seit 2009 nicht mehr nach Mitgliedern und Rentnern, seit 2010 auch nicht mehr bei den Ausgaben.

Z11/A1303

<b>Finanzsituation in der Sozialen Pflegeversicherung in Mrd. Euro</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Kapitalreserve am 1. Januar</b>	3,81	4,80	5,13
<b>Defizit</b>	-	-	-
<b>Überschuss</b>	0,99	0,34	0,31
<b>Kapitalreserve am 31. Dezember</b>	4,80	5,13	5,45

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Stand: Oktober 2012)

Z11/A1304



<b>Rechengrößen der Gesetzlichen Krankenversicherung</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Versicherungspflichtgrenze<sup>1</sup> in Euro</b>				
West	40.034	40.500		
Ost				
für Personen, die bereits am 31. Dezember 2002 als Arbeitnehmer privat vollversichert waren			41.400	41.850
für alle übrigen Arbeitnehmer			45.900	46.350
<b>Beitragsbemessungsgrenze<sup>1</sup> in Euro</b>				
West	40.034	40.500	41.400	41.850
Ost				
<b>(durchschnittlicher) allgemeiner Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung<sup>2</sup></b>				
West	13,6	14,0	14,4	14,3
Ost	13,7	14,0	14,1	14,0
<b>(durchschnittlicher) Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung</b>				
West	453,72	472,50	496,80	498,71
Ost	457,05	472,50	486,45	488,25

1 Angaben gemäß „Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für [Jahr] (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung [Jahr])“ der Bundesregierung

2 Seit dem 1. Januar 2009 müssen alle gesetzlichen Krankenkassen einen einheitlichen Beitragssatz erheben. Beim durchschnittlichen Beitragssatz der Vorjahre handelt es sich um einen beobachteten Wert, der vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wurde. Zum 1. Juli 2005 haben die gesetzlichen Kassen ihre Beitragssätze um 0,9 Prozent senken müssen. Zugleich wurde ein Zuschlag von 0,9 Prozent eingeführt, den die Versicherten selbst tragen müssen. Dieser Zuschlag ist hier eingerechnet.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
42.300	42.750	42.750	43.200	44.100	45.000	44.550	45.900
46.800	47.250	47.700	48.150	48.600	49.950	49.500	50.850
42.300	42.750	42.750	43.200	44.100	45.000	44.550	45.900
14,2	14,3	14,9	14,9 <sup>3</sup>	15,5/ 14,9 <sup>4</sup>	15,5	15,5	15,5
13,9	13,9	14,5					
500,55	509,44	530,81	536,40	569,63/ 547,58 <sup>4</sup>	558,75	575,44	592,88
489,98	495,19	516,56					

3 Ab dem 1. Januar 2008 wurde die Rechtskreisrennung aufgehoben, daher erfolgen auch keine getrennten statistischen Erhebungen mehr.

4 Der einheitliche Beitragssatz betrug von Januar bis Juni 2009 15,5 Prozent, von Juli bis Dezember 2009 14,9 Prozent.

Z11/A1305

## II. Glossar

### Abschlussaufwendungen

Zu den Abschlussaufwendungen zählt jeglicher Aufwand, der einem Versicherungsunternehmen direkt durch den Abschluss einer Versicherung entsteht – insbesondere die Vermittlerprovisionen.

### Alterungsrückstellungen

Die Private Kranken- und Pflegeversicherung bildet Alterungsrückstellungen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt. Der Versicherungsbeitrag wird so kalkuliert, dass er in jungen Jahren höher ist als die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen. Die Differenz wird zunächst in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die kalkulierten Kosten für Gesundheitsleistungen dann über dem Zahlbeitrag liegen, wird die Lücke durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen geschlossen. Die Einzelheiten der Bildung von Alterungsrückstellungen sind im Versicherungsaufsichtsgesetz und in der Kalkulationsverordnung geregelt.

### Barausschüttung

Die Barausschüttung ist das, was man klassischerweise unter Beitragsrückerstattung [G] versteht. Diese erhält ein Versicherter, wenn er über einen vertraglich vereinbarten Zeitraum hinweg keine Leistungen in Anspruch nimmt, das heißt bei seinem Versicherungsunternehmen keine Rechnungen einreicht. Erfolgt die Beitragsrückerstattung durch eine Geldauszahlung und nicht durch Verrechnung, so spricht man von Barausschüttung. Die Höhe der Barausschüttung hängt von der Dauer der Leistungsfreiheit und den tariflich vereinbarten Rückerstattungsbeträgen ab.

### Basistarif

Der brancheneinheitliche Basistarif wurde zum 1. Januar 2009 eingeführt. Er wird sowohl als 100-Prozent-Absicherung als auch in einer beihilfekonformen Variante angeboten. Für die Versicherungsunternehmen besteht in diesem Tarif hinsichtlich bestimmter Personengruppen Kontrahierungszwang – z.B. für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die der PKV zuzuordnen sind. Es darf im Basistarif weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse geben, die Leistungen orientieren sich am Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Weist ein Basistarifversicherter Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts nach, so wird der Beitrag während dieser Zeit halbiert. Der Basistarif löste den modifizierten Standardtarif [G] ab, dessen Versicherte zum Jahresbeginn 2009 in den Basistarif überführt wurden. Im Basistarif gelten limitierte Gebührensätze für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung.

### Beihilfe

Beamte und manche Angestellte des öffentlichen Dienstes erhalten im Krankheits- und Pflegefall sowie bei Geburt und Tod in der Regel eine finanzielle Unterstützung von ihrem Dienstherrn (in der Regel Bund, Bundesland oder Kommune). Diese Unterstützung wird Beihilfe genannt. Auch für Ehegatten und eingetragene Lebenspartner sowie für Kinder bis zum 25. Lebensjahr ohne eigenes oder mit nur geringem Einkommen erhalten die Beamten Beihilfe.

Die Beihilfe beträgt in der Regel 50 Prozent, für Beamte mit mindestens zwei Kindern 70 Prozent sowie für Ehegatten 70 Prozent und Kinder 80 Prozent. Pensionäre erhalten eine

Beihilfe in Höhe von 70 Prozent der Krankheitskosten. Die Beihilfe sieht zunehmend Eigenbeteiligungen der Beihilfeberechtigten vor. Seit 2009 sind Beihilfeempfänger gesetzlich verpflichtet, sich für den von der Beihilfe nicht abgedeckten Anteil ihrer Krankheitskosten zu versichern.

### **Beitragsbemessungsgrenze**

Die Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt an, bis zu welcher Höhe das Einkommen gesetzlich Versicherter für die Berechnung ihres Krankenversicherungsbeitrags berücksichtigt wird. Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich entsprechend der durchschnittlichen Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst. Für die Private Krankenversicherung ist sie im Zusammenhang mit dem Arbeitgeberzuschuss von Bedeutung: Aus der Beitragsbemessungsgrenze und dem allgemeinen Beitragsatz der Gesetzlichen Krankenversicherung errechnet sich der Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der maximale Arbeitgeberzuschuss für Privatversicherte beträgt die Hälfte des Höchstbeitrags, der anhand eines um 0,9 Prozentpunkte verminderten allgemeinen Beitragsatzes berechnet wird.

### **Beitragsrückerstattung**

Klassisch versteht man unter einer Beitragsrückerstattung eine Barausschüttung [G]. Eine weitere Art der Beitragsrückerstattung ist die Verrechnung. Sie erfolgt im Gegensatz zur Barausschüttung nicht individuell, sondern für Versichertenkollektive. Deshalb ist es irrelevant, ob der Einzelne Leistungen in Anspruch genommen hat oder nicht. Vielmehr sind die Ausgaben der Versicherung für das gesamte Kollektiv entscheidend. Durch die Verrechnung können Beitragserhöhungen verringert oder verhindert oder sogar Beitragssenkungen durchgeführt werden.

### **Bilanzwert**

Im Zahlenbericht werden traditionell die Bruttowerte (also die Angaben zum selbst abgeschlossenen Geschäft) ohne Angaben aus dem Rückversicherungsgeschäft veröffentlicht. Berücksichtigt man auch das in Rückdeckung gegebene Geschäft, so erhält man die Bilanzwerte, die ebenso wie die Bruttowerte in den Geschäftsberichten der Unternehmen ausgewiesen sind. Die Bilanzwerte finden im Zahlenbericht in der Kurzbilanz (Kapitel 1) Anwendung. Einige Tabellen in den übrigen Kapiteln enthalten neben den Bruttowerten auch die Ableitung der Bilanzwerte zwecks besserer Vergleichbarkeit mit der Kurzbilanz.

### **Bruttobeiträge, verdiente**

Die verdienten Bruttobeiträge sind die Summe aller Versicherungsbeiträge, die ein Unternehmen zum Bilanzstichtag eingenommen hat. Sie beinhalten nicht nur gebuchte Beiträge, sondern auch die Veränderung der Beitragsüberträge – also derjenigen Beiträge, die der Versicherer bereits zum Bilanzstichtag eingenommen hat, die aber für die Risikoperiode nach dem Bilanzstichtag gezahlt wurden.

### **Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ)**

Die Gebührenordnung für Ärzte und die Gebührenordnung für Zahnärzte bilden als Rechtsverordnungen des Bundesgesundheitsministeriums die Grundlage für die Vergütung der Leistungen, die im Zusammenhang mit der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung von Privatpatienten stehen. Jeder ärztlichen Leistung ist dabei eine bestimmte Punktzahl zugeordnet, die multipliziert mit einem einheitlichen Punktwert (derzeit gerundet 5,8 bzw. 5,6 Cent) einen einfachen Gebührensatz in Euro ergibt. Der Arzt errechnet sein Honorar dann endgültig, indem er diesen

einfachen Gebührensatz abhängig von Schwierigkeit, Zeitaufwand sowie den Umständen bei der Ausführung mit einem zulässigen Steigerungssatz multipliziert.

- Im Normalfall darf der Arzt bzw. Zahnarzt die Behandlung eines Patienten ohne Begründung **bis zum Regelhöchstsatz** abrechnen. Dieser liegt für persönlich erbrachte ärztliche Leistungen beim 2,3fachen Satz, für medizinisch-technische Leistungen beim 1,8fachen Satz und bei Laboruntersuchungen beim 1,15fachen Satz der GOÄ bzw. GOZ.
- Wenn die erbrachten Leistungen hinsichtlich Schwierigkeit, Zeitaufwand sowie der Umstände deutlich vom Regelfall abweichen, darf der Arzt bzw. Zahnarzt den Regelhöchstsatz überschreiten und **bis zum Höchstsatz** abrechnen. Für persönlich-ärztliche Leistungen ist eine Steigerung bis zum 3,5fachen Satz, für medizinisch-technische Leistungen bis zum 2,5fachen Satz und für Laboruntersuchungen bis zum 1,3fachen Satz möglich. Eine solche Steigerung über den Regelhöchstsatz hinaus muss stets begründet werden. Ist selbst der Höchstsatz für die Behandlung nicht angemessen, so darf der Arzt grundsätzlich auch diesen überschreiten. Allerdings muss er dies vor Beginn der Behandlung schriftlich begründen und die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einholen (Honorarvereinbarung).

### GPV

Die Abkürzung GPV steht für Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen zur Durchführung der Pflegeversicherung nach dem PflegeVG vom 26. Mai 1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB). Vor Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde beschlossen, dass die Versicherung dieser Personen über

die privaten Krankenversicherungsunternehmen erfolgen solle. KVB und PBeaKK sind geschlossene Versichertenkollektive, deren Bestände altern und sich reduzieren. Das Pflegerisiko dieser Versichertengruppe ist deshalb deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Auf Dauer könnten die Versicherten ihr Risiko nicht allein tragen. Um das finanzielle Risiko über alle Versicherungsunternehmen gleichmäßig zu verteilen, wird die Pflegeversicherung gesetzesgemäß als Gemeinschaftskalkulation mit Ausgleich betrieben.

### ICD – International Classification of Diseases

Die „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) – die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme – wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben. Sie kommt bei der Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung sowie bei der Todesursachenverschlüsselung zum Einsatz. Dahinter steht das Ziel, die Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit weltweit mit einer international einheitlichen Systematik erforschen zu können. Die aktuelle Version ist die ICD-10, wobei die Ziffer 10 für die zehnte Revision steht. Die deutsche Anpassung der ICD wird vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) jährlich aktualisiert.

### Kapitalanlagebestand, mittlerer

Die Bezeichnung „mittlerer Kapitalanlagebestand“ wird für den durchschnittlichen Kapitalanlagebestand verwendet. Während die Angaben in Kapitel 3.3 zu den Kapitalanlagen den Stand 31. Dezember des Berichtsjahres haben, wird beim mittleren Kapitalanlagebestand der Jahresdurchschnitt angegeben.

## Kapitaldeckungsverfahren

Im Gegensatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung, die nach dem Umlageverfahren arbeitet, wird die Private Krankenversicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren finanziert. Im Umlageverfahren werden alle laufenden Beitragseinnahmen in vollem Umfang für die laufenden Ausgaben verwendet. Es werden keine Rücklagen für die Zukunft gebildet. Im Kapitaldeckungsverfahren wird hingegen Vorsorge für die künftige Inanspruchnahme von Leistungen durch die Bildung von Alterungsrückstellungen [G] getroffen.

## Kennzahlen

Um externen Betrachtern eine Beurteilung der wirtschaftlichen Situation von privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erleichtern, hat die Branche speziell auf sie abgestimmte Kennzahlen definiert. Die zugrunde liegenden Daten können den Geschäftsberichten entnommen werden.

- Die **Eigenkapitalquote** errechnet sich aus dem Verhältnis von Eigenkapital und verdienten Bruttobeiträgen [G]. Sie ist ein Maß für die Solvabilität der Versicherungsunternehmen. Die Eigenkapitalbildung ist nach § 53c VAG gesetzlich vorgeschrieben. Demnach müssen Versicherungsunternehmen zum Ausgleich kurzfristiger Verluste eine bestimmte Menge Eigenkapital halten.
- Die **Nettoverzinsung** errechnet sich aus dem Verhältnis des Kapitalanlageergebnisses zum mittleren Kapitalanlagebestand [G]. Sie gibt an, welche Verzinsung die Unternehmen aus den Kapitalanlagen erzielen.
- Die **Quote der Abschlussaufwendungen** ergibt sich aus dem Verhältnis von Abschlussaufwendungen [G] und verdienten Bruttobeiträgen. Sie zeigt auf, wie viel Geld die Unternehmen für den Vertragsabschluss aufwenden.
- Die **Quote der Verwaltungsaufwendungen** errechnet sich aus dem Verhältnis der Verwaltungsaufwendungen [G] zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie gibt an, wie viel von den Beiträgen für die Verwaltung der Versicherungsverträge aufgewendet wird.
- Die **RfB-Entnahmeanteile** gliedern sich in zwei Kennzahlen: zum einen die **Barausschüttung [G]** als Verhältnis der Barausschüttung aus Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB) [G] zu der Gesamtentnahme aus den RfB; zum anderen die **Einmalbeiträge** als das Verhältnis aus Einmalbeiträgen aus den RfB zu der Gesamtentnahme aus den RfB. Die Kennzahlen zeigen auf, wofür die Versicherungsunternehmen die Entnahmen aus den RfB schwerpunktmäßig verwenden.
- Die **RfB-Quote** ergibt sich aus dem Verhältnis der RfB zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie bringt zum Ausdruck, in welchem Umfang die Unternehmen zusätzliche Mittel für Beitragsentlastungen in der Zukunft zur Verfügung haben.
- Die **RfB-Zuführungsquote** errechnet sich aus dem Verhältnis der RfB-Zuführung zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie gibt an, wie viel der RfB für die Finanzierung zukünftiger beitragsentlastender Maßnahmen oder Barausschüttungen zugeführt wird.
- Das Verhältnis des Schadenaufwandes zu den verdienten Bruttobeiträgen ergibt die **Schadenquote**. Sie zeigt auf, in welchem Umfang die Beitragseinnahmen unmittelbar in Versicherungsleistungen und Alterungsrückstellungen fließen.
- Die **Überschussverwendungsquote** errechnet sich aus dem Verhältnis des verwendeten Überschusses zum Rohergebnis nach Steuern. Sie

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

- Die **versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote** errechnet sich aus dem Verhältnis des versicherungsgeschäftlichen Ergebnisses zu den verdienten Bruttobeiträgen. Sie gibt an, wie viel von den Jahresbeitragseinnahmen nach Abzug der Aufwendungen übrig bleibt.
- Sämtliche Kennzahlen sind letztlich auch abhängig von der Bestands- und Beitragsentwicklung. Daher stellen die Kennzahlen zum **Wachstum** eine wichtige Grundlage für die Interpretation der übrigen Kennzahlen dar.

### Kostenversicherung

Bei den meisten Krankenversicherungsarten handelt es sich um Kostenversicherungen. Dies bedeutet, dass die tatsächlich entstandenen Kosten ganz oder teilweise erstattet werden. Die Alternative zur Kostenversicherung ist die Tagegeldversicherung. Hier wird unabhängig von den tatsächlichen Kosten pro Tag eine vertraglich vereinbarte Summe an den Versicherten ausgezahlt.

### Limitierung

Die Limitierung ist ein Verfahren zur Vermeidung bzw. Abmilderung von Beitragsanpassungen. Die Mittel für Limitierung werden aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung als Einmalbeiträge entnommen.

### Modifizierter Standardtarif

Der modifizierte Standardtarif wurde zum 1. Juli 2007 eingeführt. Diesen Tarif konnten bis Ende 2008 alle Personen ohne Krankenversicherungsschutz abschließen, die zuletzt privat versichert oder anderweitig der PKV zuzuordnen waren. Für die Versicherungsunternehmen bestand Kontrahierungszwang, Risikozuschläge durften nicht erhoben wer-

den. Seit dem 1. Januar 2009 gilt eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in Deutschland. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Basistarif [**G**] eingeführt, in den alle der PKV zuzuordnenden Nichtversicherten auf Antrag aufgenommen werden müssen. Alle Versicherten des modifizierten Standardtarifs gingen in den Basistarif über, der modifizierte Standardtarif wurde anschließend eingestellt.

### Nettoneuzugang

Der Nettoneuzugang beschreibt die Bestandsveränderung in der Privaten Krankheitsvollversicherung insgesamt – also unter Berücksichtigung von Geburten und Todesfällen sowie von Abgängen durch den Wechsel in die Gesetzliche Krankenversicherung und durch Vertragskündigungen. Dagegen werden beim Bruttoneuzugang alle Personen gezählt, die eine neue Krankheitsvollversicherung abgeschlossen haben, z.B. auch Wechsler innerhalb der Privaten Krankenversicherung, ohne davon die Abgänge zu subtrahieren.

### Rückdeckung

In Rückdeckung gegebenes Geschäft bedeutet: Gegen Zahlung einer Versicherungsprämie wird das Versicherungsrisiko an einen anderen Versicherer (Rückversicherer) abgegeben. Übernimmt ein Versicherer dagegen ein Risiko von einem anderen Versicherer gegen Zahlung eines Beitrags, so spricht man von einem in Rückdeckung genommenen Geschäft.

### Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB)

In diesen Rückstellungen sind die Beträge enthalten, die den Versicherungsnehmern als Beitragsrückerstattung oder zur Abmilderung von Beitragserhöhungen gutgeschrieben werden. Die Verwendung erfolgt aufgrund gesetzlicher, satzungsmäßiger, vertraglicher oder freiwilliger Verpflichtungen.

### Schadenregulierungsaufwendungen

Die Schadenregulierungsaufwendungen bezeichnen denjenigen Aufwand, der durch die Sachbearbeitung von Leistungsansprüchen entsteht – beispielsweise durch die Rechnungsprüfung. Die Versicherungsleistungen selbst fallen nicht darunter. Die Höhe der Schadenregulierungsaufwendungen hängt in erster Linie von der Versichertenstruktur ab: Je mehr kranke Versicherte eine Versicherung hat, desto höher sind ihre Schadenregulierungsaufwendungen.

### Schadenrückstellung

Mit Schadenrückstellung bezeichnet man kurz die Rückstellung für noch nicht abgewickelte Versicherungsfälle. Die Unternehmen bilden diese Rückstellungen für Versicherungsfälle, die vor dem Bilanzstichtag erfolgt sind, deren Begleichung aber erst nach dem Bilanzstichtag vorgenommen werden kann.

### Standardtarif

Der brancheneinheitliche Standardtarif wurde 1994 eingeführt. Die Leistungen orientieren sich am Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Den Standardtarif können Personen wählen, die ihre private Krankenversicherung vor 2009 abgeschlossen haben, seit mindestens zehn Jahren privat vollversichert sind und ein bestimmtes Mindestalter erreicht haben oder Bezieher einer gesetzlichen Rente bzw. eines Ruhegehaltes sind und ein Einkommen unterhalb der niedrigeren Versicherungspflichtgrenze beziehen.

Für Neukunden ab 2009 übernimmt der Basistarif [G] die soziale Schutzfunktion im Alter.

### Sterbetafel

Der PKV-Verband erstellt für die Private Krankenversicherung eine eigene Sterbetafel. Diese wird von den Mitgliedsunternehmen zur Beitragskalkulation genutzt. Während das Statistische Bundesamt die Bevölkerungssterbetafel nur aus beobachteten Werten der Vergangenheit bildet, projiziert der Verband für die PKV-Sterbetafel zusätzlich in die Zukunft. Der Verband beobachtet die Sterblichkeit laufend; ergeben sich zu große Unterschiede zwischen den Beobachtungen und der Sterbetafel, wird eine neue Sterbetafel erstellt. Die aktuelle Sterbetafel wird als Sterbetafel „PKV 2011“ bezeichnet.

### Versicherungspflichtgrenze

Arbeitnehmer sind grundsätzlich versicherungspflichtig in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Erst wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt – also das Einkommen aus der Arbeitnehmertätigkeit – eine gewisse Grenze übersteigt, werden sie versicherungsfrei und können zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung wählen. Diese Grenze bezeichnet man als Versicherungspflichtgrenze. Sie wird jährlich entsprechend dem durchschnittlichen Lohn- und Gehaltseinkommen angepasst.

Zum 1. Januar 2003 wurde die Versicherungspflichtgrenze außerordentlich um 450 Euro monatlich angehoben. Für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 aufgrund ihres Einkommens bereits privat vollversichert waren, gilt jedoch seitdem eine andere, niedrigere Grenze. Diese ist identisch mit der Beitragsbemessungsgrenze [G].

### Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG) ist eine der möglichen Rechtsformen von Krankenversicherungsunternehmen.



Anders als eine Aktiengesellschaft hat ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit keine Aktionäre, sondern die Versicherungsnehmer sind zugleich Mitglieder und damit Träger des Versicherungsvereins.

### **Verwaltungsaufwendungen**

Die Verwaltungsaufwendungen fassen jeglichen Aufwand zusammen, der einem Versicherungsunternehmen durch die Verwaltung und Bearbeitung eines Versicherungsvertrages entsteht – zum Beispiel Personalaufwand. In den Verwaltungsaufwendungen nicht enthalten sind die Aufwendungen für die Leistungssachbearbeitung – die Schadenregulierungsaufwendungen [G] – und die Abschlussaufwendungen [G].

### **Zehn-Prozent-Zuschlag**

Um Beitragssteigerungen im Alter zu verringern oder sogar zu verhindern, wurde zum 1. Januar 2000 in der Privaten Krankheitsvollversicherung per Gesetz ein Zehn-Prozent-Zuschlag auf den Beitrag eingeführt. Dieser Zuschlag wird in der Regel von vollversicherten Personen ab dem 22. Lebensjahr und bis zum 61. Lebensjahr bezahlt. Die verzinslich angelegten Beträge kommen den Versicherten nach Vollendung des 65. Lebensjahres zugute, sie werden ohne Abzug etwaiger Kosten zur Begrenzung des Beitragsanstieges verwendet.

Für Bestandskunden galt folgende Regelung:

1. Bestandsversicherte konnten den Zuschlag bei Einführung ablehnen. Diese Ablehnung gilt dauerhaft.
2. Ansonsten wurde der Zuschlag schrittweise auf den Beitrag aufgeschlagen, beginnend ab 2001 mit zwei Prozent und mit einer jährlichen Erhöhung um zwei Prozentpunkte. Dadurch zahlte der Bestand erst ab dem Jahr 2005 den vollen Zuschlag.

## III. Mitgliederverzeichnis

### Mitgliedsunternehmen:

(Stand: Oktober 2012)



#### Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Fritz-Schäffer-Straße 9, 81737 München  
Postanschrift: 80291 München  
Tel.: (089) 67 85-0 Fax: (089) 67 85-65 23  
www.allianzdeutschland.de  
service.apkv@allianz.de



#### ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Theodor-Heuss-Straße 96, 49377 Vechta  
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta  
Tel.: (04441) 9 05-0 Fax: (04441) 9 05-4 70  
www.alte-oldenburger.de  
info@alte-oldenburger.de



#### ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.

Theodor-Heuss-Straße 96, 49377 Vechta  
Postanschrift: Postfach 13 63, 49362 Vechta  
Tel.: (04441) 9 05-0 Fax: (04441) 9 05-4 70  
www.alte-oldenburger.de  
info@alte-oldenburger.de



#### ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München  
Postanschrift: Postfach 82 01 73, 81801 München  
Tel.: (089) 41 24-02 Fax: (089) 41 24-25 25  
www.arag.de  
service@arag.de



#### AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10 - 20, 51067 Köln  
Postanschrift: 50592 Köln  
Tel.: (01803) 55 66 22 Fax: (0221) 1 48-3 62 02  
www.axa-kranken.de  
service@axa-kranken.de



#### Barmenia Krankenversicherung a.G.

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal  
Postanschrift: 42094 Wuppertal  
Tel.: (0202) 4 38-00 Fax: (0202) 4 38-28 46  
www.barmenia.de  
info@barmenia.de



#### Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Wangauer Straße 30, 81539 München  
Postanschrift: Maximilianstraße 53, 81537 München  
Tel.: (089) 21 60-0 Fax: (089) 21 60-27 14  
www.vkb.de  
service@vkb.de



Gesundheit bewegt uns.

#### Central Krankenversicherung AG

Hansaring 40 - 50, 50670 Köln  
Postanschrift: 50593 Köln  
Tel.: (0221) 16 36-0 Fax: (0221) 16 36-2 00  
www.centraalkv.de  
info@central.de



#### CONCORDIA Krankenversicherungs-AG

#### CONCORDIA Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover  
Postanschrift: 30621 Hannover  
Tel.: (0511) 57 01-0 Fax: (0511) 57 01-19 05  
www.concordia.de  
kv@concordia.de



#### Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund  
Postanschrift: 44118 Dortmund  
Tel.: (0231) 9 19-0 Fax: (0231) 9 19-29 13  
www.continentale.de  
info@continentale.de



**DebeKa Krankenversicherungsverein a.G.**  
Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18, 56073 Koblenz  
Postanschrift: 56058 Koblenz  
Tel.: (0261) 4 98-0 Fax: (0261) 4 14 02  
www.debeka.de  
info@debeka.de



**Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.**  
Neue Rabenstraße 15 - 19, 20354 Hamburg  
Postanschrift: 20449 Hamburg  
Tel.: (040) 41 24-79 69 Fax: (040) 41 24-76 78  
www.deutscherring-kranken.de  
service@deutscherring.de



**DEVK Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft**  
Riehler Straße 190, 50735 Köln  
Postanschrift: 50729 Köln  
Tel.: (0221) 7 57-0 Fax: (0221) 7 57-22 00  
www.devk.de  
info@devk.de



**DKV Deutsche Krankenversicherung AG**  
Aachener Straße 300, 50933 Köln  
Postanschrift: 50594 Köln  
Tel.: (0221) 5 78-0 Fax: (0221) 5 78-36 94  
www.dkv.com  
kunden-center@dkv.com



**ENVIVAS Krankenversicherung AG**  
Gereonswall 68, 50670 Köln  
Tel.: (01802) 58 96 32 Fax: (0221) 16 36-25 61  
www.envivas.de  
info@envivas.de



**ERGO Direkt Krankenversicherung AG**  
Karl-Martell-Straße 60, 90344 Nürnberg  
Tel.: (0911) 1 48-01 Fax: (0911) 1 48-17 00  
www.ergodirekt.de  
info@ergodirekt.de



**FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG**  
Friedrich-Ebert-Anlage 3, 60327 Frankfurt  
Postanschrift: Postfach 11 07 52, 60042 Frankfurt  
Tel.: (069) 9 74 66-0 Fax: (069) 9 74 66-1 30  
www.famk.de  
info@famk.de



**Gothaer Krankenversicherung AG**  
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln  
Postanschrift: 50598 Köln  
Tel.: (0221) 3 08-00 Fax: (0221) 3 08-1 03  
www.gothaer.de  
info@gothaer.de



**HALLESCHER**  
Private Krankenversicherung

**HALLESCHER Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit**  
Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart  
Postanschrift: 70166 Stuttgart  
Tel.: (0711) 66 03-0 Fax: (0711) 66 03-2 90  
www.hallesche.de  
service@hallesche.de



**HanseMerkur Krankenversicherung AG**  
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg  
Postanschrift: 20352 Hamburg  
Tel.: (040) 41 19-0 Fax: (040) 41 19-32 57  
www.hansemerkur.de  
info@hansemerkur.de

**HanseMerkur Spezialie Krankenversicherung AG**  
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg  
Postanschrift: 20352 Hamburg  
Tel.: (040) 41 19-0 Fax: (040) 41 19-32 57  
www.hansemerkur.de  
info@hansemerkur.de



**HUK-COBURG-Krankenversicherung AG**  
Bahnhofsplatz, 96450 Coburg  
Postanschrift: 96444 Coburg  
Tel.: (09561) 96-0 Fax: (09561) 96-36 36  
www.huk.de  
info@huk-coburg.de



**INTER Krankenversicherung aG**  
 Erzbergerstraße 9 - 15, 68165 Mannheim  
 Postanschrift: 68120 Mannheim  
 Tel.: (0621) 4 27-4 27 Fax: (0621) 4 27-9 44  
 www.inter.de  
 info@inter.de

**KRANKEN- u. STERBEKASSE „Mathilde“ VVaG  
 Hainstadt am Main**

Ernst-Ludwig-Straße 5, 63512 Hainburg  
 Postanschrift: Postfach 45 00, 63509 Hainburg  
 Tel.: (06182) 47 29  
 www.mathilde-hainstadt.de  
 info@mathilde-hainstadt.de



**Krankenunterstützungskasse der  
 Berufsfeuerwehr Hannover (KUK)**  
 Karl-Wiechert-Allee 60 b, 30625 Hannover  
 Tel.: (0511) 9 12-16 80 oder -13 15  
 Fax: (0511) 9 12-16 82  
 www.kuk-bf-hannover.de  
 info@kuk-bf-hannover.de



**Landeskrankenhilfe V.V.a.G.**  
 Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg  
 Postanschrift: 21332 Lüneburg  
 Tel.: (04131) 7 25-0 Fax: (04131) 40 34 02  
 www.lkh.de  
 info@lkh.de

**LIGA**

KRANKENVERSICHERUNG KATHOLISCHER PRIESTER VVaG REGENSBURG

**LIGA Krankenversicherung  
 katholischer Priester VVaG**  
 Friedenstraße 18, 93053 Regensburg  
 Postanschrift: Dr.-Theobald-Schrems-Straße 3,  
 93055 Regensburg  
 Tel.: (0941) 40 95-2 01 Fax: (0941) 40 95-2 09  
 www.ligakranken.de  
 service@ligakranken.de



**LVM Krankenversicherungs-AG**  
 Kolde-Ring 21, 48151 Münster  
 Postanschrift: 48126 Münster  
 Tel.: (0251) 7 02-0 Fax: (0251) 7 02-10 99  
 www.lvm.de  
 info@lvm-krankenversicherung.de



**Mannheimer Krankenversicherung AG**  
 Augustaanlage 66, 68165 Mannheim  
 Postanschrift: 68127 Mannheim  
 Tel.: (0621) 4 57-51 00 Fax: (0621) 4 57-42 43  
 www.mannheimer.de  
 service@mannheimer.de



**Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG**  
 Berckhusenstraße 146, 30625 Hannover  
 Postanschrift: 30619 Hannover  
 Tel.: (0511) 53 51-0 Fax: (0511) 53 51-4 44  
 www.mecklenburgische.de  
 service@mecklenburgische.de



**MÜNCHENER VEREIN  
 Krankenversicherung a.G.**  
 Pettenkofersstraße 19, 80336 München  
 Postanschrift: 80283 München  
 Tel.: (089) 51 52-0 Fax: (089) 51 52-15 01  
 www.muenchener-verein.de  
 info@muenchener-verein.de



**NÜRNBERGER Krankenversicherung AG**  
 Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg  
 Postanschrift: 90334 Nürnberg  
 Tel.: (0911) 5 31-0 Fax: (0911) 5 31-32 06  
 www.nuernberger.de  
 info@nuernberger.de



**PAX-FAMILIENFÜRSORGE**  
**Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen**  
Doktorweg 2 - 4, 32756 Detmold  
Tel.: (05231) 9 75-0 Fax: (05231) 9 75-1 02  
www.familienfuersorge.de  
info@familienfuersorge.de



**Provincial Krankenversicherung**  
**Hannover AG**  
Schiffgraben 4, 30159 Hannover  
Postanschrift: 30140 Hannover  
Tel.: (0511) 3 62-0 Fax: (0511) 3 62-29 60  
www.vgh.de  
service@vgh.de



**R+V Krankenversicherung AG**  
Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden  
Postanschrift: 65181 Wiesbaden  
Tel.: (0611) 5 33-0 Fax: (0611) 5 33-45 00  
www.ruv.de  
ruv@ruv.de



**SIGNAL Krankenversicherung a.G.**  
Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund  
Postanschrift: 44121 Dortmund  
Tel.: (0231) 1 35-0 Fax: (0231) 1 35-46 38  
www.signal.de  
info@signal-iduna.de



**SONO Krankenversicherung a.G.**  
Hans-Böckler-Straße 51, 46236 Bottrop  
Tel.: (02041) 18 22-0 Fax: (02041) 18 22-20  
www.sonoag.de  
info@sonoag.de



**ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese**  
**Rottenburg-Stuttgart – Kranken- und Sterbe-**  
**kasse (KSK) – V.V.a.G.**  
Hohenzollernstraße 23, 70178 Stuttgart  
Tel.: (0711) 60 07 38 Fax: (0711) 6 07 44 12  
www.stmartinusvvaag.de  
info@stmartinusvvaag.de



**Süddeutsche Krankenversicherung a.G.**  
Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach  
Postanschrift: Postfach 19 23, 70709 Fellbach  
Tel.: (0711) 57 78-0 Fax: (0711) 57 78-7 77  
www.sdk.de  
sdk@sdk.de



**Union Krankenversicherung AG**  
Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken  
Postanschrift: 66099 Saarbrücken  
Tel.: (0681) 8 44-70 00 Fax: (0681) 8 44-25 09  
www.ukv.de  
service@ukv.de



**uniVersa Krankenversicherung a.G.**  
Sulzbacher Straße 1 - 7, 90489 Nürnberg  
Postanschrift: 90333 Nürnberg  
Tel.: (0911) 53 07-0 Fax: (0911) 53 07-16 76  
www.universa.de  
info@universa.de



**vigo Krankenversicherung VVaG**  
Konrad-Adenauer-Platz 12, 40210 Düsseldorf  
Postanschrift: Postfach 10 33 64, 40024 Düsseldorf  
Tel.: (0211) 35 59 00-0 Fax: (0211) 35 59 00-20  
www.vigo-krankenversicherung.de  
service@vigo-krankenversicherung.de



**Württembergische Krankenversicherung AG**  
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart  
Postanschrift: 70163 Stuttgart  
Tel.: (0711) 6 62-0 Fax: (0711) 6 62-25 20  
www.wuerttembergische.de  
krankenversicherung@wuerttembergische.de

## Außerordentliche Mitgliedsunternehmen:



### **Bayerische Beamten Versicherung AG**

Thomas-Dehler-Straße 25, 81737 München  
Tel.: (089) 67 87-0, Fax: (089) 67 87-91 50  
www.bbv.de  
info@bbv.de



### **CSS Versicherung AG**

Pflugstraße 20, LI-9490 Vaduz  
Tel.: (00423) 3 75 02 77 Fax: (00423) 3 75 02 78  
www.cssversicherung.com  
info@cssversicherung.com



### **DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG**

### **DFV Deutsche Familienversicherung AG**

Beethovenstraße 71, 60325 Frankfurt am Main  
Tel.: (01805) 76 85 55 Fax: (069) 74 30 46 46  
www.dfv.ag  
service@dfv.ag



### **Janitos Versicherung AG**

Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg,  
Postanschrift: Postfach 10 41 69, 69031 Heidelberg  
Tel.: (06221) 7 09 10 00 Fax: (06221) 7 09 10 01  
www.janitos.de  
info@janitos.de



### **WGV-Versicherung AG**

Tübinger Straße 55, 70178 Stuttgart  
Postanschrift: 70164 Stuttgart  
Tel.: (0711) 16 95-15 00 Fax: (0711) 16 95-83 60  
www.wgv.de  
kundenservice@wgv.de

## Verbundene Einrichtungen:



### **Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten**

Hauptverwaltung: Salvador-Allende-Straße 7,  
60487 Frankfurt/Main  
Postanschrift: Postfach 20 02 53, 60606 Frankfurt  
Tel.: (069) 2 47 03-1 11 Fax: (069) 2 47 03-1 99  
www.kvb.bund.de  
auskunft.frankfurt@kvb.bund.de



### **Postbeamtenkrankenkasse**

Maybachstraße 54/56, 70469 Stuttgart  
Tel.: (0711) 13 56-0 Fax: (0711) 13 56-33 95  
www.pbeakk.de  
pr@pbeakk.de

## IV. Stichwortverzeichnis

AIDS-Statistik .....	87 f.
Alterungsrückstellungen .....	18, 23, 32, 39, 43, 46 f., 51, 65 ff., 98 f., 118, 121
Basistarif.....	23, 31 ff., 118, 122, 123
Beitragsbemessungsgrenze .....	116 f., 119
Einbettzimmerzuschlag .....	84
Frauen.....	109 ff.
Lebenserwartung .....	81, 110
Selbstbehalt.....	42, 78 ff.
Versicherungsbestand .....	29, 33 ff.
Versicherungsleistungen .....	56, 72 ff., 86
Gesetzliche Krankenversicherung.....	114 ff.
Einnahmen und Ausgaben.....	57 ff., 115
Versicherte mit privatem Zusatzschutz.....	14, 17, 24, 35, 40 f.
Wechsler zwischen GKV und PKV.....	23, 28, 32, 90 f.
GPV .....	9, 41, 120
Jahresergebnis .....	19
Kennzahlen .....	21, 104 f., 121 f.
Kinder .....	109 f.
Versicherungsbestand .....	29, 33 ff.
Versicherungsleistungen .....	56
Männer.....	109 ff.
Lebenserwartung.....	81, 110
Selbstbehalt.....	42, 78 ff.
Versicherungsbestand .....	29, 33 ff.
Versicherungsleistungen .....	56, 72 ff., 86
Mitgliedsunternehmen.....	9 ff., 16, 22, 125 ff.
Rückstellungen für	
Beitragsrückerstattung.....	19 ff., 39, 43 f., 46 f., 51 f., 64 ff., 98 f., 104 f., 121, 122
Standardtarif.....	31, 123
modifizierter Standardtarif .....	23, 31 f., 122
Steuern .....	19 f.
Umlage.....	31
Private Pflegeversicherung.....	41
verbundene Einrichtungen.....	9, 16, 22, 33, 129
Versicherungspflichtgrenze .....	13, 29, 116 f., 123
Vorsorgequote.....	21, 67, 104 f.
Zehn-Prozent-Zuschlag .....	42, 66, 124
Zweibettzimmerzuschlag.....	85













Freitag, 23. November 2012

## Sozialversicherung

### Neue Beitragsbemessungsgrenzen

Die Löhne und Gehälter sind im vergangenen Jahr gestiegen. Deshalb ändern sich 2013 die Beitragsbemessungsgrenzen der Kranken- und Rentenversicherung sowie andere Rechengrößen der Sozialversicherung. Der Bundesrat billigte die entsprechende Verordnung.



Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung erhöhen sich

Foto: picture-alliance / dpa

Die neue Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) steigt um 200 Euro von 5.600 Euro/Monat (2012) auf 5.800 Euro/Monat in 2013. Die Beitragsbemessungsgrenze (Ost) steigt auf 4.900 Euro/Monat. 2012 lag sie 100 Euro niedriger. In der knappschaftlichen Rentenversicherung gelten folgende Beträge:  
Beitragsbemessungsgrenze (West): 7.100 Euro/Monat, (Ost): 6.050 Euro/Monat.

Das vorläufige Durchschnittsentgelt in der gesetzlichen Rentenversicherung wird für das Jahr 2013 bundeseinheitlich auf 34.071 Euro/Jahr festgesetzt.

### Versicherungspflichtgrenze für die GKV

Die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist bundeseinheitlich festgesetzt. Sie erhöht sich gegenüber 2012 (50.850 Euro) auf 52.200 Euro (4.350 Euro/Monat). Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die bereits am 31. Dezember 2002 versicherungsfrei waren, beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze 47.250 Euro in 2013 (2012: 45.900 Euro).

Die bundeseinheitliche Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht der (niedrigeren) Jahresarbeitsentgeltgrenze von 47.250 Euro/Jahr beziehungsweise 3.937,50 Euro/Monat.

## Bezugsgröße in der Sozialversicherung

Die Bezugsgröße ist für viele Werte in der Sozialversicherung wichtig. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird danach die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für freiwillige Mitglieder sowie für das Mindestarbeitsentgelt festgelegt. In der gesetzlichen Rentenversicherung hängt der Beitrag für Selbständige oder Pflegepersonen von ihr ab.

Die Bezugsgröße 2013 beträgt 2.695 Euro in den alten Bundesländern (2012: 2.625 Euro/Monat). In den neuen Bundesländern beträgt sie 2.275 Euro (2012: 2.240 Euro/Monat).

### Gesamtübersicht:

Rechengröße	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Vorläufiges Durchschnittsentgelt Rentenversicherung	34.071 Euro/Jahr	34.071 Euro/Jahr
Bezugsgröße Sozialversicherung	2.695 Euro/Monat	2.275 Euro/Monat
Beitragsbemessungsgrenze allgemeine Rentenversicherung	5.800 Euro/Monat	4.900 Euro/Monat
Beitragsbemessungsgrenze knappschaftliche Rentenversicherung	7.100 Euro/Monat	6.050 Euro/Monat
Beitragsbemessungsgrenze gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung	3.937,50 Euro/Monat	3.937,50 Euro/Monat
Versicherungspflichtgrenze gesetzliche Krankenversicherung	4.350 Euro/Monat	4.350 Euro/Monat

Das **vorläufige Durchschnittsentgelt** in der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht dem durchschnittlichen Bruttolohn eines Arbeitnehmers. Für 2013 wurde der Wert ermittelt, indem das Durchschnittsentgelt 2011 um das Doppelte des Prozentsatzes erhöht wird, um den sich das Durchschnittsentgelt 2010 zum Durchschnittsjahresentgelt 2011 erhöht hat.

Die **Beitragsbemessungsgrenze** markiert das Maximum, bis zu dem in den Sozialversicherungen Beiträge erhoben werden. Der über diesen Grenzbetrag hinausgehende Teil eines Einkommens ist beitragsfrei.

Wer über die **Versicherungspflichtgrenze** hinaus verdient, kann sich auch bei einer privaten Krankenversicherung versichern. Die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung ist zugleich die Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Die **Jahresarbeitsentgeltgrenze** ist gleichzeitig die Beitragsbemessungsgrundlage in der gesetzlichen Krankenversicherung.



Sie sind hier: [Startseite](#) [Glossar](#) **Nettoerproduktionsziffer, Nettoerproduktionsrate**

## Nettoerproduktionsziffer, Nettoerproduktionsrate

Diese Kennziffer ist ein Reproduktionsmaß und berücksichtigt im Gegensatz zur Bruttoerproduktionsziffer die Sterblichkeit der Frauen während des gebärfähigen Alters, bezieht also sowohl Geburten- als auch Sterbehäufigkeiten ein. Wie bei der Sterbetafel wird eine hypothetische Generation von in der Regel 100.000 Frauen betrachtet und es wird untersucht, wie viele Töchter diese Frauen zur Welt bringen würden, wenn die altersspezifischen Geburtenziffern und die Sterbeziffern des betrachteten Kalenderjahres über das gesamte gebärfähige Alter der Frauen gelten würden. Sind von den 100.000 Frauen im Laufe ihres Lebens wiederum 100.000 Mädchen zur Welt gebracht worden, beträgt die Nettoerproduktionsziffer 1, damit hätte ein einfacher Ersatz der Elterngeneration stattgefunden.

In Deutschland lag die Nettoerproduktionsziffer im Jahr 2010 bei 0,67, das heißt, die Müttergeneration wird nur zu rund zwei Dritteln durch die Töchtergeneration ersetzt. Diese Größenordnung ist jedoch nicht neu, im früheren Bundesgebiet liegt die Nettoerproduktionsziffer bereits seit Mitte der 1970er Jahre auf etwa diesem Niveau. Das letzte Mal über 1 – dem Bestandserhaltungsniveau – lag die Nettoerproduktionsrate im Früheren Bundesgebiet im Jahr 1969 und in der ehemaligen DDR im Jahr 1971.

### Alternativ

- [Bruttoerproduktionsziffer \[http://www.bib-demografie.de/DE/Service/Glossar/Functions/glossar.html;jsessionid=9B5C3D0F531ADEA37BBC6A405E9F2E92.2\\_cid284?lv2=3071658&lv3=3073618\]](http://www.bib-demografie.de/DE/Service/Glossar/Functions/glossar.html;jsessionid=9B5C3D0F531ADEA37BBC6A405E9F2E92.2_cid284?lv2=3071658&lv3=3073618)
- [Bestandserhaltungsniveau \[http://www.bib-demografie.de/DE/Service/Glossar/Functions/glossar.html;jsessionid=9B5C3D0F531ADEA37BBC6A405E9F2E92.2\\_cid284?lv2=3071658&lv3=3073616\]](http://www.bib-demografie.de/DE/Service/Glossar/Functions/glossar.html;jsessionid=9B5C3D0F531ADEA37BBC6A405E9F2E92.2_cid284?lv2=3071658&lv3=3073616)

### Abbildung

- [Nettoerproduktionsziffer im Früheren Bundesgebiet, der DDR und Deutschland \(ab 1990\), 1950 bis 2010](#)

### Zusatzinformationen



Info

## Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?

Stand: Juli 2007



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln  
Telefon (0221) 376 62-0 · Telefax (0221) 376 62-10

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin  
Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)



# Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?

## Beiträge nach dem Äquivalenzprinzip

Maßgeblich für die Berechnung der Beiträge in der privaten Krankenversicherung (PKV) ist das Äquivalenzprinzip. Nach diesem Prinzip besteht eine enge Beziehung zwischen der Beitragshöhe und dem Versicherungsschutz. Je umfassender der vereinbarte Versicherungsschutz, je höher also die voraussichtlich in Anspruch genommenen Versicherungsleistungen sind, desto höher sind auch die Beiträge in der PKV.

Anders ist dies in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ein Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung gibt es hier grundsätzlich nicht. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden nach dem Einkommen berechnet; eine Beziehung zum Umfang des Versicherungsschutzes besteht nicht.

Die Anwendung des Äquivalenzprinzips in der Beitragskalkulation der PKV macht sich konkret an vier Faktoren bemerkbar:

- Die Beitragshöhe hängt vom Umfang der versicherten Leistungen ab. So ist z. B. ein Versicherungsschutz, der im Krankenhaus auch die Unterbringung im Einbettzimmer umfasst, teurer als ein Versicherungsschutz, der nur die Unterbringung im Mehrbettzimmer einschließt.
- Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigt mit dem Lebensalter. Deshalb hängen die Beiträge in der PKV auch vom Lebensalter bei Versicherungsbeginn ab. Je früher sich jemand für einen Versicherungsschutz in der PKV entscheidet, desto niedriger sind die Beiträge.
- Ein weiterer Aspekt ist der Gesundheitszustand zu Beginn der Versicherung. Bereits vorhandene Erkrankungen sind, versicherungstechnisch gesprochen, zusätzliche Gesundheitsrisiken, die nach dem Äquivalenzprinzip oft nur dann versichert werden können, wenn für das zusätzliche Risiko auch

*Äquivalenzprinzip*

*PKV-Info: Wie werden die Beiträge in der PKV kalkuliert?*

zusätzliche Beiträge (sogenannte Risikozuschläge) bezahlt werden.

- Die Tarife werden für Männer und Frauen jeweils unterschiedlich kalkuliert. Nach den Vorgaben des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes werden die Kosten für Mutterschaft und Geburt auf beide Geschlechter umgelegt.

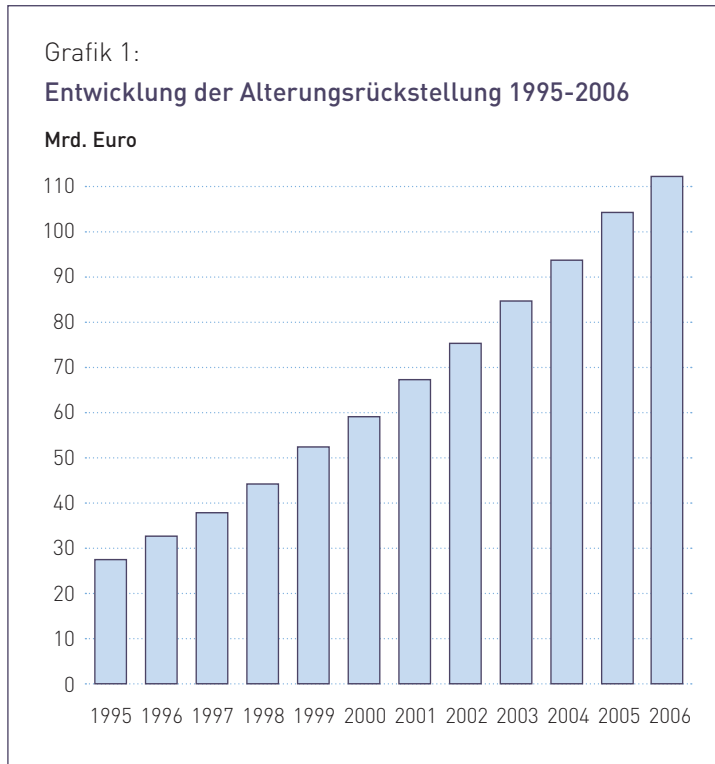
Wichtig ist: Es kommt immer auf die Verhältnisse zu Beginn eines Versicherungsvertrages an. Dies ist Grundlage für die Beitragsberechnung. Treten zu einem späteren Zeitpunkt neue risikorelevante Tatbestände auf – insbesondere durch Verschlechterung des Gesundheitszustandes – dann hat das keine Auswirkungen auf die Beiträge. Spätere Risikozuschläge sind also nicht möglich. Wird allerdings der Versicherungsumfang nachträglich erweitert, indem sich der Versicherte für einen anderen Tarif entscheidet, dann erfolgt für den erweiterten Versicherungsschutz erneut eine Risikobeurteilung. Für einen zusätzlichen Versicherungsschutz wird auch ein risikogerechter Mehrbeitrag berechnet.

## **Junge bilden Vorsorge fürs Alter**

Mit dem Alter steigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. 80-jährige Männer benötigen z. B. etwa achtmal so hohe Aufwendungen für Arzneimittel wie 40-Jährige. Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen steigt zwischen dem 30. und dem 80. Lebensjahr auf das Zehn- bis Zwölfwache. Diese Beispiele lassen sich fortsetzen.

In der Beitragsberechnung der PKV ist diese Entwicklung bereits einkalkuliert: Indem sie Alterungsrückstellungen bildet, trifft die PKV Vorsorge für die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (siehe hierzu Grafik 1).

In den nächsten Jahrzehnten wird es weitreichende Veränderungen der Bevölkerungsstruktur geben. Der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung wird stark zunehmen, gleichzeitig sinkt der Anteil junger Menschen.



Dazu einige Zahlen:

- > Heute ist jeder fünfte Bürger älter als 60 Jahre, 2030 wird das für etwa jeden dritten Bürger gelten.
- > Die Zahl der über 85-Jährigen wird bis 2030 um 90 Prozent zunehmen.

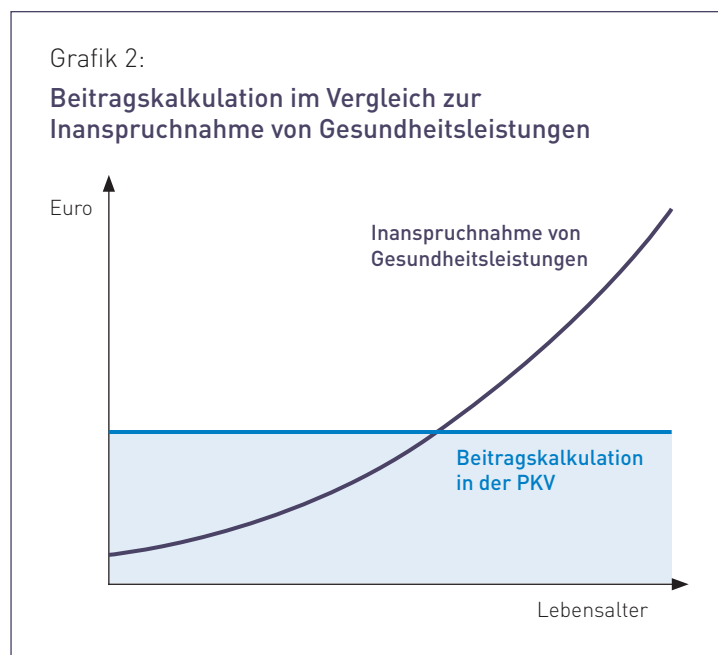
Mit dieser demografischen Entwicklung steigt – neben der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – auch die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen verbunden mit entsprechend höheren Kosten. Auf diese Entwicklung ist die PKV vorbereitet: Nach deutschem Recht muss die PKV in der Vollversicherung nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren arbeiten. Danach werden die Beiträge so kalkuliert, dass bereits heute eine systematische Vorsorge für das Alter gebildet wird. Solange die Versicherten jünger sind, werden mit einem Teil der Prämien Alterungsrückstellungen aufgebaut. Aus diesen werden später die im Alter ansteigenden Gesundheitskosten finanziert.

*Anwartschafts-  
deckungsverfahren*

Die folgende Grafik 2 verdeutlicht die Beitragsberechnung in der PKV. Die violette Linie gibt die mit dem Alter steigenden Gesundheitskosten wieder. Die blaue Linie zeigt den lebenslangen Beitrag, der in der PKV kalkuliert wird. Dabei handelt es sich um ein sehr vereinfachtes Modell, das von konstanten Preisen für Gesundheitsleistungen ausgeht, an dem aber die Grundzüge der Beitragskalkulation in der PKV deutlich werden.

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

- in jungen Jahren oberhalb der tatsächlich in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen und
- in späteren Jahren unterhalb dieser Leistungen liegt.



Die Differenz zwischen dem tatsächlichen Beitrag und den rechnerischen Kosten für Gesundheitsleistungen in jungen Versicherungsjahren wird in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die rechnerischen Kosten für Gesundheitsleistungen über dem Beitrag liegen,

dann wird die Differenz durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen finanziert.

Zur Kalkulation wird versicherungsmathematisch von einer bestimmten Risikogruppe ausgegangen. So können beispielsweise alle Männer eines bestimmten Tarifs mit einem bestimmten Eintrittsalter als Kalkulationsgrundlage herangezogen werden. Die in der Grafik 2 abgebildete Kurve für die mit dem Alter ansteigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen basiert auf vorliegenden statistischen Daten über die für die ausgewählte Risikogruppe üblicherweise zu erwartende Entwicklung der Inanspruchnahme.

Die in der Grafik 2 gezeichnete Linie für den Beitrag entspricht deshalb einem ganz bestimmten Eintrittsalter. Je höher das Eintrittsalter, desto höher muss der Beitrag sein, um ausreichende Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen zu ermöglichen.

## **Verzinsung von Alterungsrückstellungen**

Der Zinssatz zur Berechnung von Alterungsrückstellungen beträgt entsprechend der gesetzlichen Vorgaben maximal 3,5 Prozent. Die Unternehmen können die Tarife auch mit einem niedrigeren Satz kalkulieren. Aber: Je niedriger der rechnerisch zugrunde gelegte Zinssatz, desto weniger rechnermäßige Zinserträge kommen der Alterungsrückstellung zugute und desto höher müssen dann die Zuführungen zu Alterungsrückstellungen aus den Beiträgen sein. Vereinfacht gesagt gilt also: Je niedriger der rechnerische Zinssatz, desto höher der erforderliche Beitrag.

Wenn der Marktzins über dem rechnermäßigen Zins liegt, entstehen Zinserträge, die versicherungsmathematisch als „Überzinsen“ bezeichnet werden. Diese Überzinsen werden insbesondere für zusätzliche Beitragsentlastungen im Alter oder für Beitragsrückerstattungen verwendet. § 12 a Abs. 1 bis 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) regelt die Verwendung sowie die Aufteilung der Überzinsen. 90 Prozent dieser Überzinsen müssen den Versicherten für eine Beitragsentlastung im Alter zugute kommen, wobei ein wesentlicher Teil unmittelbar für die heute über 65-Jährigen verwendet wird.

Seit dem 1. Januar 2000 müssen Neuversicherte einen zusätzlichen Zuschlag von 10 Prozent auf ihren Beitrag zahlen. Dieser Zuschlag wird in der Regel ab dem 22. Lebensjahr und bis zum 61. Lebensjahr berechnet. Die daraus resultierenden Mittel werden verzinslich angelegt und – ohne Abzug etwaiger Kosten – dafür verwendet, Beitragserhöhungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres aufzufangen.

Natürlich ist das Ausmaß des Polsters, das für Beitragsstabilität im Alter gebildet wird, individuell unterschiedlich. So können Personen, die sich zum Beispiel im Alter von 30 Jahren privat versichern, aus dem Zuschlag mehr Mittel zur Finanzierung der Beitragsentlastung im Alter bilden als Personen, die erst mit 50 zur PKV kommen. Die derzeitigen Prognosen sagen für einen 30-Jährigen voraus, dass Beitragssteigerungen zwischen dem 65. Lebensjahr bis zum 80. Lebensjahr auch dann spürbar abgedämpft werden können, wenn die Gesundheitskosten weiterhin so steigen wie in der Vergangenheit. Ab dem 80. Lebensjahr kann es zu einer Beitragssenkung kommen, wenn noch Mittel aus dem Zuschlag vorhanden sind. Eine frühere Beitragssenkung ist vom Gesetzgeber leider nicht erlaubt.

Auch die bereits vor dem 1. Januar 2000 in der PKV Versicherten können an dem Beitragszuschlag teilnehmen. Für sie ist der Zuschlag beginnend mit dem Jahr 2001 mit 2 Prozent eingeführt worden und dann bis zum Erreichen von 10 Prozent der Bruttoprämie jährlich um weitere 2 Prozent erhöht worden. Bestandsversicherte hatten allerdings ein Widerspruchsrecht bei Einführung des Zuschlags.

## Warum Beitragserhöhungen?

Die Kalkulationsgrundlagen zur Beitragsberechnung entstammen heute vorliegenden Statistiken über die Gesundheitskosten und über die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Nun treten im Laufe der Jahre häufig Entwicklungen ein, deren quantitative Auswirkungen aus der Vergangenheit heraus statistisch nicht erfassbar sind. Der medizinische Fortschritt hat es möglich gemacht, dass viele Krankheiten heute früher erkannt und erfolgreich behandelt werden können. Zudem sind Operationen bei älteren Menschen erst durch Erkenntnisse der Anästhesie in den letzten 20 Jahren

möglich geworden. Eine Herzoperation bei 80-Jährigen war früher undenkbar, heute ist sie fast zur Selbstverständlichkeit geworden. Neue Behandlungsmethoden kommen hinzu. Auch die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt, so dass heute die Alterungsrückstellung für höhere Behandlungskosten im Alter für einen längeren Zeitraum gebildet werden muss. Hinzu kommen deutliche Preisänderungen bei Gesundheitsleistungen. Die Pflegesätze in den Krankenhäusern werden zum Beispiel ebenso wie die Arzneimittel teurer. Die der ursprünglichen Beitragskalkulation zugrunde gelegten statistischen Daten müssen daher im Zeitablauf immer wieder aktualisiert werden. Die dann unter Umständen erforderlichen höheren Beiträge repräsentieren den Umstand, dass der Versicherungsschutz auch die im Zeitablauf höheren Leistungen, z. B. die aufgrund des medizinischen Fortschritts neu hinzugekommenen Behandlungsmethoden, umfasst.

Versicherungsmathematisch entspricht dies der Ausweitung des Versicherungsschutzes. Verbesserte und teurere Leistungen, die früher noch nicht existierten und daher nicht im Versicherungsschutz enthalten waren, sind jetzt zusätzlich aufgenommen worden. Jeder private Krankenversicherungsschutz nimmt automatisch an diesen Verbesserungen des Versicherungsschutzes teil. Das führt zwangsläufig zu Auswirkungen auf der Beitragsseite.

## Beitragsanpassungsklausel

Da – wie bereits erwähnt – neue Entwicklungen aus der Vergangenheit heraus nicht immer statistisch berücksichtigt werden können, müssen Beiträge regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Aufgrund der sog. Beitragsanpassungsklausel darf eine Prämienänderung gemäß § 12 b VAG erst dann vorgenommen werden, nachdem ein unabhängiger Treuhänder der Prämienänderung zugestimmt hat. Zum Treuhänder darf nur derjenige bestellt werden, der fachlich geeignet, zuverlässig und vor allem vom jeweiligen Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Er muss über ausreichende Kenntnisse auf dem Gebiet der Prämienkalkulation in der Krankenversicherung verfügen.

*Beitrags-  
anpassungen*

*unabhängiger  
Treuhänder*

Der Treuhänder muss überprüfen, ob die Prämienänderung mit den dafür bestehenden Vorschriften im Einklang steht. Dazu sind ihm sämtliche für die Prüfung der Prämienänderung erforderlichen technischen Berechnungsgrundlagen sowie die hierfür notwendigen Nachweise und Daten vorzulegen. In den technischen Grundlagen sind die Grundsätze für die Berechnung der Prämien und Alterungsrückstellungen sowie die verwendeten Rechnungsgrundlagen und mathematischen Formeln vollständig anzugeben.

### **Einige sinnvolle Maßnahmen gegen steigende Beiträge im Alter**

Werden Beitragsanpassungen unentbehrlich, so sind ältere Versicherte davon oft besonders betroffen. Dies liegt vor allem daran, dass das Ansteigen der Krankheitskosten ein „Auffüllen“ der Alterungsrückstellung für die Zukunft notwendig macht. Je älter der Versicherte ist, desto weniger Zeit verbleibt für dieses Auffüllen, so dass der dafür erforderliche zusätzliche Beitrag entsprechend höher ausfallen muss. Ebenso muss die Alterungsrückstellung aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung zusätzlich erhöht werden. Die Alterungsrückstellung dient als eine Art Reserve, die in jungen Jahren aufgebaut wird, um im Alter den laufenden – gestiegenen – Leistungsbedarf zu decken. Eine gestiegene Lebenserwartung verursacht höhere Kosten, die durch höhere Alterungsrückstellungen aufgefangen werden müssen. Aufgrund der durchschnittlich höheren Lebenserwartung ist seit dem 1. Januar 2000 ein gesetzlicher Beitragszuschlag von 10 Prozent eingeführt worden. Dieser Beitragszuschlag wird zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Beiträge im Alter beitragen.

Mit dem sogenannten „Umstufungsrecht“ können PKV-Versicherte von einem Tarif zu einem anderen, günstigeren Tarif wechseln. Ebenso sind die Erhöhung des vereinbarten Selbstbehalts oder auch die Absenkung des Versicherungsschutzes im Krankenhaus vom Einbett- auf das Zweibettzimmer interessante Alternativen, um die Beiträge mit sofortiger Wirkung spürbar zu senken. Diese Möglichkeiten sollten individuell durchdacht und mit dem jeweiligen PKV-Unternehmen in einem persönlichen Gespräch geklärt werden.



Eine weitere Möglichkeit der noch darüber hinausgehenden Vorsorge für das Alter stellen die Beitragsentlastungsprogramme in der Vollversicherung dar. Mit diesen Programmen kann eine garantierte Prämienabsenkung im Rentenalter vorgenommen werden, die aus einem höheren Beitrag in jungen Jahren finanziert wird. Im Rahmen eines Beitragsentlastungsprogramms zahlt der PKV-Versicherte in jungen Jahren eine zusätzliche Beitragsleistung. Diese wird für eine Beitragsreduzierung im Alter eingesetzt. Die Beitragsentlastungsprogramme sind als integrierter Bestandteil der Krankenvollversicherung ebenfalls durch den Arbeitgeber zuschussfähig.

Je früher ein Versicherter sich für ein Beitragsentlastungsprogramm entscheidet, desto niedriger kann der von ihm zu zahlende Beitrag sein. So erhöht sich der Beitrag durch eine integrierte Beitragskomponente beispielsweise um rund 10 Prozent. Damit wird dann in Abhängigkeit vom jeweiligen Tarif, Eintrittsalter und Geschlecht eine Beitragsermäßigung ab dem 65. Lebensjahr erreicht, die insgesamt zu einer günstigeren Beitragsentwicklung im Alter führt.

**Für weitere Fragen**

stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung. Sollten Sie Fragen zu einzelnen Tarifen haben, so wenden Sie sich bitte an das jeweilige PKV-Unternehmen.



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.  
Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln  
Telefon (0221) 376 62-0 · Telefax (0221) 376 62-10  
Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin  
Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31  
[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)

## Ergebnis - 23611-0001

## Tabelle

<b>Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Ausgabenträger</b>		
Gesundheitsausgabenrechnung Deutschland Gesundheitsausgaben (Mill. EUR)		
Ausgabenträger	1992	2010
Öffentliche Haushalte	17 628	14 220
Gesetzliche Krankenversicherung	98 718	165 835
Soziale Pflegeversicherung	-	21 535
Gesetzliche Rentenversicherung	3 530	4 054
Gesetzliche Unfallversicherung	2 838	4 613
Private Krankenversicherung	11 679	26 773
Arbeitgeber	6 958	12 263
Private Haushalte/Priv.Organisat.oh.Erwerbszweck	17 304	39 004
Insgesamt	158 656	288 299

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013 | Stand: 20.04.2013 / 13:27:38

## Zeichenerklärung

© GENESIS V3.500P2 - 2013

Wirtschaft Politik Wissenschaft

## Prämien in der PKV: Deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung

Markus M. Grabka  
mgrabka@diw.de

*In der privaten Krankenversicherung (PKV) kommt es immer wieder kalkulationsbedingt zu Prämienanpassungen, meist sind es Steigerungen. Den Versicherten stehen aber nur wenige Möglichkeiten zur Verfügung, bei gleichbleibenden Leistungen ihre Prämienbelastung zu reduzieren. Ein Wechsel der Krankenversicherung findet bei langlaufenden Versicherungsverträgen faktisch nicht statt, solange angesparte Altersrückstellungen nicht übertragbar sind.*

*Auf Basis der Daten der vom DIW Berlin in Zusammenarbeit mit Infratest Sozialforschung erhobenen Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) kann die Entwicklung der Prämien der Versicherten in der PKV mit derjenigen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kontrastiert werden. In den vergangenen 20 Jahren haben sich die Prämien in der PKV im Durchschnitt mehr als verdreifacht. Sie sind damit nahezu doppelt so stark gestiegen wie in der GKV. Die durchschnittlich zu entrichtende absolute Prämie liegt aber immer noch deutlich unter dem Krankenversicherungsbeitrag vergleichbarer freiwillig Versicherter der GKV.*

Ende des Jahres 2005 waren in Deutschland knapp 8,4 Mill. Personen mit einer Krankheitsvollversicherung in der PKV versichert.<sup>1</sup> Alle privat vollversicherten Personen sind seit 1995 verpflichtet, auch eine privat angebotene Pflegeversicherung abzuschließen. In der privaten Pflegepflichtversicherung sind auch alle Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten eingeschlossen. Die Gesamtzahl der privat Versicherten beläuft sich damit auf knapp 9,2 Mill. und macht mehr als ein Zehntel der Gesamtbevölkerung in Deutschland aus.

Laut Angaben des PKV-Verbandes belief sich das gesamte Prämienaufkommen zur Krankheitsvollversicherung inklusive der privaten Pflegepflichtversicherung im Jahr 2005 auf 21,6 Mrd. Euro.<sup>2</sup> Privat Versicherte – und oftmals auch gesetzlich Versicherte – können über die eigentliche Krankenversicherung hinaus Zusatz- und Teilversicherungen abschließen. Hier machte das gesamte Beitragsvolumen noch einmal 5,7 Mrd. Euro im Jahr 2005 aus.

<sup>1</sup> Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung: Die Private Krankenversicherung. Rechenschaftsbericht 2005. Köln 2006. Zugriff am 31.07.2006 unter [www.pkv.de/downloads/RB05.pdf](http://www.pkv.de/downloads/RB05.pdf).

<sup>2</sup> Ebenda, 15. Das gesamte Prämienaufkommen zur Krankheitsvollversicherung inklusive der privaten Pflegepflichtversicherung wird im SOEP leicht, um 1,5 Mrd. Euro, unterschätzt.

Nr. 46/2006

73. Jahrgang/15. November 2006

### 1. Bericht

Prämien in der PKV:  
Deutlich stärkerer Anstieg als in der  
gesetzlichen Krankenversicherung  
Seite 653

## Das Kalkulationsprinzip in der PKV

Die Prämien in der PKV werden nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip kalkuliert. Danach soll die Versicherungsprämie der Summe der gesamten Versicherungsleistungen einschließlich der Verwaltungskosten entsprechen.<sup>3</sup> Grundlage für die Bestimmung der Prämien ist die risikogerechte Kalkulation, d. h. die Prämienhöhe ist abhängig vom Geschlecht, dem Alter, vom Gesundheitszustand bei Abschluss der Versicherung und von eventuellen Vorerkrankungen. Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse aufgrund von Vorerkrankungen vorgenommen werden.

Für die PKV besteht kein Kontrahierungszwang, d. h. dass Hochrisikogruppen wie Aids- oder Dialysepatienten, aber auch Personen oberhalb eines Alters von 65 Jahren, abgelehnt werden können. Es wird keine Familienversicherung gewährt, sondern jeder Versicherte schließt einen eigenständigen Vertrag ab. Der Versicherungsumfang kann frei gewählt werden, so dass die PKV neben der Krankheitsvollversicherung diverse Zusatzversicherungen (z. B. Krankentagegeld- oder Krankenhauswahlleistungsversicherung) anbietet.

In der PKV wird im Grundsatz das Kapitaldeckungs- bzw. Anwartschaftsdeckungsverfahren angewendet, welches konstante Beiträge über den gesamten Versicherungszeitraum gewährleisten soll. Die Beitragseinnahmen werden zur Deckung der aktuellen Leistungsausgaben und zur Bildung einer Rückstellung für künftige Versicherungsleistungen verwendet. Die Nettoprämie wird zum Zeitpunkt des

Vertragsabschlusses unter der Annahme gleichbleibender Rechnungsgrundlagen bzw. Leistungsausgaben so bestimmt, dass sie für jeden Versicherten ein Leben lang konstant sein soll. Jüngere Versicherte entrichten höhere Prämien, als zur Deckung der Ausgaben notwendig wäre. Der resultierende Überschuss wird angespart und verzinst. Die über den Lebensverlauf angesammelten Sparanteile und die Verzinsung ergeben zusammen die Alterungsrückstellung. Durch allmähliche Auflösung der Alterungsrückstellung sollen so die steigenden Ausgaben bei höherem Lebensalter ausgeglichen werden.

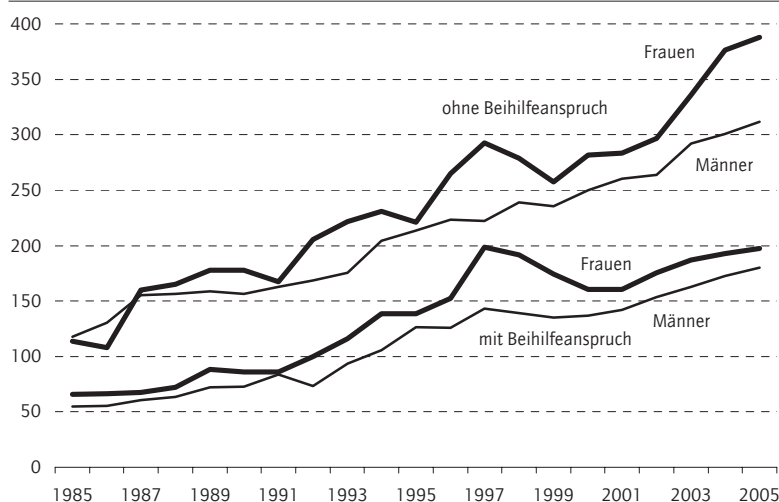
Aufgrund der systemspezifischen Prämienkalkulation in der PKV – unter der Annahme von konstanten Leistungsausgaben über den gesamten Versicherungsverlauf – kommt es zu regelmäßigen Prämienanpassungen. Dies geschieht als Folge von Kostensteigerungen, Veränderungen der Leistungsanspruchnahme, des medizinischen Fortschritts und steigender Lebenserwartung.<sup>4</sup>

Die Versicherten der PKV haben nur geringe Möglichkeiten, einer Prämienhöhung ihrer Versicherung zu begegnen. Dies kann durch einen Wechsel in einen anderen Tarif der gleichen Versicherung, durch Absenkung des Versicherungsschutzes oder durch eine Erhöhung der Selbstbeteiligung geschehen; ein Wechsel in die GKV erfolgt nur ausnahmsweise, z. B. im Falle von Arbeitslosigkeit. Ein Wechsel der Krankenversicherung findet bei länger laufenden Verträgen in der PKV faktisch nicht statt, da angesparte Alterungsrückstellungen nicht portabel sind, d. h. sie können nicht zu einer anderen Krankenversicherung mitgenommen werden. Den Versicherten der PKV stehen damit insgesamt kaum Ausweichstrategien für eine Reduktion ihrer Krankenversicherungsprämien bei gleichem Leistungsumfang zur Verfügung.

Abbildung 1

### Prämienentwicklung in der PKV nach Beihilfeanspruch und Geschlecht

In Euro pro Monat



Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

### Prämienentwicklung von Männern und Frauen

Zur Beschreibung der effektiven Prämienentwicklung in der PKV werden hier die Daten des Sozio-

<sup>3</sup> Die gesetzlichen Grundlagen der Beitragskalkulation in der PKV sind durch das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und die Kalkulationsverordnung (KalV) geregelt.

<sup>4</sup> Der Anteil der privat Versicherten, die angeben, dass ihre Krankenversicherung die Prämien in diesem bzw. im letzten Jahr erhöht hat, liegt bei etwa 63 % (vgl. Zok, K.: Einstellungen der Bevölkerung. In: Jacobs, K., Klauber, J., Leinert, J. (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn, 2006, 135–156). Eine weitere Ursache für regelmäßige Prämienanpassungen besteht darin, dass die Prämienkalkulation in der PKV nicht streng allein nach dem Kapitaldeckungsprinzip vorgenommen wird, sondern dass faktisch auch eine Finanzierung im Umlageverfahren erfolgt und die PKV Anreize hat, für jüngere Versicherte systematisch niedrigere Prämien zu kalkulieren, vgl. hierzu: Wagner, G., Meinhardt, V., Leinert, J. und Kirner, E.: Kapitaldeckung: Kein Wundermittel für die Altersvorsorge. Wochenbericht des DIW Berlin, Nr. 46/1998.

oekonomischen Panels (SOEP) verwendet.<sup>5</sup> Dies ist die einzige große bevölkerungsrepräsentative Studie, die jedes Jahr Informationen zum Krankenversicherungsschutz und zur Prämienhöhe in der PKV erhebt. Damit lassen sich individuelle Verläufe und die direkte Entwicklung der Prämien in der PKV derselben Versicherten beobachten.<sup>6</sup> Das SOEP erfasst aber nicht die Tarifart, den Leistungsumfang oder eine Veränderung derselben über die Zeit hinweg. Es kann daher nicht von konstanten Leistungspaketen ausgegangen werden. So geben rund 5% der PKV-Versicherten an, in den letzten beiden Jahren mit ihrer Krankenversicherung eine Reduktion des Versicherungsschutzes zur Begrenzung des Prämienanstiegs vereinbart zu haben.<sup>7</sup> Das heißt, die effektive Prämiensteigerung wird unterschätzt.

Zur Darstellung der Prämienentwicklung in der PKV wird hier nach Versicherten mit und ohne Beihilfeanspruch unterschieden, da diesen grundsätzlich unterschiedliche Tarife angeboten werden.<sup>8</sup>

Im Zeitraum von 1985 bis 2005 hatten die Beihilfeempfänger durchweg deutlich geringere Prämien zu entrichten als Versicherte ohne Beihilfeanspruch (Abbildung 1). So mussten Frauen bzw. Männer mit Beihilfe im Jahr 2005 im Durchschnitt eine Krankenversicherungsprämie von rund 200 bzw. 180 Euro zahlen. Die entsprechende Prämie für Versicherte ohne Beihilfe belief sich auf 390 bzw. 310 Euro. Die deutlich geringere Prämie bei den Beihilfeberechtigten erklärt sich daraus, dass der Arbeitgeber bzw. Dienstherr nicht wie bei gesetzlich Versicherten einen nahezu hälftigen „Arbeitgeberbeitrag“ gewährt, sondern dass je nach Familienstand und Bundeslandzugehörigkeit bis zu 70% bis 80% der Krankheitskosten von der Beihilfe übernommen werden.

Dass Frauen im Durchschnitt eine um mehr als 10% höhere Prämie zahlen als Männer, begründet die PKV mit einer höheren Lebenserwartung und insgesamt höherem Krankheitsrisiko für Frauen.<sup>9</sup>

Betrachtet man die Entwicklung der Prämienhöhe über die vergangenen 20 Jahre, so zeigt sich über alle Versicherten hinweg eine Verdreifachung der Prämie. Der Anstieg fiel in den ersten zehn Jahren etwas stärker aus als in den letzten zehn Jahren.

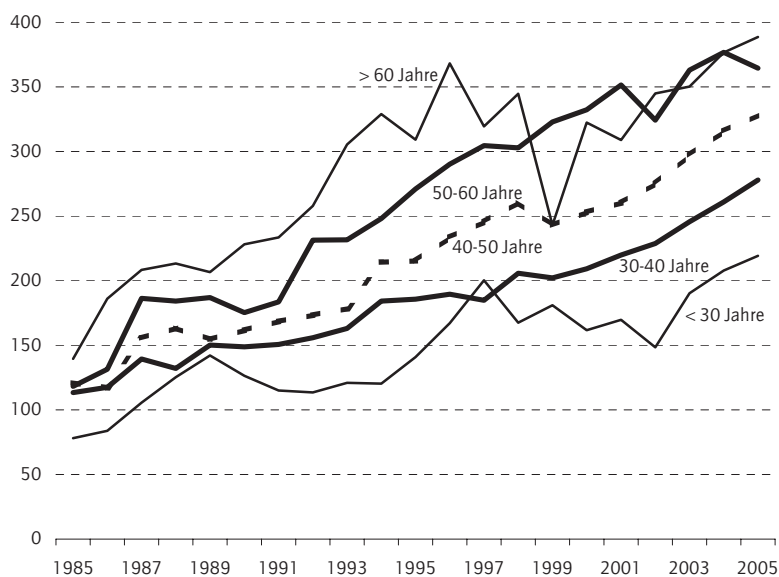
### Prämienentwicklung nach dem Alter der Versicherten

Von Prämienerrhöhungen in der PKV sind Versicherte mit länger laufenden Verträgen und höherem Lebensalter verstärkt betroffen.<sup>10</sup> Zahlten beihilfeberechtigte Versicherte im Alter von unter 30 Jahren im Jahr 1985 im Durchschnitt nur knapp 80 Euro,

Abbildung 2

### Prämienentwicklung in der PKV nach dem Alter<sup>1</sup>

In Euro pro Monat



1 Versicherte ohne Beihilfeanspruch.

Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

so mussten ältere Versicherte (über 60 Jahre) mit etwa 140 Euro rund 80% höhere Prämien entrichten (Abbildung 2). Diese Differenz hat seit Mitte der 90er Jahre deutlich zugenommen, sie betrug im Jahr 2005 170 Euro (390 minus 220 Euro). Die Relation der Beträge liegt aber wieder auf dem Niveau von Mitte der 80er Jahre.

5 Das SOEP ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte, die seit 1984 in Westdeutschland und seit 1990 in Ostdeutschland jährlich durchgeführt wird; vgl. SOEP Group: The German Socio-Economic Panel (GSOEP) after more than 15 years – Overview. In: Holst, E. u. a. (Hrsg.): Proceedings of the 2000 Fourth International Conference of German Socio-Economic Panel Study Users (GSOEP2000). In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung des DIW Berlin, Heft 1/2001, 7–14; auch [www.diw.de/deutsch/sop/](http://www.diw.de/deutsch/sop/).

6 Da die Prämien im SOEP nicht nach privater Kranken- und Pflegeversicherung differenziert werden, beziehen sich die folgenden Aussagen immer auf die Gesamtpremie für beide Versicherungsarten. Eine Einschränkung der Aussagekraft der verwendeten Daten ergibt sich dadurch, dass mit der im SOEP angegebenen Prämiensumme mehrere Personen versichert sein können. So hat sich die Zahl der versicherten Personen seit 1984 von im Durchschnitt 2 auf 1,4 in 2005 reduziert. Im Folgenden wird daher die Prämie pro versicherter Person ausgewiesen. Dabei ist davon auszugehen, dass ein Prämienanstieg von älteren Versicherten eher unterschätzt wird, wenn z. B. Kinder mit abgesichert werden.

7 Vgl. Zok, K., a. a. O., 138.

8 Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, mit der der Dienstherr sich anteilig an den Krankheitskosten seiner Beamten und deren Familienangehöriger beteiligt. Für die Beihilfe nicht gedeckten Kostenanteile bietet die PKV gesonderte Beihilfetarife an.

9 Der Anteil der Frauen an allen Versicherten machte dabei im Jahr 2005 in den Angaben des SOEP rund 41% aus, der für Männer entsprechend 59%. Die niedrigere Frauenquote ist eine Folge des im Vergleich zu Männern geringeren Einkommens und einer niedrigeren Beschäftigungsquote.

10 Aufgrund des Anwartschaftsdeckungsverfahrens verbleibt einem älteren Versicherten weniger Zeit um Sparanteile zu bilden als einem jüngeren Versicherten. Der Prämienanstieg fällt daher bei älteren Versicherten in der Regel immer höher aus als bei jüngeren.

### Prämienentwicklung im Längsschnitt

Bessere Aussagen über die tatsächliche Prämienentwicklung von Versicherten der PKV sind möglich, wenn man *dieselben* Versicherten über einen längeren Zeitraum bezüglich ihrer Krankenversicherungsprämie beobachtet. In Tabelle 1 wird die Prämienentwicklung von Versicherten ausgewiesen, die mehr als 20 Jahre ununterbrochen in der PKV versichert waren.<sup>11</sup> Über den gesamten Zeitraum hinweg ist die Prämie bei Beihilfeberechtigten um 287% von unter 50 Euro auf knapp 180 Euro im Jahr 2005 gestiegen. Für Versicherte ohne Beihilfeanspruch fiel dieser Zuwachs mit 202% etwas moderater aus, doch nahmen diese absolut deutlich stärker von rund 130 Euro auf annähernd 400 Euro in 2005 zu. Damit fallen die Veränderungsraten für Beihilfeempfänger in der Längsschnittbetrachtung – d. h. bei denselben Versicherten – höher aus als in den oben dargestellten Querschnittsanalysen. Dies kann damit erklärt werden, dass im Verlauf der letzten 20 Jahre die Beihilfe nach und nach abgesenkt wurde.

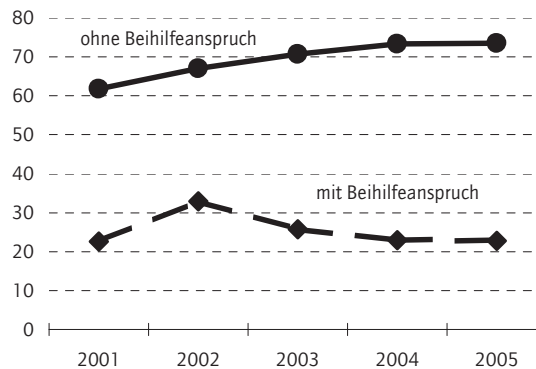
Die Prämiensteigerungen waren in den ersten zehn Jahren des Untersuchungszeitraums deutlich stärker als in den letzten zehn Jahren, was sich als ein Erfolg der Reformmaßnahmen zur Begrenzung des Prämienanstiegs in der PKV interpretieren lässt. Hierzu zählen die Einführung des Standardtarifs für ältere Versicherte in der PKV zum 1. Juli 1994 oder auch die seit 1995 geltende Regelung, dass Zinserträge, die über den kalkulatorischen Ansatz bei der Bewertung der Altersrückstellung hinausgehen, zur Beitragsentlastung für ältere Versicherte eingesetzt werden müssen.<sup>12</sup>

Da im SOEP nicht nach den exakten Vertragskonditionen gefragt wird, kann nicht zwangsläufig von einem über die Zeit hinweg konstanten Leistungsumfang für diese Versicherten ausgegangen werden. Insbesondere durch Veränderung der Selbstbeteiligung kann ein eventueller Prämienanstieg maßgeblich begrenzt werden.<sup>13</sup> Daher dürfte der *effektive* Prämienanstieg in der PKV – bei gleichem Leistungsumfang – in den vergangenen 20 Jahren deutlich stärker ausgefallen sein als hier ausgewiesen.

Abbildung 3

### PKV-Versicherte mit vereinbarter Selbstbeteiligung

Anteile in %



Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin. **DIW Berlin 2006**

### Umfang der Selbstbeteiligung

Der Anteil der Versicherten, die eine Selbstbeteiligung vereinbart haben, lag im Jahr 2005 bei den Beihilfeberechtigten bei rund 25% (Abbildung 3). Versicherte ohne Beihilfe nehmen diese Option zu gut drei Vierteln in Anspruch, wobei der Anteil in den vergangenen fünf Jahren um mehr als 10 Prozentpunkte zugenommen hat.

Betrachtet man die vereinbarte Höhe der Selbstbeteiligung für Versicherte ohne Beihilfe, so besteht ein klarer Trend einer mit dem Alter zunehmenden Selbstbeteiligung (Abbildung 4). Für das SOEP sind letztmalig Angaben zur Höhe der Selbstbeteiligung für das Jahr 2001 verfügbar. Hier zeigt sich, dass Versicherte bis zu einem Alter von 40 Jahren im Durchschnitt rund 400 Euro, Versicherte oberhalb von 60 Jahren jedoch rund 850 Euro Selbstbeteiligung vereinbart haben.

### Ein Vergleich zur GKV

Eine Bewertung der Prämienentwicklung in der PKV kann nur vor dem Hintergrund der Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge in der GKV

Tabelle 1

### Entwicklung der Prämien<sup>1</sup> in der PKV von 1985 bis 2005

	1985	1995	2005	1995	2005	1985–2005
	Euro pro Monat			Index 1985 = 100		In % <sup>2</sup>
Mit Beihilfeanspruch	46	105	178	228	387	14,3
Ohne Beihilfeanspruch	131	248	395	189	302	10,1

<sup>1</sup> Durchschnittssatz für Versicherte, die mehr als 20 Jahre ununterbrochen in der PKV versichert waren. <sup>2</sup> Berechnet als Zwanzigstel der Veränderung des Index.

Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

**DIW Berlin 2006**

<sup>11</sup> Die Versicherten haben im Jahr 2005 ein Durchschnittsalter von rund 60 Jahren (Beihilfeberechtigte 58 Jahre, ohne Beihilfe 64 Jahre) und sind demnach vor ihrem 40. Lebensjahr der PKV beigetreten.

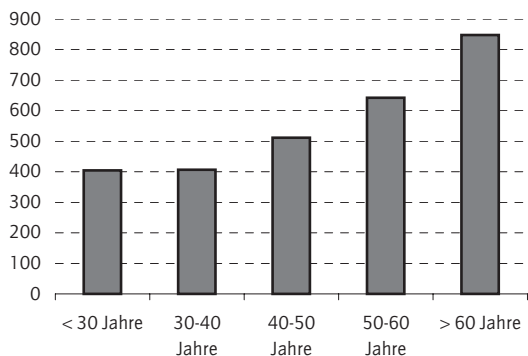
<sup>12</sup> Vgl. § 12a Abs. 3 VAG.

<sup>13</sup> Es kann davon ausgegangen werden, dass vornehmlich eine Anhebung der Selbstbeteiligung vereinbart wird, um einen Prämienanstieg zu begrenzen. Bei älteren Versicherten kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass diese bei größeren zu erwartenden Gesundheitsausgaben – z. B. aufgrund bevorstehender Operationen – ihre Selbstbeteiligung wieder absenkten. Dies wäre ein typischer Fall von sogenanntem Moral Hazard auf Seiten der Versicherten.

Abbildung 4

**Vereinbarte Selbstbeteiligung nach dem Alter der PKV-Versicherten ohne Beihilfeanspruch im Jahr 2001**

In Euro



Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

vorgenommen werden, da die gesetzlichen Krankenkassen – zumindest für freiwillig Versicherte – in direkter Konkurrenz zur PKV stehen. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird für die gesetzlich Versicherten ebenso der Gesamtbeitrag zur Kranken- und (1995 eingeführten) Pflegeversicherung betrachtet.<sup>14</sup>

So ist der durchschnittliche Beitragssatz der GKV (inklusive der gesetzlichen Pflegeversicherung) von 11,8% im Jahr 1985 auf 16% im Jahr 2005 und damit um rund 35% gestiegen. Dieser Beitragssatzanstieg wirkt sich aber je nach Höhe des sozialversicherungspflichtigen Einkommens unterschiedlich aus (Tabelle 2).

Für diesen Vergleich werden hier vier prototypische Versicherte mit unterschiedlich hohen sozialversicherungspflichtigen Einkünften herangezogen. Zwar besteht zwischen der GKV und der PKV im eigentlichen Sinne nur für freiwillig Versicherte ein Wettbewerb, doch werden hier auch Versicherte mit Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze dargestellt, um die Beitragsentwicklung vergleichbar einkommensstarker Personen in der PKV – wie gering verdienende Beamte und Pensionäre oder Selbständige mit unterdurchschnittlichen Einkünften – zu kontrastieren.

So hat sich für einen Rentner in der GKV mit einer mittleren Bruttorente der Krankenversicherungsbeitrag seit 1985 fast verdoppelt, von 97 Euro auf 192 Euro in 2005. Bei einem Geringverdiener bzw. bei einem Durchschnittsverdiener haben die absoluten Beiträge zwar stärker zugenommen, der relative Zuwachs fiel aber nicht viel höher aus (119% bzw. 127%).

Tabelle 2

**Entwicklung der Krankenversicherungsbeiträge<sup>1</sup> für prototypische Versicherte in der GKV von 1985 bis 2005**

	1985	1995	2005	1995	2005	1985–2005
	Euro pro Monat			Index 1985 = 100		In % <sup>2</sup>
Rentner <sup>3</sup>	97	138	192	142	198	4,9
Geringverdiener <sup>4</sup>	139	225	304	162	219	5,9
Durchschnittsverdiener <sup>5</sup>	169	275	384	163	227	6,4
Vielverdiener <sup>6</sup>	244	425	564	174	231	6,6
Nachrichtlich: Familienversicherte	0	0	0	–	–	–

- 1** Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil einschließlich der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung.
- 2** Berechnet als Zwanzigstel der Veränderung des Index.
- 3** Median der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung von pflichtversicherten Männern von 65 und mehr Jahren unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit durchgehendem Rentenbezug.

- 4** Das 25. Perzentil des sozialversicherungspflichtigen Einkommens unterhalb der BBG von Vollzeit erwerbstätigen Männern im Alter von 20 bis 60 Jahren.
- 5** Der Median des sozialversicherungspflichtigen Einkommens unterhalb der BBG von Vollzeit erwerbstätigen Männern im Alter von 20 bis 60 Jahren.
- 6** Vollzeit Erwerbstätige mit einem Bruttoerwerbseinkommen oberhalb der BBG.

Quellen: SOEP; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

Bei freiwillig Versicherten in der GKV nahm der Krankenversicherungsbeitrag stärker zu. Im Jahr 2005 musste ein solcher Versicherte 564 Euro und damit 320 Euro mehr pro Monat zahlen als vor 20 Jahren. Dies ist eine Steigerung um 131%. Damit fällt der relative Zuwachs für einen freiwillig Versicherten in der GKV in den vergangenen 20 Jahren zwar nur rund halb so stark aus, als wenn er in der PKV versichert gewesen wäre. Absolut betrachtet zahlt ein (alleinstehender) freiwillig Versicherte in der GKV im Durchschnitt aber immer noch erheblich mehr als er in der PKV zahlen würde.

Letztlich sollte für einen Vergleich aber auch die beitragsfreie Familienversicherung in der GKV berücksichtigt werden, da in der PKV ein Ehepartner ohne eigenes Einkommen oder ein Kind eigenständig abgesichert werden muss. Hier hat die GKV systembedingt deutliche Vorteile, da über die gesamten letzten 20 Jahre ein Familienversicherter keinen Beitrag in der GKV entrichten musste, wohingegen die gleiche Person in der PKV wie jeder andere Versicherte von dem allgemeinen Prämienanstieg betroffen gewesen wäre.

**Ursachen des Prämienanstiegs in der PKV**

Die ausgeprägten Prämiensteigerungen in der PKV lassen sich auf verschiedene Ursachen zurückführen. Aufgrund der bei Vertragsabschluss gesetzlich vorgeschriebenen – wenngleich unrealistischen – Annahme von konstanten Leistungsausgaben über

<sup>14</sup> Zudem wird der gesamte Beitrag einschließlich Arbeitgeberanteil oder Zuschüsse anderer Träger ausgewiesen.



den gesamten Vertragszeitraum hinweg, müssen Kostensteigerungen, zunehmende Leistungsanspruchnahme, medizinischer Fortschritt oder eine gestiegene Lebenserwartung zwangsläufig zu Prämiensteigerungen führen.

So werden unter anderem die in der PKV genutzten Sterbetafeln regelmäßig überarbeitet und der gestiegenen Lebenserwartung angepasst. Aktuell gilt die PKV-Sterbetafel 2004. Gegenüber der Sterbetafel 2001 ist die Lebenserwartung deutlich gestiegen. Dies muss in der Prämienkalkulation berücksichtigt werden. So steigen bei einem 30-jährigen Mann allein durch die Anwendung der aktualisierten Sterbetafel die Prämien bei Neuvertragsabschluss – bei einem Selbstbehalt von z. B. 325 Euro – um 2,9%. Länger laufende Verträge sind hiervon jedoch stärker betroffen. So zahlt ein 40-jähriger Mann mit 10-jähriger Versicherungszeit etwa 5,5%, ein 60-jähriger Mann mit 30-jähriger Versicherungszeit aber eine um fast 17% höhere Prämie.<sup>15</sup>

Abgesehen von der Aktualisierung der unterstellten Sterbetafeln kommt es in der PKV aufgrund von gestiegenen Leistungsausgaben zu deutlichen Prämienanpassungen. Zwischen 1985 und 2001 haben die Leistungsausgaben je Vollversicherten um 122% zugenommen, die Leistungsausgaben je Versicherten in der GKV sind im gleichen Zeitraum jedoch „nur“ um 89% gestiegen.<sup>16</sup>

Eine Ursache für diesen überproportionalen Anstieg der Leistungsausgaben in der PKV kann in der angebotsinduzierten Nachfrage im ambulanten Sektor gesehen werden. So kann vermutet werden, dass Ärzte versuchen, die Budgetierung der Leistungsausgaben für GKV-Patienten durch Mehreinnahmen bei Privatpatienten zu kompensieren. Unter Gesundheitsökonomien herrscht weitgehend Einigkeit über dieses Phänomen, doch existieren in Deutschland hierzu faktisch keine belastbaren empirischen Studien.<sup>17</sup>

## Fazit

Ein überdurchschnittlicher Anstieg der Leistungsausgaben und systembedingte kalkulatorische Anpassungen führen in der PKV immer wieder zu Prämiensteigerungen. Über die vergangenen 20 Jahre hinweg haben sich die durchschnittlichen Prämien in der PKV mehr als verdreifacht; sie sind damit nahezu doppelt so stark gestiegen wie in der GKV. Die Differenz in der effektiven Prämienentwicklung dürfte noch größer sein.<sup>18</sup>

Wer jung und gesund ist, kann in der PKV viel Geld sparen. Musste in der GKV im Jahr 2005 ein freiwillig versicherter Arbeitnehmer im Durchschnitt

mehr als 560 Euro pro Monat an die gesetzliche Kasse entrichten, so kann die gleiche Person in der PKV für weit weniger als die Hälfte versichert sein. Auf längere Sicht müssen Privatversicherte aber mit deutlich stärkeren Steigerungen ihrer Prämie rechnen als gesetzlich Versicherte. Damit dürfte sich die Attraktivität der PKV insgesamt langfristig deutlich verringern, denn kurzfristigen Prämienvorteilen stehen auf lange Sicht unter Umständen sogar deutlich höhere Prämien als in der GKV gegenüber.

Als einer der zentralen Hinderungsgründe für mehr Wettbewerb innerhalb der PKV, gilt die fehlende Portabilität der Altersrückstellungen. Mit der im Gesetzgebungsprozess befindlichen Gesundheitsreform 2006<sup>19</sup> wird versucht, Voraussetzungen für eine deutliche Intensivierung des Wettbewerbs sowohl zwischen GKV und PKV als auch innerhalb der PKV zu schaffen. Künftig sollen die Altersrückstellungen bei einem Wechsel der Krankenversicherung (im Umfang eines Basistarifs) mitgenommen werden können. Es ist aber fraglich, ob die privat Versicherten die Möglichkeit eines Wechsels des Versicherers tatsächlich stärker in Anspruch nehmen werden, da die angesparten Altersrückstellungen faktisch nicht in vollem Umfang portabel gemacht werden. Nur eine vollständige Portabilität der Altersrückstellungen würde hier für einen echten Zuwachs an Wettbewerb innerhalb des Systems der PKV sorgen.

Als Weiteres wird mit der Gesundheitsreform die Einführung eines Basistarifs mit Kontrahierungszwang für die PKV angestrebt, der allen freiwillig Versicherten offen stehen soll. Dieser Tarif, der ein der GKV vergleichbares Leistungsangebot enthalten soll, darf nur nach dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten variieren; Risikozuschläge aufgrund schlechter Gesundheit dürfen nicht erhoben werden. Der Basistarif darf dabei den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Für die rund 350 000 PKV-Versicherten,<sup>20</sup> die im Jahr 2005 eine höhere

<sup>15</sup> Vgl. Schramm, P.A.: Neue PKV-Sterbetafel 2004. Zugriff am 31.07.2006 auf [www.pkv-gutachter.de/themen/PKV\\_Sterbetafel.html](http://www.pkv-gutachter.de/themen/PKV_Sterbetafel.html).

<sup>16</sup> Vgl. Berié, H. et al.: Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen im deutschen Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der GKV. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH (WISO), Berlin, 2005, 16.

<sup>17</sup> Für die USA lassen sich aber Belege für angebotsinduzierte Nachfrage z. B. im Medicare-System finden. Vgl. Rice, T.: Stichwort Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung, Bonn 2004.

<sup>18</sup> Bei der hier dargestellten Entwicklung der Prämien von Versicherten der PKV ist aufgrund der Annahme eines konstanten Leistungsumfanges davon auszugehen, dass die effektive Prämienentwicklung eher unterzeichnet wird, da durch Wechsel in andere Tarife der gleichen Versicherung, Leistungsreduzierungen oder einer Anhebung der Selbstbeteiligung der Prämienanstieg begrenzt werden kann.

<sup>19</sup> Vgl. zu den zentralen Inhalten der Gesundheitsreform 2006: [www.bmg.bund.de/cln\\_040/nn\\_600110/DE/Home/Neueste-Nachrichten/zentrale-inhalte-gesundheitsreform,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/zentrale-inhalte-gesundheitsreform.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600110/DE/Home/Neueste-Nachrichten/zentrale-inhalte-gesundheitsreform,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/zentrale-inhalte-gesundheitsreform.pdf).

<sup>20</sup> Vgl. Grabka, M.M.: Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP. In: Klaus Jacobs et al. (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn, 2006, 103–121.

Prämie entrichtet als der in der GKV geltende Höchstbeitrag, dürfte damit das Angebot des Basistarifs attraktiv sein, wobei sie zudem auch ihre Altersrückstellungen in diesen Tarif mitnehmen dürfen. Der Prämienanstieg dieser Versicherten im Basistarif wäre damit künftig auf das Niveau der Steigerung in der GKV begrenzt.

Der Basistarif wäre aber auch für freiwillig Versicherte mit einem eher schlechten Gesundheitszustand, für

ehemals PKV-Versicherte oder für Personen die keinen Anspruch auf Versicherung in der GKV haben, von Interesse. Mit der Öffnung und der gleichzeitigen Einführung eines Kontrahierungszwangs für diese Bevölkerungsgruppen, würde der PKV eine Möglichkeit des „Rosinenpickens“ im Systemwettbewerb mit der GKV genommen, d. h. der Wettbewerb um Neukunden in der PKV würde sich nicht mehr allein auf gute Risiken, wie junge, alleinstehende und gesunde Versicherte konzentrieren.



## Hinweis auf eine Veranstaltung

DIW Berlin, CEPR London, and IZA Bonn are pleased to invite you to the next Berlin Lunchtime Meeting

### The British Banking System: A Good Role Model for Germany?

Prof. Andy Mullineux (The Birmingham Business School, The University of Birmingham)

Comment: Ulrich von Kenne, Association of German Banks

29 November, 12–2 p. m.

dbb forum berlin, Friedrichstr. 169–170/Französische Straße, 10117 Berlin

Moderator: Dr Regina Vogel (Deputy Director, Anglo-German Foundation)

The German financial system is a prototype of a bank-based system. In the 1980s, this was considered an important pillar of Germany's economic strength. Nowadays, Germany is characterised as being overbanked and its banking system inefficient (relatively high cost), not particularly profitable and in need of radical restructuring and the need to reform the German financial system has been widely discussed. Does the British financial system provide a good role model? This study tackles this question with regard to the supply of retail banking services to households and micro and small enterprises (MSEs).

**Andy Mullineux** is Professor of Global Finance at the Birmingham Business School, University of Birmingham. His research interests are in the fields of money, banking and finance and include: bank regulation, financial sector reform, small and medium sized enterprise financing, corporate governance, business cycles, and monetary policy.

**Ulrich von Kenne** is Member of the Management Board of the Association of German Banks (BdB). He is also Vice Chairman of the Board of Trustees of the Landesförderinstitut Saxony-Anhalt (the state development bank).

We look forward to your participation. To register, please send an e-mail to [events@diw.de](mailto:events@diw.de). We ask you to confirm your reservation.

Additional dates of the Berlin Lunchtime Meeting Schedule for 2007: January 2007, 31

The Berlin Lunchtime Meetings are supported by the Anglo-German Foundation.

#### Impressum

DIW Berlin  
Königin-Luise-Str. 5  
14195 Berlin

#### Herausgeber

Prof. Dr. Klaus F. Zimmermann (Präsident)  
Prof. Dr. Georg Meran (Vizepräsident)  
Dr. Tilman Brück  
Dörte Höppner  
Prof. Dr. Claudia Kemfert  
Dr. Bernhard Seidel  
Prof. Dr. Viktor Steiner  
Prof. Dr. Alfred Steinherr  
Prof. Dr. Gert G. Wagner  
Prof. Dr. Axel Werwatz, Ph. D.  
Prof. Dr. Christian Wey

#### Redaktion

Kurt Geppert  
Dr. Elke Holst  
Manfred Schmidt  
Dr. Mechthild Schrooten

#### Pressestelle

Renate Bogdanovic  
Tel. +49 – 30 – 89789-249  
[presse@diw.de](mailto:presse@diw.de)

#### Vertrieb

DIW Berlin Leserservice  
Postfach 7477649  
Offenburg  
[leserservice@diw.de](mailto:leserservice@diw.de)  
Tel. 01805 – 198888, 12 Cent/min.

Reklamationen können nur innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen des Wochenberichts angenommen werden; danach wird der Heftpreis berechnet.

#### Bezugspreis

Jahrgang Euro 180,-  
Einzelheft Euro 7,- (jeweils inkl. Mehrwertsteuer und Versandkosten)  
Abbestellungen von Abonnements spätestens 6 Wochen vor Jahresende

ISSN 0012-1304

Bestellung unter [leserservice@diw.de](mailto:leserservice@diw.de)

#### Konzept und Gestaltung

kognito, Berlin

#### Satz

eScriptum, Berlin

#### Druck

Walter Grützmaker GmbH & Co. KG, Berlin

Einem Teil dieser Ausgabe ist ein Informationsblatt zum DIW Berlin Summit 2006 „Innovation“ beigelegt.

Nachdruck und sonstige Verbreitung – auch auszugsweise – nur mit Quellenangabe und unter Zusendung eines Belegexemplars an die Stabsabteilung Information und Organisation des DIW Berlin ([Kundenservice@diw.de](mailto:Kundenservice@diw.de)) zulässig.

**DEUTSCHLAND**

Ausgewählte saisonbereinigte Konjunkturindikatoren<sup>1</sup>

	Arbeitslose		Offene Stellen		Verarbeitendes Gewerbe						Auftragseingang (Volumen) <sup>2</sup>							
					Insgesamt		Inland		Ausland		Vorleistungsgüter- produzenten		Investitionsgüter- produzenten		Gebrauchsgüter- produzenten		Verbrauchsgüter- produzenten	
	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.
in 1 000																		
2000 = 100																		
2004	J	4 298	315	100,2	95,0	106,8	101,0	101,0	101,5	88,0	95,6	88,0	101,5	101,0	102,5	102,8	88,0	95,6
	F	4 270	303	101,3	95,8	108,3	102,7	102,7	102,3	88,1	96,0	88,1	102,3	102,7	102,5	102,8	88,1	96,0
	M	4 271	287	103,1	97,6	110,0	103,8	103,8	104,7	88,9	97,5	88,9	104,7	103,8	104,7	104,7	88,9	97,5
	A	4 313	276	104,1	97,2	112,7	104,7	104,7	106,0	87,9	98,9	87,9	106,0	104,7	106,0	106,0	87,9	98,9
	M	4 331	277	106,8	98,3	117,2	106,4	104,9	109,5	90,6	100,0	90,6	109,5	106,4	106,4	106,4	90,6	100,0
	J	4 363	277	102,5	95,4	111,3	103,8	103,8	103,8	87,5	97,1	87,5	103,8	103,8	103,8	103,8	87,5	97,1
	J	4 403	273	103,2	96,0	112,2	102,5	102,5	105,9	87,4	98,2	87,4	105,9	102,5	105,9	105,9	87,4	98,2
	A	4 434	269	103,7	96,3	112,8	103,8	103,1	106,0	86,1	98,2	86,1	106,0	103,1	105,9	105,9	86,1	98,2
	S	4 453	268	103,3	95,2	113,4	103,0	103,0	105,8	85,7	99,2	85,7	105,8	103,0	105,8	105,8	85,7	99,2
	O	4 483	272	102,8	95,6	111,8	101,9	101,9	106,1	84,5	97,6	84,5	106,1	101,9	106,1	106,1	84,5	97,6
	N	4 525	282	101,9	94,5	111,2	101,4	101,4	104,2	85,0	100,1	85,0	104,2	101,4	104,2	104,2	85,0	100,1
	D	4 596	299	105,3	97,9	114,5	101,0	101,0	111,5	84,5	99,5	84,5	111,5	101,0	111,5	111,5	84,5	99,5
2005	J	4 728	319	105,1	96,5	115,7	103,8	103,8	108,1	86,2	103,1	86,2	108,1	103,8	108,1	108,1	86,2	103,1
	F	4 809	341	104,0	95,2	114,9	101,6	102,6	107,6	86,1	103,3	86,1	107,6	101,6	108,6	108,6	86,1	103,3
	M	4 839	366	105,6	96,2	117,4	102,4	102,4	110,3	85,7	103,7	85,7	110,3	102,4	110,3	110,3	85,7	103,7
	A	4 812	387	104,0	95,8	114,2	101,3	101,3	108,1	87,2	101,8	87,2	108,1	101,3	108,1	108,1	87,2	101,8
	M	4 836	398	104,8	95,6	116,3	102,5	102,7	109,0	84,4	102,6	84,4	109,0	102,5	102,7	110,7	84,4	102,6
	J	4 836	407	108,9	99,4	120,8	104,4	104,4	114,9	89,0	105,0	89,0	114,9	104,4	114,9	114,9	89,0	105,0
	J	4 838	415	109,6	98,9	123,1	106,7	106,7	114,6	87,9	105,6	87,9	114,6	106,7	114,6	114,6	87,9	105,6
	A	4 827	438	108,9	98,9	121,4	106,0	106,7	113,6	89,3	104,9	89,3	113,6	106,0	106,7	115,1	89,3	104,9
	S	4 846	457	111,1	99,6	125,5	107,4	107,4	117,2	89,0	104,0	89,0	117,2	107,4	117,2	117,2	89,0	104,0
	O	4 839	468	112,4	99,7	128,1	108,8	108,8	118,1	89,8	106,6	89,8	118,1	108,8	118,1	118,1	89,8	106,6
	N	4 815	474	114,9	101,5	131,6	110,4	110,3	122,1	90,8	106,2	90,8	122,1	110,4	119,0	119,0	90,8	106,2
	D	4 763	474	112,8	99,0	130,1	111,6	111,6	116,7	91,0	106,5	91,0	116,7	111,6	116,7	116,7	91,0	106,5
2006	J	4 696	475	113,8	100,9	129,9	109,5	109,5	120,8	89,5	104,7	89,5	120,8	109,5	120,8	120,8	89,5	104,7
	F	4 632	481	116,5	102,6	133,8	113,4	112,2	123,2	90,3	104,7	90,3	123,2	113,4	121,4	121,4	90,3	104,7
	M	4 619	486	115,3	102,2	131,7	113,7	113,7	120,4	91,8	105,1	91,8	120,4	113,7	120,4	120,4	91,8	105,1
	A	4 620	502	119,2	104,3	137,8	117,3	117,3	124,9	91,4	108,1	91,4	124,9	117,3	124,9	124,9	91,4	108,1
	M	4 560	523	117,8	105,2	133,6	116,0	117,1	123,1	94,0	107,1	94,0	123,1	116,0	123,3	123,3	94,0	107,1
	J	4 529	549	117,8	103,6	135,6	118,1	118,1	121,9	90,3	106,2	90,3	121,9	118,1	121,9	121,9	90,3	106,2
	J	4 465	587	118,5	105,1	135,3	116,5	116,5	124,5	91,1	107,1	91,1	124,5	116,5	124,5	124,5	91,1	107,1
	A	4 465	589	122,2	107,6	140,6	118,3	118,1	130,2	95,0	107,5	95,0	130,2	118,3	127,1	127,1	95,0	107,5
	S	4 420	604	121,1	109,0	136,2	119,6	119,6	126,6	93,5	109,3	93,5	126,6	119,6	126,6	126,6	93,5	109,3
	O	4 360	629															
	N																	
	D																	

<sup>1</sup> Saisonbereinigt nach dem Berliner Verfahren (BV4). Dieses Verfahren hat die Eigenschaft, dass sich beim Hinzufügen eines neuen Wertes davorliegende saisonbereinigte Werte in der Zeitreihe auch dann ändern können, wenn deren Ursprungswert unverändert geblieben ist. Die Vierteljahreswerte wurden aus den saisonbereinigten Monatswerten errechnet.

Quellen: Bundesagentur für Arbeit; Statistisches Bundesamt; Berechnungen des DIW Berlin.

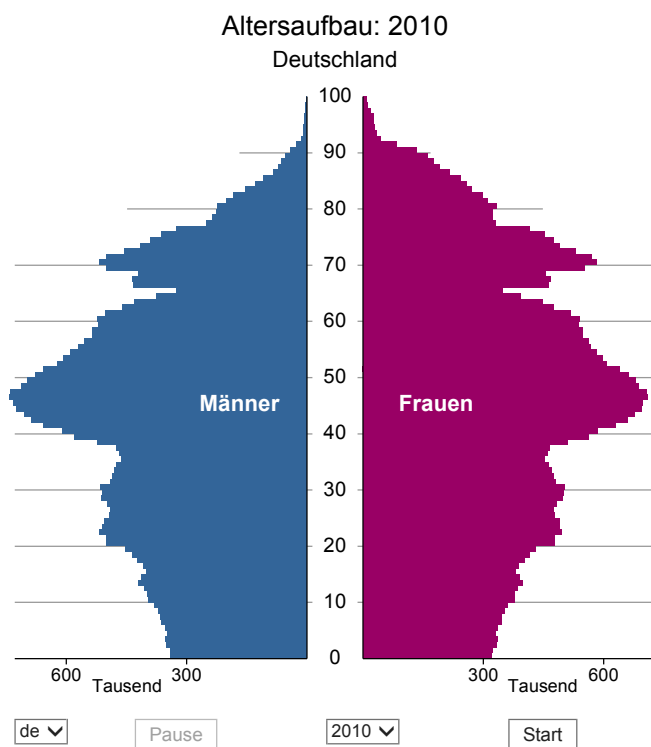
**DEUTSCHLAND**

noch: Ausgewählte saisonbereinigte Konjunkturindikatoren<sup>1</sup>

	Beschäftigte im Bergbau und im Verarbeitenden Gewerbe			Produktion <sup>2</sup>						Umsätze des Einzelhandels			Außenhandel (Spezialhandel) <sup>2</sup>					
	Verarbeitendes Gewerbe			Investitionsgüterproduzenten		Gebrauchsgüterproduzenten		Verbrauchsgüterproduzenten		Bauhauptgewerbe		Ausfuhr			Einfuhr			
	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.
in 1 000																		
2000 = 100																		
2004	J	6050	1008	103,1	88,2	97,7	81,5	101,3	58,1	45,1	101,3	101,7	58,1	45,1	101,3	101,7	58,1	45,1
	F	6042	101,5	103,3	87,7	88,5	86,3	101,2	97,5	84,0	101,2	101,7	97,5	84,0	101,2	101,7	97,5	84,0
	M	6037	102,2	105,2	89,6	97,2	84,4	102,6	97,2	84,7	102,6	101,7	97,2	84,7	102,6	101,7	97,2	84,7
	A	6033	102,5	105,2	88,5	98,0	80,8	101,9	98,0	80,8	101,9	101,4	98,0	80,8	101,9	101,4	98,0	80,8
	M	6024	105,3	109,1	92,4	89,6	82,1	99,5	99,6	81,1	99,5	101,4	99,6	81,1	99,5	101,4	99,6	81,1
	J	6020	103,1	106,5	88,0	97,7	80,2	102,7	97,7	80,2	102,7	101,4	97,7	80,2	102,7	101,4	97,7	80,2
	J	6014	102,9	106,1	88,5	97,6	79,1	103,0	97,6	79,1	103,0	101,4	97,6	79,1	103,0	101,4	97,6	79,1
	A	6009	104,0	108,2	87,5	87,7	78,9	101,2	98,2	78,9	101,2	102,1	98,2	78,9	101,2	102,1	98,2	78,9
	S	6004	103,5	107,2	87,2	98,0	78,6	102,0	98,0	78,6	102,0	102,1	98,0	78,6	102,0	102,1	98,0	78,6
	O	5997	103,0	107,5	86,2	96,8	77,5	102,0	96,8	77,5	102,0	102,9	96,8	77,5	102,0	102,9	96,8	77,5
	N	5985	102,4	105,8	85,5	85,8	77,2	103,4	98,4	77,2	103,4	102,9	98,4	77,2	103,4	102,9	98,4	77,2
	D	5978	102,1	104,9	85,6	97,7	76,7	103,3	97,7	76,7	103,3	102,9	97,7	76,7	103,3	102,9	97,7	76,7
2005	J	5969	104,6	108,4	86,4	99,3	79,6	102,3	99,3	79,6	102,3	102,9	99,3	79,6	102,3	102,9	99,3	79,6
	F	5962	103,9	107,7	87,0	86,5	73,9	103,1	99,5	75,6	103,1	102,9	99,5	75,6	103,1	102,9	99,5	75,6
	M	5952	104,7	108,9	86,3	100,5	73,4	103,3	100,5	73,4	103,3	102,9	100,5	73,4	103,3	102,9	100,5	73,4
	A	5944	104,9	110,5	87,9	98,5	76,1	103,8	98,5	76,1	103,8	103,9	98,5	76,1	103,8	103,9	98,5	76,1
	M	5939	103,5	106,9	83,3	87,1	74,6	103,5	99,5	75,7	103,5	103,9	99,5	75,7	103,5	103,9	99,5	75,7
	J	5925	106,2	111,7	90,2	100,1	76,5	104,3	100,1	76,5	104,3	103,9	100,1	76,5	104,3	103,9	100,1	76,5
	J	5918	106,5	111,2	86,5	101,3	75,5	102,8	101,3	75,5	102,8	103,9	101,3	75,5	102,8	103,9	101,3	75,5
	A	5914	106,1	111,4	88,5	87,8	76,7	105,3	100,8	76,0	105,3	104,2	100,8	76,0	105,3	104,2	100,8	76,0
	S	5908	107,8	112,9	88,4	102,1	75,7	104,5	102,1	75,7	104,5	103,9	102,1	75,7	104,5	103,9	102,1	75,7
	O	5903	108,5	112,6	89,0	103,7	76,0	103,4	103,7	76,0	103,4	103,9	103,7	76,0	103,4	103,9	103,7	76,0
	N	5902	109,2	115,2	90,4	90,0	75,9	104,3	101,7	76,2	104,3	103,9	101,7	76,2	104,3	103,9	101,7	76,2
	D	5897	110,0	115,9	90,5	102,5	76,6	104,1	102,5	76,6	104,1	103,9	102,5	76,6	104,1	103,9	102,5	76,6
2006	J	5889	108,7	114,3	91,2	101,1	72,9	105,0	101,1	72,9	105,0	104,6	101,1	72,9	105,0	104,6	101,1	72,9
	F	5886	110,3	116,5	90,7	91,2	77,3	104,4	101,5	75,6	104,4	104,6	101,5	75,6	104,4	104,6	101,5	75,6
	M	5886	110,4	116,1	91,7	100,8	76,6	104,3	100,8	76,6	104,3	104,6	100,8	76,6	104,3	104,6	100,8	76,6
	A	5886	111,3	114,7	90,4	104,4	78,0	103,1	104,4	78,0	103,1	105,0	104,4	78,0	103,1	105,0	104,4	78,0
	M	5885	112,6	118,7	95,9	92,3	80,8	107,4	102,0	79,2	107,4	105,0	102,0	79,2	107,4	105,0	102,0	79,2
	J	5899	112,3	116,3	90,6	102,8	78,7	104,5	102,8	78,7	104,5	105,0	102,8	78,7	104,5	105,0	102,8	78,7
	J	5895	112,5	117,4	93,2	102,1	80,4	104,2	102,1	80,4	104,2	104,8	102,1	80,4	104,2	104,8	102,1	80,4
	A	5896	113,9	118,3	96,1	94,7	81,2	106,0	102,8	80,8	106,0	104,8	102,8	80,8	106,0	104,8	102,8	80,8
	S	5896	114,0	118,8	94,9	102,7	80,9	104,2	102,7	80,9	104,2	104,8	102,7	80,9	104,2	104,8	102,7	80,9
	O																	
	N																	
	D																	

<sup>1</sup> Saisonbereinigt nach dem Berliner Verfahren (BV4). Dieses Verfahren hat die Eigenschaft, dass sich beim Hinzufügen eines neuen Wertes davorliegende saisonbereinigte Werte in der Zeitreihe auch dann ändern können, wenn deren Ursprungswert unverändert geblieben ist. Die Vierteljahreswerte wurden aus den saisonbereinigten Monatswerten errechnet.

<sup>2</sup> Außerdem arbeitstäglich bereinigt.



**12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung**

1950 bis 2008: Fortschreibung  
2009 bis 2060: Vorausberechnung

Variante 1-W1 ▼ Die Annahmen:

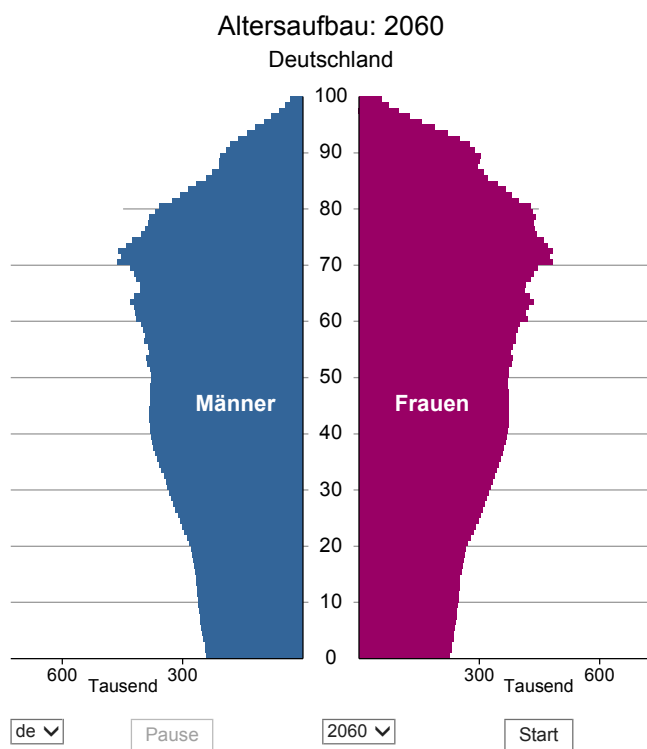
- Geburtenhäufigkeit annähernd konstant bei 1,4 Kindern je Frau
- Lebenserwartung Neugeborener im Jahr 2060: 85,0 Jahre für Jungen  
89,2 Jahre für Mädchen
- Jährlicher Wanderungssaldo + 100 000 Personen

**Altersgruppen**

<20	20-64	65+	Gesamt	AQ
15	49.7	16.8	81.5 Mill.	34
18	61	21	100 %	

- Altersgruppen ändern
- Frauen- bzw. Männer-Überschuss anzeigen

© Statistisches Bundesamt 2009



**12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung**

1950 bis 2008: Fortschreibung  
2009 bis 2060: Vorausberechnung

Variante 1-W1 ▼ Die Annahmen:

- Geburtenhäufigkeit annähernd konstant bei 1,4 Kindern je Frau
- Lebenserwartung Neugeborener im Jahr 2060: 85,0 Jahre für Jungen, 89,2 Jahre für Mädchen
- Jährlicher Wanderungssaldo + 100 000 Personen

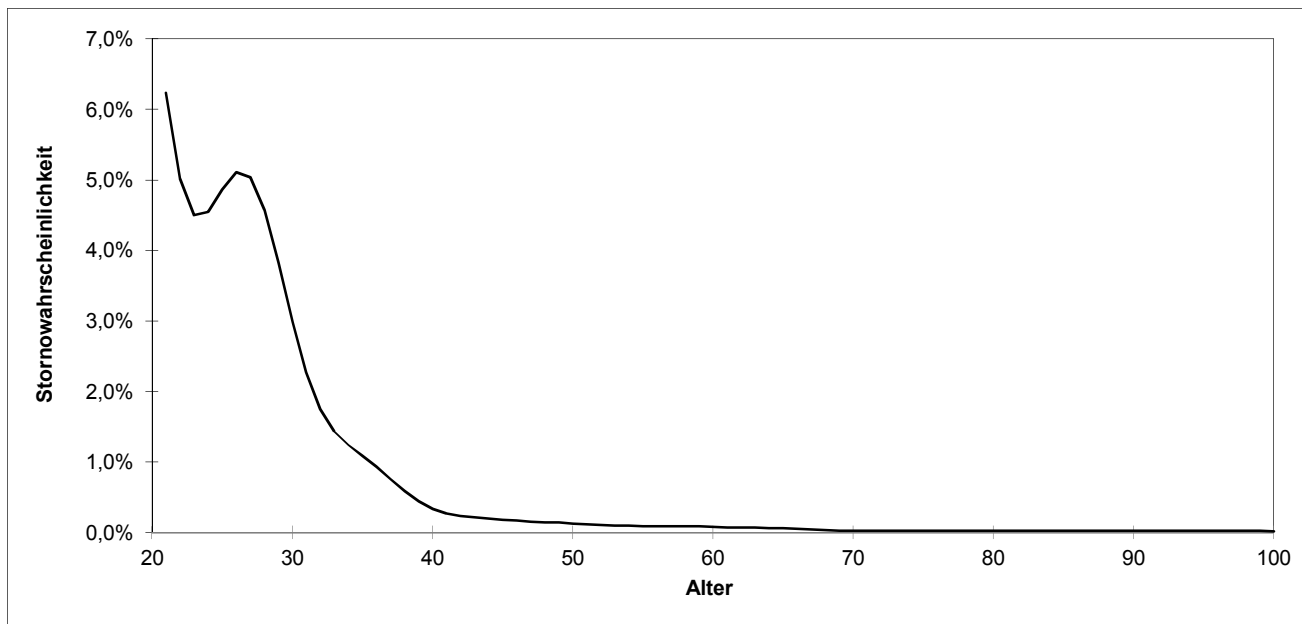
**Altersgruppen**

<20	20–64	65+	Gesamt	AQ
10.1	32.6	22	64.7 Mill.	67
16	50	34	100 %	

- Altersgruppen ändern
- Frauen- bzw. Männer-Überschuss anzeigen

© Statistisches Bundesamt 2009

## Stornostatistik Beihilfeberechtigte, männlich

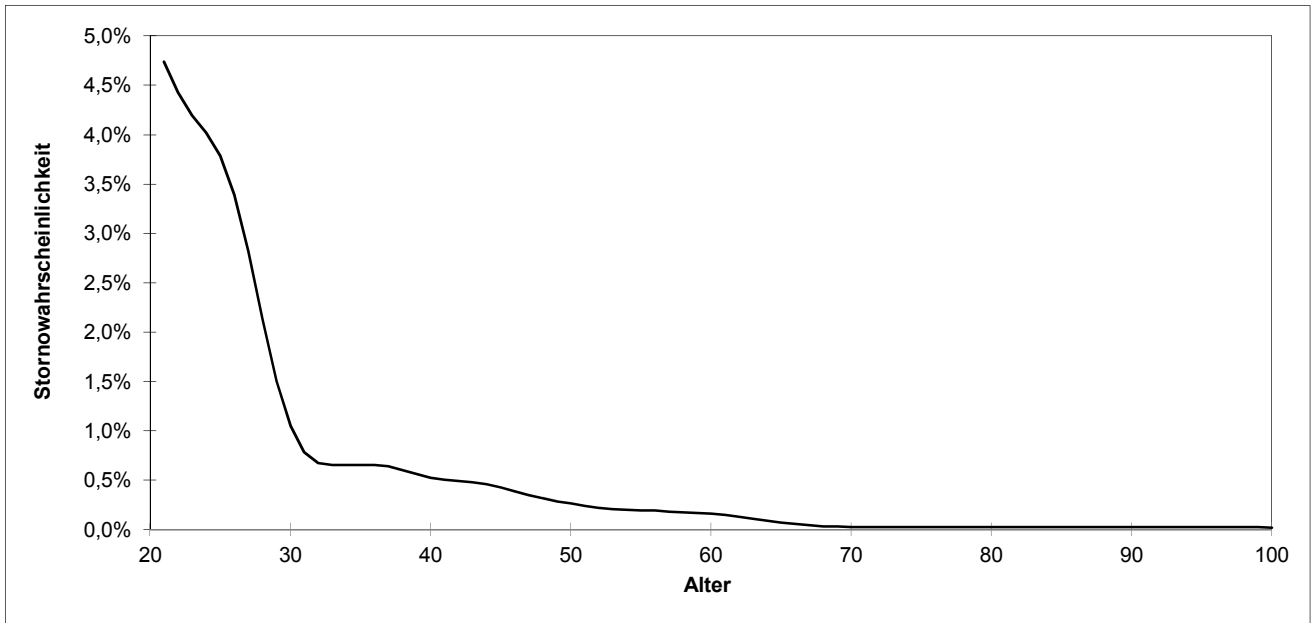


Alter	Profil	Alter	Profil	Alter	Profil
21	6,23 %	48	0,15 %	75	0,03 %
22	5,02 %	49	0,14 %	76	0,03 %
23	4,50 %	50	0,13 %	77	0,03 %
24	4,55 %	51	0,12 %	78	0,03 %
25	4,86 %	52	0,11 %	79	0,03 %
26	5,11 %	53	0,10 %	80	0,03 %
27	5,03 %	54	0,10 %	81	0,03 %
28	4,57 %	55	0,10 %	82	0,03 %
29	3,82 %	56	0,09 %	83	0,03 %
30	2,99 %	57	0,09 %	84	0,03 %
31	2,27 %	58	0,09 %	85	0,03 %
32	1,75 %	59	0,09 %	86	0,03 %
33	1,43 %	60	0,08 %	87	0,03 %
34	1,24 %	61	0,08 %	88	0,03 %
35	1,09 %	62	0,07 %	89	0,03 %
36	0,93 %	63	0,07 %	90	0,03 %
37	0,76 %	64	0,07 %	91	0,03 %
38	0,59 %	65	0,06 %	92	0,03 %
39	0,45 %	66	0,05 %	93	0,03 %
40	0,34 %	67	0,04 %	94	0,03 %
41	0,27 %	68	0,04 %	95	0,03 %
42	0,24 %	69	0,03 %	96	0,03 %
43	0,21 %	70	0,03 %	97	0,03 %
44	0,20 %	71	0,03 %	98	0,03 %
45	0,18 %	72	0,03 %	99	0,03 %
46	0,17 %	73	0,03 %	100	0,02 %
47	0,16 %	74	0,03 %		



48	0,001496626
49	0,001410456
50	0,001300058
51	0,001181813
52	0,001097637
53	0,001038335
54	0,000988215
55	0,000953411
56	0,000932684
57	0,000926268
58	0,000920869
59	0,000888166
60	0,000825602
61	0,000756447
62	0,000710182
63	0,000688932
64	0,000671672
65	0,000631732
66	0,000545256
67	0,000441215
68	0,000351735
69	0,000293586
70	0,000270227
71	0,000270227
72	0,000270227
73	0,000270227
74	0,000270227
75	0,000270227
76	0,000270227
77	0,000270227
78	0,000270227
79	0,000270227
80	0,000270227
81	0,000270227
82	0,000270227
83	0,000270227
84	0,000270227
85	0,000270227
86	0,000270227
87	0,000270227
88	0,000270227
89	0,000270227
90	0,000270227
91	0,000270227
92	0,000270227
93	0,000270227
94	0,000270227
95	0,000270227
96	0,000270227
97	0,000270227
98	0,000270227
99	0,000270227
100	0,000195074

## Stornostatistik Beihilfeberechtigte, weiblich

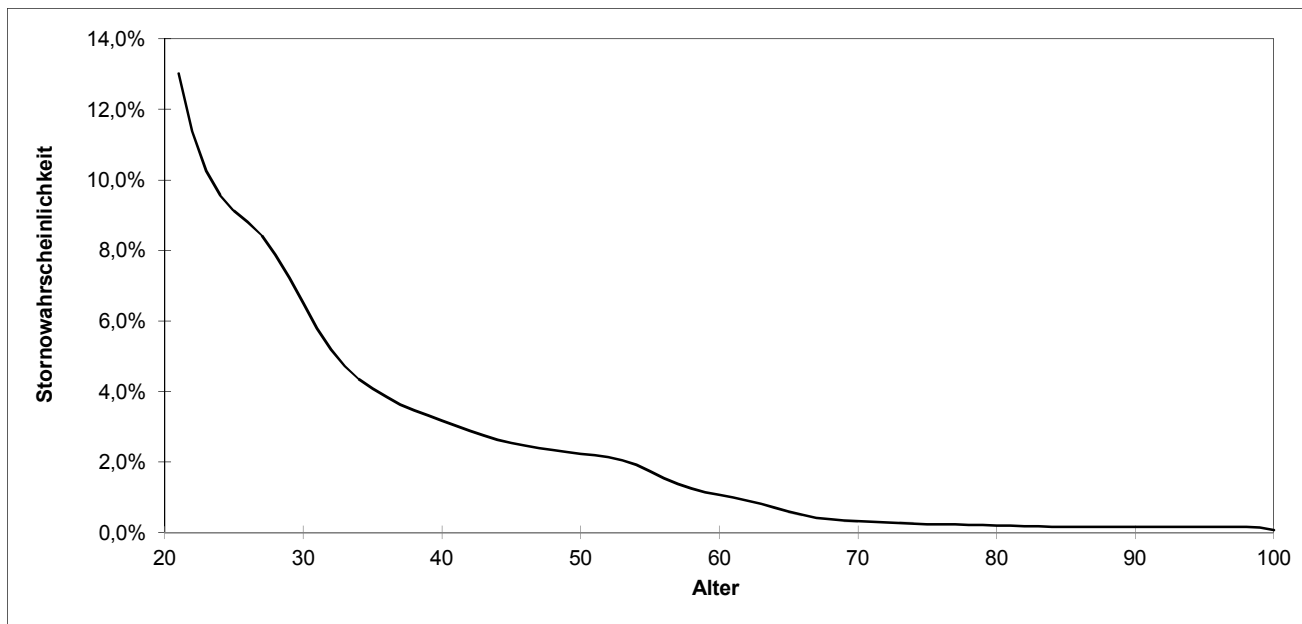


Alter	Profil	Alter	Profil	Alter	Profil
21	4,74 %	48	0,32 %	75	0,03 %
22	4,43 %	49	0,29 %	76	0,03 %
23	4,20 %	50	0,26 %	77	0,03 %
24	4,02 %	51	0,24 %	78	0,03 %
25	3,78 %	52	0,22 %	79	0,03 %
26	3,39 %	53	0,21 %	80	0,03 %
27	2,82 %	54	0,20 %	81	0,03 %
28	2,13 %	55	0,20 %	82	0,03 %
29	1,51 %	56	0,19 %	83	0,03 %
30	1,05 %	57	0,18 %	84	0,03 %
31	0,79 %	58	0,18 %	85	0,03 %
32	0,68 %	59	0,17 %	86	0,03 %
33	0,66 %	60	0,16 %	87	0,03 %
34	0,66 %	61	0,15 %	88	0,03 %
35	0,66 %	62	0,13 %	89	0,03 %
36	0,66 %	63	0,11 %	90	0,03 %
37	0,64 %	64	0,09 %	91	0,03 %
38	0,60 %	65	0,07 %	92	0,03 %
39	0,56 %	66	0,06 %	93	0,03 %
40	0,53 %	67	0,04 %	94	0,03 %
41	0,50 %	68	0,04 %	95	0,03 %
42	0,49 %	69	0,03 %	96	0,03 %
43	0,48 %	70	0,03 %	97	0,03 %
44	0,46 %	71	0,03 %	98	0,03 %
45	0,43 %	72	0,03 %	99	0,03 %
46	0,39 %	73	0,03 %	100	0,02 %
47	0,35 %	74	0,03 %		

48	0,003160200
49	0,002883639
50	0,002641141
51	0,002410607
52	0,002213525
53	0,002078101
54	0,002011883
55	0,001979218
56	0,001923045
57	0,001839047
58	0,001762952
59	0,001698309
60	0,001619881
61	0,001471027
62	0,001274217
63	0,001081033
64	0,000894050
65	0,00071347
66	0,000554444
67	0,000434136
68	0,000355697
69	0,000309861
70	0,000290134
71	0,000284582
72	0,000284582
73	0,000284582
74	0,000284582
75	0,000284582
76	0,000284582
77	0,000284582
78	0,000284582
79	0,000284582
80	0,000284582
81	0,000284582
82	0,000284582
83	0,000284582
84	0,000284582
85	0,000284582
86	0,000284582
87	0,000284582
88	0,000284582
89	0,000284582
90	0,000284582
91	0,000284582
92	0,000284582
93	0,000284582
94	0,000284582
95	0,000284582
96	0,000284582
97	0,000284582
98	0,000284582
99	0,000284582
100	0,000219997



## Stornostatistik Sonstige Versicherte, männlich

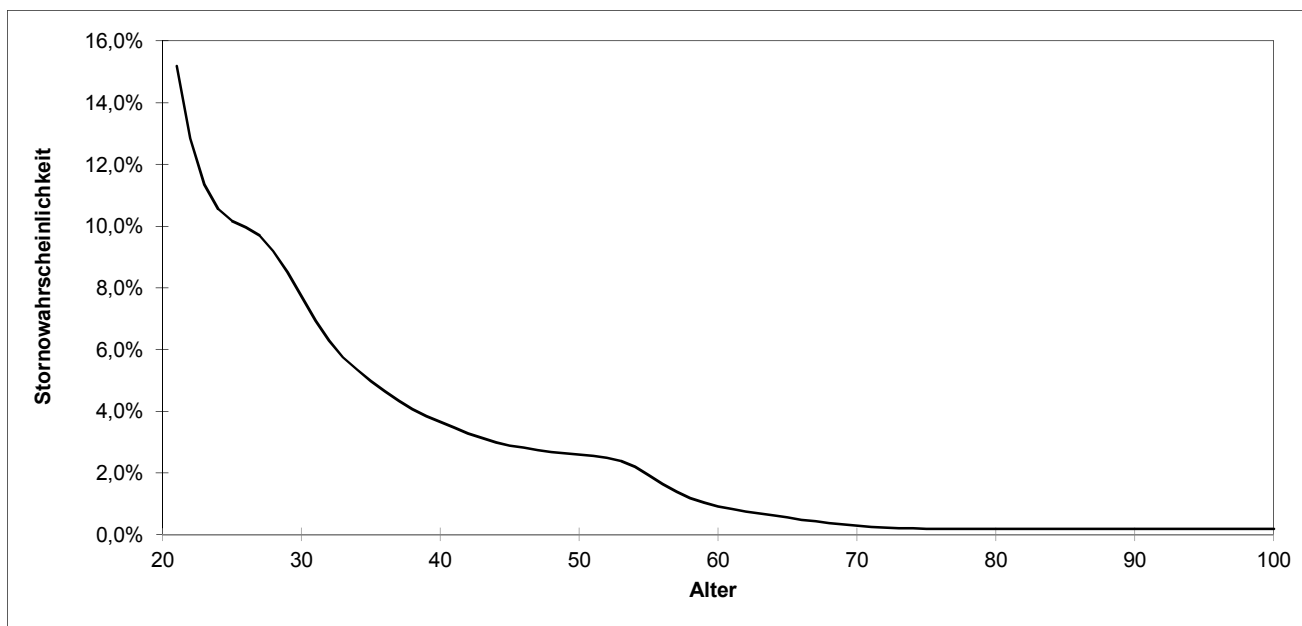


Alter	Profil	Alter	Profil	Alter	Profil
21	13,01 %	48	2,34 %	75	0,24 %
22	11,38 %	49	2,29 %	76	0,24 %
23	10,26 %	50	2,23 %	77	0,23 %
24	9,56 %	51	2,19 %	78	0,23 %
25	9,14 %	52	2,14 %	79	0,22 %
26	8,81 %	53	2,06 %	80	0,21 %
27	8,42 %	54	1,93 %	81	0,20 %
28	7,89 %	55	1,74 %	82	0,19 %
29	7,22 %	56	1,54 %	83	0,18 %
30	6,49 %	57	1,37 %	84	0,17 %
31	5,79 %	58	1,24 %	85	0,17 %
32	5,19 %	59	1,14 %	86	0,17 %
33	4,72 %	60	1,06 %	87	0,17 %
34	4,36 %	61	0,99 %	88	0,17 %
35	4,08 %	62	0,91 %	89	0,17 %
36	3,84 %	63	0,82 %	90	0,17 %
37	3,64 %	64	0,71 %	91	0,17 %
38	3,47 %	65	0,61 %	92	0,17 %
39	3,32 %	66	0,51 %	93	0,17 %
40	3,18 %	67	0,43 %	94	0,17 %
41	3,03 %	68	0,38 %	95	0,17 %
42	2,89 %	69	0,34 %	96	0,17 %
43	2,75 %	70	0,33 %	97	0,17 %
44	2,64 %	71	0,31 %	98	0,17 %
45	2,54 %	72	0,30 %	99	0,14 %
46	2,46 %	73	0,28 %	100	0,07 %
47	2,40 %	74	0,26 %		

48	0,023429801
49	0,0228667
50	0,022340567
51	0,021924524
52	0,021436281
53	0,02059264
54	0,019254852
55	0,017415132
56	0,015423342
57	0,013736672
58	0,012443919
59	0,01144586
60	0,010647813
61	0,009925804
62	0,009147605
63	0,008216212
64	0,007147984
65	0,006055169
66	0,005054032
67	0,004271299
68	0,003752169
69	0,003445403
70	0,003262805
71	0,003121515
72	0,002958562
73	0,002765654
74	0,002580367
75	0,002441012
76	0,002353644
77	0,002302667
78	0,002254327
79	0,002186315
80	0,002090314
81	0,001968783
82	0,001850021
83	0,001760448
84	0,001723630
85	0,001723630
86	0,001723630
87	0,001723630
88	0,001723630
89	0,001723630
90	0,001723630
91	0,001723630
92	0,001723630
93	0,001723630
94	0,001723630
95	0,001723630
96	0,001723630
97	0,001723630
98	0,001723630
99	0,001390066
100	0,000746507



## Stornostatistik Sonstige Versicherte, weiblich



Alter	Profil	Alter	Profil	Alter	Profil
21	15,19 %	48	2,68 %	75	0,20 %
22	12,85 %	49	2,63 %	76	0,20 %
23	11,34 %	50	2,59 %	77	0,20 %
24	10,53 %	51	2,55 %	78	0,20 %
25	10,17 %	52	2,50 %	79	0,20 %
26	9,97 %	53	2,39 %	80	0,20 %
27	9,68 %	54	2,20 %	81	0,20 %
28	9,19 %	55	1,93 %	82	0,20 %
29	8,50 %	56	1,63 %	83	0,20 %
30	7,71 %	57	1,38 %	84	0,20 %
31	6,94 %	58	1,18 %	85	0,20 %
32	6,28 %	59	1,03 %	86	0,20 %
33	5,75 %	60	0,91 %	87	0,20 %
34	5,33 %	61	0,83 %	88	0,20 %
35	4,98 %	62	0,76 %	89	0,20 %
36	4,64 %	63	0,69 %	90	0,20 %
37	4,34 %	64	0,62 %	91	0,20 %
38	4,07 %	65	0,55 %	92	0,20 %
39	3,85 %	66	0,49 %	93	0,20 %
40	3,64 %	67	0,43 %	94	0,20 %
41	3,46 %	68	0,38 %	95	0,20 %
42	3,28 %	69	0,33 %	96	0,20 %
43	3,13 %	70	0,29 %	97	0,20 %
44	2,99 %	71	0,26 %	98	0,20 %
45	2,89 %	72	0,23 %	99	0,20 %
46	2,81 %	73	0,21 %	100	0,20 %
47	2,74 %	74	0,20 %		



48	0,026803878
49	0,026326704
50	0,025876066
51	0,025493310
52	0,024983572
53	0,023947066
54	0,022028537
55	0,01930113
56	0,016345407
57	0,013809594
58	0,011831154
59	0,010308642
60	0,009133671
61	0,008263798
62	0,007551602
63	0,006862604
64	0,006187126
65	0,005526989
66	0,004872806
67	0,004302509
68	0,003798918
69	0,003329161
70	0,002904527
71	0,002557864
72	0,002304745
73	0,002128754
74	0,002013502
75	0,001965711
76	0,001965711
77	0,001965711
78	0,001965711
79	0,001965711
80	0,001962481
81	0,001962481
82	0,001962481
83	0,001962481
84	0,001962481
85	0,001962481
86	0,001962481
87	0,001962481
88	0,001962481
89	0,001962481
90	0,001962481
91	0,001962481
92	0,001962481
93	0,001962481
94	0,001962481
95	0,001962481
96	0,001962481
97	0,001962481
98	0,001962481
99	0,001962481
100	0,001962481



**Recht**

# **Allgemeine Versicherungs- bedingungen 2009 für den Standardtarif**

Stand: 1. Dezember 2009  
Bestell-Nr. 12-011209-08



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.  
Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln  
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50  
Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin  
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33  
[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)

# Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Standardtarif

## Inhalt

### Teil I - Musterbedingungen 2009

für den Standardtarif (MB/ST 2009) §§ 1 – 19.....	3
Präambel.....	3
Der Versicherungsschutz .....	4
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes.....	4
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes .....	8
§ 3 Wartezeiten.....	9
§ 4 Umfang der Leistungspflicht.....	10
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht.....	12
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen .....	13
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes.....	15
Pflichten des Versicherungsnehmers.....	15
§ 8 Beitragszahlung .....	15
§ 8a Beitragsberechnung, -begrenzung, -angleichung und -anpassung.....	17
§ 9 Obliegenheiten .....	21
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen .....	22
§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverlet- zungen bei Ansprüchen gegen Dritte.....	22
§ 12 Aufrechnung .....	23
Ende der Versicherung .....	23
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	23
§ 14 Kündigung durch den Versicherer.....	25
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe .....	25
Sonstige Bestimmungen .....	26
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen .....	26
§ 17 Gerichtsstand .....	26
§ 18 Änderungen des Standardtarifs .....	27
§ 19 Wechsel in den Basistarif .....	28

## Teil II - Tarifbedingungen

für den Standardtarif (TB/ST) Nr. 1 - 10 ..... *im Teil I integriert*

Nr. 1	Tarifestufen, Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Nachweispflichten .....	4
Nr. 2	Wartezeitenanrechnung.....	9
Nr. 3a	Psychotherapie.....	10
Nr. 3b	Zahntechnik (Material- und Laborkosten) .....	10
Nr. 3c	Definitionen .....	10
Nr. 3d	Einschränkung .....	11
Nr. 4	Nachweise.....	14
Nr. 5	Wechselkurs.....	14
Nr. 6	Kosten.....	15
Nr. 7	Mahnkosten.....	17
Nr. 8	Eintrittsalter .....	18
Nr. 9	Keine Zusatzversicherung.....	21
Nr. 10	Leistungsänderung.....	27

## Teil III – Tarif ST ..... 29

Einführung .....	29
Tarifstufe STN .....	29
Tarifstufe STB .....	29
Bemessung der ärztlichen/zahnärztlichen Gebühren.....	31
Leistungen des Versicherers .....	31
A. Ambulante Behandlung .....	31
B. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie .....	35
C. Stationäre Heilbehandlung .....	37
D. Entbindungen .....	38
Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs.....	39
Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen .....	43

# Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Standardtarif

## Teil I - Musterbedingungen 2009 für den Standardtarif (MB/ST 2009) §§ 1 – 19

### *Teil II - Tarifbedingungen für den Standardtarif (TB/ST) Nr. 1 - 10*

#### **Präambel**

Aufnahme- und versicherungsfähig sind die in Nr. 1 TB/ST genannten Personen, wenn ihr substitutiver Krankenversicherungsvertrag in einem anderen Tarif als dem Standardtarif vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden ist. Der Standardtarif garantiert dem aufnahme- und versicherungsfähigen Privatversicherten, dass er als Einzelperson keinen höheren Beitrag zahlen muss als den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); Ehegatten und Lebenspartner zahlen unter bestimmten Voraussetzungen (s. § 8a Abs. 2 MB/ST) insgesamt höchstens 150 v. H. dieses Höchstbeitrags. Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, verringert sich der garantierte Höchstbeitrag für Einzelpersonen und Ehegatten und Lebenspartner beihilfesatzkonform, das heißt auf den vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteil.

Das Leistungsversprechen des Standardtarifs ist dem der GKV vergleichbar und kann auch künftig angepasst werden (s. Nr. 10 TB/ST). Für Personen mit Beihilfeanspruch werden die den Leistungen der GKV vergleichbaren Leistungen des Standardtarifs in Höhe des vom Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils erbracht.

Die im Standardtarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits geändert werden.

Der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Standardtarifs verwendete Begriff „Lebenspartner“ bezieht sich auf „Lebenspartner“ gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

#### **Nr. 1 Tarifstufen, Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Nachweispflichten**

(1) Der Standardtarif wird in zwei Tarifstufen angeboten:

- Tarifstufe STN
- Tarifstufe STB

(2) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe STN sind Personen, die bei Krankheit **keinen** Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 VAG) verfügen, wenn sie

- a) das 65. Lebensjahr vollendet haben,
- b) das 55. Lebensjahr vollendet haben und ihr jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V nicht übersteigt,
- c) vor Vollendung des 55. Lebensjahres eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder die Voraussetzungen für diese Rente erfüllen und sie beantragt haben und ihr jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 7 SGB V) nicht übersteigt. Aufnahmefähig sind auch deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Standardtarifversicherten in der GKV nach § 10 SGB V familienversichert wären.

- (3) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe STB sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren im Sinne der Beihilfenvorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes berücksichtigungsfähige Angehörige, wenn sie über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 VAG) verfügen und die Voraussetzungen nach Absatz 2a und b erfüllen. Außerdem sind in Tarifstufe STB Personen aufnahme- und versicherungsfähig, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 VAG) verfügen und vor Vollendung des 55. Lebensjahres ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen und deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 SGB IV) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V nicht übersteigt; dies gilt auch für deren Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Standardtarifversichererten in der GKV nach § 10 SGB V familienversichert wären.
- (4) Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen.
- (5) Die Voraussetzungen für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit müssen durch die Vorlage von Unterlagen nachgewiesen werden, z. B.:
- aktueller Einkommensteuerbescheid
  - Nichtveranlagungsbescheinigung
  - Rentenantrag mit Eingangsbestätigung des Rentenversicherungsträgers
  - Rentenbescheid bzw. Rentnerausweis
  - Bestätigung über Ruhegehaltsbezug nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften
  - Bestätigung der Beihilfestelle über Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen
  - Bestätigung der Beihilfestelle über Berücksichtigungsfähigkeit von Angehörigen bei der Beihilfe
  - Ernennungsurkunde über die Berufung in das Beamtenverhältnis
- (6) Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der



*Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz in der Tarifstufe STB des Standardtarifs so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung des Beihilfebemessungssatzes bzw. nach Fortfall des Beihilfeanspruchs gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum Zeitpunkt der Änderung an. Bei nicht fristgemäßer Beantragung erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum 1. des auf die Beantragung folgenden Monats. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen. Der sich mit dem Risikozuschlag ergebende Beitrag darf jedoch die Beitragsbegrenzung nach § 8a Abs. 2 MB/ST nicht übersteigen.*

*Werden versicherte Personen der Tarifstufe STN beihilfeberechtigt, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach Erlangung des Beihilfeanspruchs anzuzeigen. Ab dem Zeitpunkt der Erlangung des Beihilfeanspruchs wird die Versicherung nach Tarifstufe STB weitergeführt.*

*Wird der Versicherer nicht fristgemäß informiert, erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum 1. des auf die Kenntnisnahme durch den Versicherer folgenden Monats.*

- (7) War zu Beginn der Versicherung das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, wird bei Versicherten nach Absatz 2 und 3 ein vereinbarter Risikozuschlag bei Fortbestehen der Risikoerhöhung in gleicher prozentualer Höhe auch im Standardtarif erhoben. Ist der Versicherungsschutz des Standardtarifs aber höher oder umfassender als der bisherige, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Ein zu Beginn der Versicherung vereinbarter Leistungsausschluss wird bei Fortbestehen der Risikoerhöhung in einen Risikozuschlag umgewandelt. Der sich mit dem Risikozuschlag ergebende Beitrag darf jedoch die Beitragsbegrenzung nach § 8a Abs. 2 MB/ST nicht übersteigen. Personen, deren Aufnahme im Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung erfolgte, werden für die Dauer der Versicherung nach Tarifstufe STB nicht durch den bei Antragstellung festgestellten und dokumentierten Risikozuschlag belastet.*

- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
- a) Untersuchung und notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
  - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz ver-

langen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten.

Beantragen Personen, deren Aufnahme in den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung erfolgte, die Umwandlung der Versicherung nach dem Standardtarif in einen gleichartigen Versicherungsschutz, wird außerdem der zuletzt festgestellte und dokumentierte Risikozuschlag zugrunde gelegt.

## § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

### § 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.  
Sie entfällt
- a) bei Unfällen;
  - b) für den Ehegatten oder Lebenspartner einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf freie Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### **Nr. 2 Wartezeitenanrechnung**

*Auf die Wartezeiten wird die Versicherungszeit in einem Tarif mit substitutivem Versicherungsschutz angerechnet.*

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

### **Nr. 3a Psychotherapie**

*Bei ambulanter oder bei stationärer Psychotherapie wird geleistet, wenn und soweit der Versicherte vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat und die Therapie von einem niedergelassenen approbierten Arzt mit einer Zusatzausbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie oder einem in eigener Praxis tätigen und im Arztregister eingetragenen nichtärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird.*

*Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Psychotherapie durch andere Behandler.*

### **Nr. 3b Zahntechnik (Material- und Laborkosten)**

*Erstattungsfähig sind nur die im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs (Anlage) ausgewiesenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.*

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

### **Nr. 3c Definitionen**

*(1) Als Arzneimittel gelten nicht: Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Geheimmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Badezusätze, Mittel zur Potenzsteigerung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen androgenetisch bedingten Haarausfall sowie sonstige Mittel, für die die GKV keine Leistungen vorsieht.*

*Nicht erstattungsfähig sind bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht*

- für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen und
- für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 91 Abs. 1, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. SGB V) aufgeführt sind und daher zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

(2) Erstattungsfähige Heilmittel sind nur die im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs (Anlage) ausgewiesenen physikalisch-medizinischen Leistungen, soweit sie vom in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt werden.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen (wie z. B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) sowie Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person.

(3) Erstattungsfähige Heilmittel sind auch Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs aufgeführt sind und von einem Logopäden ausgeführt werden.

(4) Der Anspruch auf Versorgung mit Hörgeräten, Krankenfahrstühlen und anderen Hilfsmitteln umfasst die Aufwendungen für das Ausleihen, die Reparatur sowie die Unterweisung im Gebrauch, nicht aber für Wartung, Gebrauch und Pflege.

Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Brillengläser besteht nur bei einer ärztlich festgestellten Änderung der Sehfähigkeit – bezogen auf ein Auge – um mindestens 0,5 Dioptrien. Aufwendungen für Brillengestelle sind nicht erstattungsfähig.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

### **Nr. 3d Einschränkung**

Die freie Krankenhauswahl beschränkt sich auf solche öffentlichen und privaten Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
  - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - f) für Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
  - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.



#### **Nr. 4 Nachweise**

*(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Kostenträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.*

*Die Belege der Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.*

*(2) Arzneimittelverordnungen sind zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen, es sei denn, dass die Krankheitsbezeichnung auf der Verordnung vom Behandler vermerkt ist. Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen. Die Verordnungen müssen den Namen der behandelten Person enthalten.*

*(3) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.3. des auf die Rechnungsstellung folgenden Jahres eingereicht werden.*

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG .

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

#### **Nr. 5 Wechselkurs**

*Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank,*

*Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.*

- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

#### **Nr. 6 Kosten**

*Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine Überweisung in das Ausland erfolgt oder eine besondere Überweisungsform gewünscht wird. Übersetzungskosten werden nicht abgezogen.*

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

### **§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

## **Pflichten des Versicherungsnehmers**

### **§ 8 Beitragszahlung**

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) später als einen Monat nach Entste-

hen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz verzinst.

- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer im Standardtarif mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumnis-

zuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG fortgesetzt.

#### **Nr. 7 Mahnkosten**

*Die Mahnkosten betragen je Mahnung 5,00 EUR.*

- (7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (8) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

#### **§ 8a Beitragsberechnung, -begrenzung, -angleichung und -anpassung**

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in

den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

### **Nr. 8 Eintrittsalter**

*(1) Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den Standardtarif und dem Geburtsjahr. Der Tatsache, dass das Eintrittsalter der versicherten Person in die Krankheitskostenversicherung, aus der sie in den Standardtarif wechselt, niedriger gewesen ist, wird in der Weise Rechnung getragen, dass die Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Dabei darf der neue Beitrag den halben niedrigsten Erwachsenenbeitrag (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe nicht unterschreiten.*

*(2) Für Kinder und Jugendliche richtet sich der Beitrag nach dem jeweils vollendeten Lebensjahr. Nach Vollendung des 16. Lebensjahres wird vom folgenden Monatsersten an der Jugendlichenbeitrag (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe und nach Vollendung des 21. Lebensjahres wird vom folgenden Monatsersten an der Erwachsenenbeitrag (Frauen, Männer) der versicherten Leistungsstufe berechnet.*

(2) Der zu zahlende Beitrag ist für Einzelpersonen begrenzt auf die Höhe des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt auf 150 v. H. des durchschnittlichen Höchstbeitrages der GKV, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. In die Beitragsbegrenzung wird bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten auch der Beitrag für eine Krankentagegeldversicherung einbezogen, soweit sie Leistungen von höchstens 70 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vorsieht.

Der durchschnittliche Höchstbeitrag der GKV bemisst sich nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 SGB V) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V).

Für Personen mit Beihilfeanspruch sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige ist der zu zahlende Beitrag nach Satz 1 begrenzt auf den durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-

Hundert-Anteil des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV gemäß Satz 3. Der für die Beitragsbegrenzung maßgebliche Beihilfesatz ist der nach den jeweiligen Beihilfebestimmungen gültige Beihilfebemessungssatz; abweichende Beihilfebemessungssätze für einzelne Arten beihilfefähiger Aufwendungen bleiben hier außer Betracht.

Die Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung sind nachzuweisen.

Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsbegrenzung bei Ehegatten oder Lebenspartnern durch

- Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- Tod eines Ehegatten oder Lebenspartners
- Scheidung
- Beendigung des Standardtarifs für einen Ehegatten oder Lebenspartner

ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist dann berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls die Beitragsbegrenzung für Einzelpersonen anzuwenden. Unabhängig von der Anzeigepflicht kann der Versicherer in regelmäßigen Abständen die Berechtigung zur Inanspruchnahme der Beitragsbegrenzung überprüfen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.

Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrags erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrags, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet.

Die Differenz zwischen dem zu zahlenden und dem nach den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulatorisch notwendigen Beitrag wird durch einen Zuschuss des Versicherers ausgeglichen.

- (3) Ändert sich der durchschnittliche Höchstbeitrag der GKV, wird bei Versicherten, die einen Zuschuss des Versicherers gemäß Absatz 2 letzter Satz erhalten, eine Beitragsangleichung auf den kalkulatorisch notwendigen Beitrag vorgenommen, höchstens jedoch bis zur Höhe des neuen durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV. Absatz 2 Satz 1 und 3 gelten entsprechend.

- (4) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Schadenwahrscheinlichkeit) oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Dies geschieht jeweils getrennt für jede Beobachtungseinheit der Tarifstufen STN und STB anhand der jeweiligen Gemeinschaftsstatistik gemäß den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung der Schadenwahrscheinlichkeit von mehr als 10 v. H. bzw. der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 v. H., so werden die Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheiten überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Veränderung der Schadenwahrscheinlichkeiten von mehr als 5 v. H. können die Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheiten überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Von einer solchen Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (5) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch eine beitragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.
- (6) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses in dem Umfang ausgeschlossen, in dem eine Alterungsrückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis zu bilden ist.

- (7) Beitragsangleichungen (s. Absatz 3) werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten durchschnittlichen Höchstbeitrages der GKV wirksam.

Beitragsanpassungen (s. Absatz 4) und Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern. (s. Absatz 5) werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

## § 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges sowie für die Beitrags-einstufung der versicherten Personen erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsbe-rechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

### **Nr. 9 Keine Zusatzversicherung**

*Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen. Besteht gleichwohl eine solche Versiche-*



*rung, entfällt für die Dauer dieser Versicherung die Begrenzung des Höchstbeitrages auf den Höchstbeitrag der GKV gemäß § 8a Abs. 2.*

## **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient, auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## **§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten

erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## § 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsver eins nicht aufrechnen.

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht

Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8a) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Die Kündigung des Standardtarifs nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die

Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

- (8) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (9) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

#### **§ 14 Kündigung durch den Versicherer**

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben für den Fall unberührt, dass dem Versicherer unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der beiderseitigen Interessen, insbesondere der Verpflichtung gemäß § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG, die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht zugemutet werden kann.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

#### **§ 15 Sonstige Beendigungsgründe**

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung

ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

### § 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

## § 18 Änderungen des Standardtarifs

- (1) Die Muster- und Tarifbedingungen des Standardtarifs können gemäß § 314 Abs. 2 Satz 1 SGB V aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betreffen. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

### **Nr. 10 Leistungsänderung**

*Der Standardtarif sieht Leistungen vor, die den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jeweils vergleichbar sind. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 MB/ST berechtigt, die tariflichen Leistungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den Leistungen der GKV anzupassen. Dabei können auch im Tarif genannte betraglich festgelegte Zuzahlungen des Versicherten, betraglich festgelegte Zuschüsse des Versicherers und erstattungsfähige Höchstbeträge bei Anhebung und bei Absenkung der entsprechenden Leistungsgrenzen der GKV angeglichen werden. Die nach dem Standardtarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt werden.*

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Re-

gelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

## **§ 19 Wechsel in den Basistarif**

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Der Wechsel ist jederzeit möglich; die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt.

## Teil III – Tarif ST

### Einführung

In den Abschnitten A bis D des Tarifs sind die Leistungen des Versicherers festgelegt. Es wird dargelegt, worauf sich die Leistungspflicht des Versicherers bezieht (z. B. Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung – Abschnitt A 1) und in welchem Umfang der Versicherer zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen verpflichtet ist (z. B. 100 v. H. der Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung gemäß Abschnitt A 1 oder 65 v. H. der Aufwendungen für Zahnersatz gemäß Abschnitt B 2). Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt dann davon ab, welcher Tarifstufe die versicherte Person angehört bzw. welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe.

### Tarifstufe STN

für versicherte Personen **ohne** Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

Die Höhe der Versicherungsleistungen beträgt 100 v. H. der Leistungszusage nach den Abschnitten A bis D des Tarifs.

#### **Beispiel:**

*Erstattungsfähige Aufwendungen des Versicherten für Zahnersatz:  
1.000 EUR*

*Leistungszusage gemäß Abschnitt B 2 des Tarifs ST: 65 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen = 650 EUR*

*Versicherungsleistung (Erstattungsbetrag): 100 v. H. der Leistungszusage = 650 EUR*

### Tarifstufe STB

für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt ab von der Leistungsstufe, der die versicherte Person zugeordnet ist. Die Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsstufen wird bestimmt durch den Beihilfebemessungssatz der versicherten Person. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz des Standardtarifs



in Tarifstufe STB ergeben zusammen jeweils 100 v. H. (Beispiel: Beihilfebemessungssatz 80 v. H. > Erstattungssatz 20 v. H. = Leistungsstufe 20). Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über Leistungsstufen und Erstattungssätze. Die Leistungsstufe STB 100 ist solchen Personen vorbehalten, die nach Tarifstufe STB versichert sind und ihren Beihilfeanspruch verlieren.

Tarifstufe	STB										
<b>Leistungsstufe</b>	100	70	60	50	45	40	35	30	25	20	15
<b>Erstattungssatz Abschnitt A., B., C., D. (ambulant, Zahn, stationär, Entbindung)</b>	100 v.H.	70 v.H.	60 v.H.	50 v.H.	45 v.H.	40 v.H.	35 v.H.	30 v.H.	25 v.H.	20 v.H.	15 v.H.

Tarifstufe	STB										
<b>Leistungsstufe</b>	70/55	60/45	55/40	50/35	45/30	40/25	35/20	30/15	25/15	20/15	
<b>Erstattungssatz Abschnitt A., B., D.1 (ambulant, Zahn, am- bulante Entbindung)</b>	70 v.H.	60 v.H.	55 v.H.	50 v.H.	45 v.H.	40 v.H.	35 v.H.	30 v.H.	25 v.H.	20 v.H.	
<b>Erstattungssatz Abschnitt C., D.2 (stationär, stationäre Entbindung)</b>	55 v.H.	45 v.H.	40 v.H.	35 v.H.	30 v.H.	25 v.H.	20 v.H.	15 v.H.	15 v.H.	15 v.H.	

**Beispiel:**

*Erstattungsfähige Aufwendungen des Versicherten für Zahnersatz:  
1.000 EUR*

*Leistungszusage gemäß Abschnitt B 2 des Tarifs ST: 65 v. H. der er-  
stattungsfähigen Aufwendungen = 650 EUR*

*Versicherungsleistung (Erstattungsbetrag) bei Leistungsstufe 20: 20  
v. H. der Leistungszusage = 130 EUR*

## Bemessung der ärztlichen/zahnärztlichen Gebühren

Die Bemessung der Gebühren für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen bei Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung sowie die Ermächtigung des PKV-Verbandes, durch Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften davon abzuweichen, ist in § 75 Abs. 3a und 3b SGB V geregelt.

**Der Erstattung nach den Abschnitten A. 1, A. 2, B. 1, B. 2, B. 3, C. 2, D. 1 und D. 2 werden für ärztliche und zahnärztliche Leistungen maximal die Aufwendungen bis zu den dort genannten Gebührensätzen zugrunde gelegt.**

## Leistungen des Versicherers

### A. Ambulante Behandlung

#### 1. Ambulante, ärztliche Behandlung, Früherkennung

100 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach auf der Grundlage gesetzlicher Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland eingeführten Programmen, soweit die Gebühren die folgenden Gebührensätze nicht übersteigen:

- 1,16facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M des Gebührenverzeichnis der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen) sowie Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer);
- 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (Physikalisch-medizinische Leistungen), O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ;
- 1,8facher Satz GOÄ für Leistungen nach den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

## 2. Psychotherapie

### 100 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen unter der Voraussetzung der Nr. 3a TB/ST bis zu 25 Sitzungen im Kalenderjahr; auch bei nichtärztlichen Therapeuten werden die Aufwendungen wie für ärztliche Therapeuten bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet.

## 3. Rettungsfahrten

### 90 v. H.

der Fahrkosten zum nächsterreichbaren

- Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist;
- Arzt oder Krankenhaus, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens benötigt werden.

**Hinsichtlich des vom Versicherten zu tragenden Anteils an den Fahrkosten in Höhe von 10 v. H. gilt folgendes: Die Selbstbeteiligung beträgt mindestens 5 Euro, soweit die tatsächlich entstandenen Kosten nicht darunter liegen, und höchstens 10 Euro. Wenn die Fahrkosten unter 5 Euro liegen, trägt sie der Versicherte; erstattungsfähige Aufwendungen entstehen dann nicht.**

## 4. Häusliche Behandlungspflege

### 90 v. H.

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegefachkräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen), bis zu den von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbarten Höchstsätzen.

Der je Versichertem zu tragende Anteil von 10 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen ist begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch

nicht vollendet haben, entfällt die Selbstbeteiligung, es werden 100 v. H. der Kosten erstattet.

## **5. Arznei- und Verbandmittel**

### **80 v. H.**

der erstattungsfähigen Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel (s. Nr. 3c Abs. 1 TB/ST),

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A 9

### **100 v. H.**

## **6. Heilmittel**

### **80 v. H.**

der nach dem Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für die Leistungen

- des Masseurs, des Masseur und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten (s. Nr. 3c Abs. 2 TB/ST)
- des Logopäden (s. Nr. 3c Abs. 3 TB/ST)

erstattungsfähigen Aufwendungen,

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A 9

### **100 v. H.**

## **7. Hilfsmittel**

### **80 v. H.**

der erstattungsfähigen Aufwendungen für folgende Hilfsmittel in Standardausführung (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST):

Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, Korrektorschienen, Kunstglieder, Liegeschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf),

nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A 9

### **100 v. H.**

## 8. Hilfsmittel mit maximalen erstattungsfähigen Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Brillengläser, soweit der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, Hörgeräte und Krankenfahrstühle (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST) bis:

- zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherung für Brillengläser,
- 512 EUR für Hörgeräte innerhalb von 3 Kalenderjahren,
- 767 EUR für Krankenfahrstühle.

Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen für Brillengläser bis zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig, wenn bei ihnen aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung besteht oder wenn Augenverletzungen oder Augenerkrankungen mit einer nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen indizierten therapeutischen Sehhilfe behandelt werden müssen.

## 9. Selbstbehalt für die Abschnitte A.5 bis A.7

Tarifstufe	STN	STB											
Leistungsstufe	100	100	70,	60,	55/40	50,	45,	40,	35,	30,	25,	20,	15
			70/55	70/45	50/35	45/30	40/25	35/20	30/15	25/15	20/15		
Selbstbehalt (EUR)	306	306	214	184	168	153	138	122	107	92	76	61	46

Erstattungsfähige Aufwendungen nach Abschnitt A.5 bis A.7 werden zu 80 v. H. der Erstattung zugrunde gelegt. Der hierdurch entstehende Selbstbehalt von 20 v. H. der erstattungsfähigen Aufwendungen wirkt sich bei der Erstattung je nach vereinbarter Tarifstufe aus. Der letztendlich beim Versicherten verbleibende Selbstbehalt ist auf den in der vorstehenden Tabelle genannten Betrag beschränkt. Darüber hinausgehende erstattungsfähige Aufwendungen werden zu 100 v. H. der Erstattung zugrunde gelegt. Der Selbstbehalt und die Erhöhung auf 100 v. H. gelten je versicherte Person und Kalenderjahr.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wor-

den sind. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

## **B. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie**

### **1. Zahnärztliche Behandlung, Früherkennung, Prophylaxe**

**100 v. H.**

der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- konservierende und chirurgische zahnärztliche Leistungen,
- zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- zahnärztliche Strahlendiagnostik,
- gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- individuelle Prophylaxe in Einzelunterweisung,

soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. die in Abschnitt A. 1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

### **2. Zahnärztliche Behandlung für Zahnersatz, Funktionsanalyse, Implantologie, Zahntechnik**

**65 v. H.**

- der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für
  - Einlagefüllungen in metallischer Ausführung ohne Verblendung
  - Kronen (Vollkrone/Teilkrone) und Brücken in metallischer Ausführung mit Verblendung bis zum Zahn 5
  - Prothesen
  - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

- implantologische Leistungen, begrenzt auf das Einbringen von zwei Implantaten in den zahnlosen Unterkiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz
- Heil- und Kostenplan sowie vorbereitende Maßnahmen,

soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die in Abschnitt A. 1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

- der nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien (s. Nr. 3b TB/ST)

### **Voraussetzung**

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.557 EUR übersteigen. Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft. Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, wird der 2.557 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht zu 65 v. H., sondern zu 40 v. H. der Erstattung zugrunde gelegt.

## **3. Kieferorthopädische Behandlung**

### **80 v. H.**

der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, wenn eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt, soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die in Abschnitt A. 1 dieses Tarifs genannten Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses der GOÄ nicht übersteigen.

### **Voraussetzung**

Vor Beginn der Behandlung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2.557 EUR übersteigen. Der Versicherer prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft. Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen oder wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, wird der 2.557 EUR überstei-

gende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht zu 80 v. H., sondern zu 40 v. H. der Erstattung zugrunde gelegt.

## **C. Stationäre Heilbehandlung**

### **1. Krankenhausbehandlung**

#### **100 v. H. der 10 EUR pro Tag übersteigenden**

Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (s. Nr. 3d TB/ST).

Der je Versichertem zu tragende Anteil von 10 EUR täglich endet nach 28 Tagen Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres.

Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die Zuzahlung. Es werden vom ersten Tag des Krankenhausaufenthaltes 100 v. H. der Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen erstattet.

### **2. Belegärztliche Behandlung**

#### **100 v. H.**

der Aufwendungen für belegärztliche (nicht wahlärztliche) Leistungen, soweit die Gebühren das 2,0fache des Gebührensatzes der GOZ bzw. die folgenden Gebührensätze der GOÄ nicht übersteigen:

- 1,16facher Satz GOÄ für Leistungen nach Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen) sowie Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer);
- 1,38facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (Physikalisch-medizinische Leistungen), O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ;
- 1,8facher Satz GOÄ für Leistungen nach den übrigen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.



### **3. Fahrkosten**

#### **90 v. H.**

der Fahrkosten zum nächstgelegenen Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden, und Fahrkosten vom Krankenhaus bis zu 100 Kilometer.

Hinsichtlich des vom Versicherten zu tragenden Anteils an den Fahrkosten in Höhe von 10 v.H. gilt folgendes: Die Selbstbeteiligung beträgt mindestens 5 Euro, soweit die tatsächlich entstandenen Kosten nicht darunter liegen, und höchstens 10 Euro. Wenn die Fahrkosten unter 5 Euro liegen, trägt sie der versicherte; erstattungsfähige Aufwendungen entstehen dann nicht.

### **D. Entbindungen**

#### **1. Häusliche Entbindungen**

Für häusliche Entbindungen gilt Abschnitt A.

#### **2. Stationäre Entbindungen**

Für Entbindungen im Krankenhaus einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene gilt Abschnitt C.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Abschnitt D.1 und D.2 gehören auch Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger. Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu den Sätzen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

## Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
----------	--------------------------------------------

### I. Inhalationen

001	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
-----	----------------------------------------------------------------------------------	------

### II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen

002	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschl. der erforderlichen Massage –	19,50
003	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
004	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
005	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20
006	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
007	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
007a	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
008	Bewegungsübungen	7,70
009	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	23,60
010	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	11,80
011	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
012	Chirogymnastik – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	14,40

## Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
013	Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
015	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	5,20
016	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70

### III. Massagen

017	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perioist-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
018	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
	a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
019	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	23,10

### IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

020	Heiße Rolle – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	10,30
021	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschl. der erforderlichen Nachruhe – bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
022	An- und absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschl. der erforderliche Nachruhe –	12,30
023	Wechsel-Teilbad – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	9,20
025	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad(Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherischer Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	13,30

## Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
c) weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
026 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	19,50
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	22,50
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	21,00

### V. Kälte- und Wärmebehandlung

027 Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
027a Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
028 Eisteilbad	9,80
029 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot –) eines oder mehrerer Körperteile	5,70

### VI. Elektrotherapie

030 Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese	6,20
031 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
032 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
033 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
034 Iontophorese	6,20
035 Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
036 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	22,00

### VII. Lichttherapie

037 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	3,10

## Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
038 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10
b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
039 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
040 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

### VIII. Logopädie

041	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
042	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschl. Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal pro Behandlungsfall	49,60
042a	Ausführlicher Bericht	11,80
043	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestdauer 60 Minuten	52,20
044	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40

## Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
001	Modell	5,22
002	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	13,29
003	Set-up	7,86
005	Stumpfmodell	8,96
007	Zahnkranz sockeln	5,26
011	Modellpaar trimmen/Fixator	7,91
012	Einstellen in Mittelwertartikulator	7,70
013	Modellpaar sockel	20,04
020	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	7,04
021	Basis für Autopolymerisat	18,49
022	Bisswall	5,19
024	Übertragungskappe	20,28
031	Provisorische Krone oder Brückenglied	28,41
032	Formteil	15,93
101	Vollkrone Metall/Krone für Keramikverblendung/ Wurzelstiftkappe	60,42
102	Vollkrone Stufenpräparation/Teilkrone/Krone für Kunststoffverblendung	65,89
103	Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/Stiftaufbau einarbeiten	11,84
104	Modellation gießen	15,28
105	Stiftaufbau	43,15
110	Brückenglied	49,62
111	Mantelkrone Kunststoff	60,44
112	Mantelkrone Keramik	85,14
120	Teleskopierende Krone	203,28
130	Steg	83,86
131	Steglasche/Stegreiter	46,02
132	Steggeschiebe individuell	94,67
133	Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen- Schulter-Geschiebe	177,82

## Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
134	Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/ Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	85,34
135	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	42,30
136	Gefrästes Lager	44,62
137	Schubverteilungsarm	25,80
140	Riegel individuell	113,51
150	Metallverbindung nach Brand	24,85
160	Verblendung Kunststoff	36,69
161	Zahnfleisch aus Kunststoff	13,88
162	Verblendung aus Keramik	75,60
163	Zahnfleisch aus Keramik	30,14
201	Metallbasis	107,11
202	einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/ Umgehungsbügel	11,25
203	zweiarmige Klammer/Approximalklammer/ Ringklammer/	17,77
204	zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/ Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	22,64
205	Bonwillklammer	39,56
208	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufäche	36,65
210	Lösungsknopf für Friktionsprothese	11,89
211	Abschlussrand	16,28
212	Zuschlag einzelne Klammer	18,89
301	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	24,27
302	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	1,62
303	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	1,88
341	Übertragung einer Aufstellung auf Metall je Zahn	1,45
361	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	39,27
362	Fertigstellung je Zahn	2,80

## Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
380	einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/ Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer	9,42
381	zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	14,85
382	Weichkunststoff ZE	83,74
383	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,59
401	Aufbisschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	76,87
402	Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-, Verschlussplatte	50,65
403	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	37,07
404	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	8,27
405	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	101,56
701	Basis für Einzelkiefergerät	45,05
702	Basis für bimaxilläres Gerät	77,99
703	Schiefe Ebene	39,99
704	Vorhofplatte	52,37
705	Kinnkappe	46,49
710	Aufbiss	8,39
711	Abschirmelement	16,01
712	Weichkunststoff KFO	44,55
720	Schraube einarbeiten	13,49
721	Spezialschraube einarbeiten	20,78
722	Trennen einer Basis	5,92
730	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	16,36
731	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	23,25
732	Labialbogen intermaxillär	26,75
733	Feder, offen	7,43
734	Feder, geschlossen	10,15
740	Verbindungselement intramaxillär	20,46



## Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
741	Verbindungselemente intermaxillär	21,85
742	Verankerungselement	19,50
743	Einzelement einarbeiten	10,12
744	Metallverbindung KFO	13,08
750	einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	7,86
751	mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	14,85
761	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	15,77
762	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	6,54
770	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	26,38
801	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	16,18
802	Leistungseinheit Sprung/Bruch/einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/ Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	6,74
803	Retention, gebogen	30,57
804	Retention, gegossen	35,10
806	gegossenes Basisteil	54,95
807	Metallverbindung	15,25
808	Teilunterfütterung	37,67
809	vollständige Unterfütterung	48,55
810	Basis erneuern	59,00
813	Auswechseln von Konfektionsteilen	7,86
820	Kronen- oder Brückenreparatur	33,26
933	Versandkosten	2,49
970	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetall-freier Legierung	8,07
S0020	Remontage-Modell	24,24
S0401	Montage eines Modellpaares in Fixator	9,71
S0402	Montage in Mittelwertartikulator I	11,66
S0404	Modellmontage in individuellen Artikulator I	12,63
S0407	Montage eines Gegenkiefermodells	7,16

## Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
S0408 Einstellen nach Registrat	7,77
S2301 Gussfüllung indirekt einflächig	45,27
S2302 Gussfüllung indirekt zweiflächig	53,10
S2303 Gussfüllung indirekt dreiflächig	62,56
S2304 Gussfüllung indirekt mehrflächig	66,06
S2307 Gussonlay	66,06







Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln  
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin  
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)



**Info**

# Der Standardtarif

Stand: 1. Juli 2007

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln

Telefon (0221) 376 62-0 · Telefax (0221) 376 62-10

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)

# PKV-Info:

## Der Standardtarif

### Was ist der Standardtarif?

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

Dieser Tarif erfüllt in der PKV vor allem eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich insbesondere an Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen besonders preiswerten Tarif benötigen. Deshalb ist der Standardtarif auch nur für bestimmte, vom Gesetzgeber definierte Personengruppen geöffnet. Außerdem darf der Standardtarif nicht mit Zusatzversicherungen verbunden werden (Ausnahme: Krankentagegeldversicherung, Auslandsreisekrankenversicherung). Die kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. die kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben ab dem 1. Juli 2007 die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der im Standardtarif Versicherten mit den dort versicherten Leistungen sicherzustellen.

### Was leistet der Standardtarif?

Im Sozialgesetzbuch V ist festgelegt, dass der Standardtarif Leistungen enthält, die mit denjenigen der GKV vergleichbar sind. Das bedeutet nicht, dass die Leistungen vollkommen identisch sein müssen, aber sie müssen weitgehend übereinstimmen. So hat zum Beispiel der Standardtarif im Unterschied zum Versicherungsschutz der GKV uneingeschränkt Europageltung. Eine allgemeine Übersicht über die Leistungen des Standardtarifs gibt nachfolgende Tabelle:

§ 257 Abs. 2a  
SGB V



	Leistungs- umfang im Standardtarif	Besonderheiten
Ambulante ärztliche Behand- lung	100 %	Der Arzt darf bei Standard- tarifversicherten nur maximal das 1,8fache <sup>1</sup> der ärztlichen Gebührenordnung (bzw. bei medizinisch-technischen Leis- tungen das 1,38fache <sup>1</sup> und bei Laborleistungen das 1,16fache <sup>1</sup> ) berechnen. Deshalb muss sich der Patient als Standardtarifver- sicherter gegenüber dem Arzt ausweisen.
Psycho- therapie	maximal 25 Sitzungen pro Jahr	Maximal ist das 1,8fache <sup>1</sup> der ärztlichen Gebührenordnung bzw. der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig.
Rettungs- fahrten	90 % 5-10 Euro Zuzahlung je Fahrt	
Häusliche Behand- lungs- pflege	90 %	Maximal werden die von der GKV akzeptierten Höchstpreise erstattet. Der Versicherte muss für maximal 28 Tage im Jahr Zuzahlungen leisten. Für Versi- cherte unter 18 Jahren entfällt die Selbstbeteiligung.
Arznei- und Verband- mittel	80 %	Maximal sind pro Jahr 306 Euro an Selbstbeteiligung zu leisten. Darüber hinaus werden 100 % erstattet. Es gibt ein Hilfsmit- telverzeichnis. Für Hörgeräte und Krankenfahrstühle gibt es Höchstsätze.
Heilmittel	80 %	
Hilfsmittel	80 %	

	Leistungs- umfang im Standardtarif	Besonderheiten
Zahnärztliche Behandlung	100 %	Der Zahnarzt darf bei Standardtarifversicherten maximal das 2,0fache <sup>1</sup> der zahnärztlichen Gebührenordnung berechnen, deshalb muss sich der Patient gegenüber dem Zahnarzt als Standardtarifversicherter ausweisen.
Zahn- ersatz	65 %	
Kiefer- orthopädie	80 %	
Kranken- haus	100 % der Regelleistung 10 Euro Zuzahlung pro Tag in den ersten 28 Tagen	

<sup>1</sup> Von diesen im Gesetz vorgegebenen Gebührensätzen kann durch gesonderte Vereinbarungen mit den kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen abgewichen werden.

## Was ist ein beihilfekonformer Standardtarif?

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

## Die Beitragsgarantie im Standardtarif

Der Standardtarif ist mit einer Beitragsgarantie verbunden: Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV – das sind 2007 505,88 Euro – nicht übersteigen.

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

Dies liegt daran, dass bei einem Wechsel in den Standardtarif die Alterungsrückstellung des bisherigen Tarifs bei demselben Unternehmen angerechnet wird.

Im beihilfekonformen Standardtarif ist der Beitrag anteilig begrenzt. Bei einem 50-prozentigen Versicherungsschutz beträgt der Höchstbeitrag bspw. 50 Prozent des GKV-Höchstbeitrags. Der durchschnittliche Höchstbeitrag im Standardtarif errechnet sich aus dem vom BMG herausgegebenen durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen des Vorjahres zuzüglich 0,9 Prozent und der Beitragsbemessungsgrenze.

## Versicherung von Ehepaaren oder Lebenspartnern

Eine Besonderheit gilt für Ehepaare oder Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz), die beide im Standardtarif versichert sind. Liegt das Gesamteinkommen – das ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts – unter der Beitragsbemessungsgrenze von 42.750 Euro (2007), dann zahlen beide Ehepartner oder Lebenspartner zusammen maximal 150 Prozent des durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrags. Im beihilfekonformen Standardtarif gilt die entsprechend anteilige Regelung. Diese Beitragsbegrenzung für Ehegatten gilt nicht im „Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen“ (siehe S. 8)

## Wer kann sich im Standardtarif versichern?

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

Einzig weitere Bedingung für einen Wechsel in den Standardtarif ist hier, dass die Person seit mindestens 10 Jahren in der PKV versichert ist, und zwar in einem Tarif, der grundsätzlich durch den Arbeitgeber zuschussberechtigt ist. Diese Voraussetzungen erfüllen alle Tarife, die einen vollen Krankenversicherungsschutz bieten. Nicht dazu gehören Zusatztarife, die lediglich ergänzend zu einem Versicherungsschutz in der GKV abgeschlossen werden.

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

Diese Personen können in den Standardtarif wechseln, wenn

- ihr Einkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 42.750 Euro (2007) liegt und
- sie über eine zehnjährige Vorversicherungszeit in einem zuschussberechtigten Tarif verfügen.

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

Wenn Beamte in einen beihilfekonformen Standardtarif wechseln wollen, gelten dieselben Voraussetzungen wie unter 1. und 2. genannt.

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

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

- Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Bezug eines Ruhegehalts nach beamtenrechtlichen Vorschriften,
- 10 Jahre Vorversicherungszeit in einem zuschussfähigen Tarif,
- Gesamteinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 42.750 Euro (2007).

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

Erfüllt eine Person die oben genannten Bedingungen und wechselt in den Standardtarif, so können auch die Familienangehörigen dorthin wechseln, sofern sie bei einer GKV-Versicherung nach § 10 SGB V beitragsfrei mitversichert wären.

### **5. Standardtarif für Beamte mit Vorerkrankungen**

Wer neu verbeamtet wird und in den Normaltarifen der PKV nicht oder nur unter Berechnung eines Risikozuschlags aufgenommen werden würde, kann sich innerhalb von sechs Monaten nach der Verbeamtung oder innerhalb von sechs Monaten nach der Feststellung einer Behinderung ohne Risikozuschlag im Standardtarif versichern. Diese Regelung gilt auch für alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Voraussetzung für den Wechsel in den Standardtarif ist hier in jedem Fall, dass der Beamte oder Angehörige noch keine private Vollversicherung abgeschlossen hat.

### **6. Standardtarif für Heilfürsorgeberechtigte**

Vom Standardtarif können auch Personen in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis mit freier Heilfürsorge (Zeitsoldaten, Berufssoldaten sowie Beamte des Bundesgrenzschutzes, der Feuerwehr und der Polizei) profitieren. Für den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung auf den Standardtarif gelten für Heilfürsorgeberechtigte die unter 2. und 5. genannten Voraussetzungen.

### **7. Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen (modifizierter Standardtarif)**

Mit Wirkung vom 1.7.2007 bis zum 31.12.2008 besteht die Möglichkeit der vorübergehenden Versicherung im Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen.

*Personen, die weder*

- > in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,*
- > über eine private Krankheitskostenvollversicherung verfügen,*
- > einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,*

- Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, noch
- Sozialhilfe nach dem dritten, vierten, sechsten und siebten Kapitel des SGB XII beziehen (ein Monat Leistungsunterbrechung gilt als Sozialhilfebezug),

können bis 31.12.2008 Versicherungsschutz im Standardtarif verlangen; das Unternehmen darf den Antrag nicht ablehnen. Abweichend vom oben definierten Personenkreis können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die nicht über eine ergänzende Versicherung verfügen oder in der GKV freiwillig versichert sind, die Versicherung im beihilfekonformen Standardtarif verlangen.

Risikozuschläge dürfen im Standardtarif für nicht krankenversicherte Personen nicht erhoben werden. Eine Risikoprüfung ist aber für jeden Fall für den Risikoausgleich erforderlich. Der Beitrag im Standardtarif darf 100 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV (2007: 505, 88 Euro) nicht überschreiten; die Ehegattenbegrenzung auf maximal 150 Prozent des GKV Höchstbeitrags gilt nicht. Die Versicherungsverträge werden zum 1. Januar 2009 auf den Basistarif umgestellt.

Wenn nachgewiesen wird, dass durch die Zahlung des Höchstbeitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, wird der Höchstbeitrag halbiert. Falls dann immer noch Hilfebedürftigkeit durch die Beitragszahlung droht, leistet der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auf Antrag einen Zuschuss, so dass Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Wenn unabhängig von der Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit besteht und auch dies durch den zuständigen Träger nach dem SGB II oder SGB XII bescheinigt wird, reduziert sich der Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags. Auf Antrag gewährt der zuständige Träger nach dem SGB II oder SGB XII auch hierfür einen Zuschuss. Dieser ist auf den Beitrag begrenzt, den ein Arbeitslosengeld II Empfänger in der GKV erhalten würde.

**Vertragsinhalt**  
(§ 315 Abs. 2  
SGB V)

**Sozialklausel**

## Wo kann ein Standardtarif abgeschlossen werden?

Der Standardtarif wird von den privaten Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland angeboten. Bereits privat Versicherte können deshalb jederzeit bei ihrem Unternehmen in den Standardtarif wechseln, sobald sie die Voraussetzungen erfüllen. Die unter 5., 6. und 7. genannten Personengruppen können den Standardtarif bei jeder privaten Krankenversicherung abschließen. Da der Standardtarif brancheneinheitlich

konzipiert ist, ergeben sich lediglich geringe Unterschiede im Beitrag. Der Höchstbeitrag und der versicherte Leistungsumfang sind hingegen überall identisch.

## **Und wie sieht es mit der Pflegeversicherung aus?**

In der Pflegeversicherung gilt grundsätzlich nach fünfjähriger Vorversicherungszeit eine Höchstbeitragsregelung. Der Beitrag darf nicht höher sein als der Höchstbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung (2007: 60,56 Euro). In der beihilfekonformen Variante werden lediglich 40 Prozent hiervon bezahlt.

## **Gibt es Alternativen zum Standardtarif?**

Der Standardtarif ist ein Angebot insbesondere zur Beitragsreduzierung im Alter. Unternehmensindividuell stehen oft weitere Angebote zur Beitragsreduzierung durch einen Tarifwechsel, eine Leistungsreduzierung und/oder eine Erhöhung des Selbstbehalts zur Verfügung. Lassen Sie sich individuell von Ihrem Unternehmen beraten. Für nicht krankenversicherte Personen besteht nur im Standardtarif eine Aufnahmeverpflichtung des Unternehmens.

## **Wie erkennt der Arzt einen Standardtarifversicherten?**

An einem Vermerk auf der Card für Privatversicherte. Sollte das Versicherungsunternehmen keine derartige Karte eingeführt haben, so erhält der Versicherte einen gesonderten Ausweis. Zudem ist der Versicherte verpflichtet, seinen Arzt darauf hinzuweisen.

## **Für weitere Fragen**

stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.







Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln

Telefon (0221) 376 62-0 · Telefax (0221) 376 62-10

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)

# PKV

## Versicherungstyp

Krankenversicherung  
Krankenzusatzversicherung  
Krankentagegeld  
Krankenhaustagegeld  
Auslandsreiseversicherung  
Auslandskrankenversicherung

## Privat oder Gesetzlich

Leistungsvergleich  
Lebensphasen  
Rückkehroption  
Kündigung Private  
Krankenversicherung  
Kündigung Gesetzliche  
Krankenkasse

## Voraussetzungen

Beitragsbemessungsgrenze  
Versicherungspflicht  
Berufsgruppen  
Einkommensgrenzen  
Gesundheitszustand

## Beiträge und Kosten

Kostenentwicklung  
Beitragsrückerstattung  
Krankentagegeld  
Arbeitgeberzuschuss

Krankenversicherungsvergleich

## PKV Lexikon

Private  
Krankenversicherungen

Krankenversicherung Blog

Kontakt

Allerlei  
Impressum/Datenschutz  
Disclaimer

Alterungsrückstellungen & Private Krankenversicherung

[Google-Anzeigen](#) ▶ [PKV](#) ▶ [PKV Tarife](#) ▶ [PKV Wechsel](#) ▶ [PKV Alter](#)

### Die Alterungsrückstellung in der Privaten Krankenversicherung bzw. PKV

Die Alterungsrückstellungen sind ein elementarer Bestandteil der Beitragsberechnung in der privaten Krankenversicherung (PKV).

Bei der PKV handelt es sich um eine so genannte Individualversicherung, innerhalb derer die Versicherten eine Risikogemeinschaft bilden. Die Beitragsberechnung erfolgt nach dem Äquivalenzprinzip, das heißt es gilt

Summe der gesamten künftigen Versicherungsleistungen = Summe des gesamten künftigen Beitragsaufkommens.

Die Beiträge werden risikogerecht ermittelt (à Beitragskalkulation).

Neben der Forderung nach einem risikogerechten Beitrag wird an das mathematische Modell der Beitragsberechnung in der Privaten Krankenversicherung noch eine weitere wesentliche Forderung gestellt:

## Beste PKV im Vergleich

PKV.finanzen.de/PKV-Vergleich

Vergleichen Sie über 300 Tarife. PKV-Schnellvergleich in 2 Minuten!



## Google-Anzeigen

Vorausgesetzt die ursprünglich angesetzten Rechnungsgrundlagen, insbesondere die Krankheitskosten bleiben unverändert, so darf es keine Erhöhung der Beiträge wegen des Alterwerdens der versicherten Person geben, und dies obwohl das Krankheitsrisiko (der Risikobeitrag) mit zunehmendem Alter steigt. In § 8a(2) der Musterbedingungen der Krankheitskostenversicherung MB/KK ist wie folgt zu lesen:

"... Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses auszuschließen, soweit nach dem technischen Geschäftsplan eine Deckungsrückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis zu bilden ist."

Diese Forderung kann nur durch die Alterungsrückstellung erfüllt werden.

Der Tarifbeitrag in der Privaten Krankenversicherung (PKV) setzt sich zusammen aus dem Nettobeitrag und einem Beitrag zur Deckung der Kosten des Versicherers. Der Nettobeitrag wiederum setzt sich zusammen aus dem Risikobeitrag und dem Sparbeitrag. Der Risikobeitrag stellt genau den Beitrag dar, der zur Deckung der Versicherungsleistungen durchschnittlich gebraucht wird - er steigt mit zunehmendem Alter.

Bei Eintritt in einen Tarif liegt der Nettobeitrag über dem eigentlich erforderlichen Risikobeitrag. Die Differenz zum Nettobeitrag stellt den sogenannten Sparbeitrag dar. Dieser Sparbeitrag wird zur Bildung der Alterungsrückstellung verwendet. Wenn dann mit zunehmendem Alter der Risikobeitrag zur Deckung der Versicherungsleistungen nicht mehr reicht, werden die fehlenden Beitragsteile der extra für diesen Zweck gebildeten Alterungsrückstellung entnommen. Damit ist dann sichergestellt, daß der Nettobeitrag auf Dauer konstant sein kann - konstant bleibende Rechnungsgrundlagen vorausgesetzt -, obwohl der Risikobeitrag mit zunehmendem Alter steigt.

Alterungsrückstellungen werden nicht nur aus dem Sparbeitrag gebildet. Wesentliche Quellen zum Aufbau der Alterungsrückstellung stellen die rechnermäßige Verzinsung der Alterungsrückstellung sowie die Vererbung dar.

### WICHTIG:

Die Alterungsrückstellung stellt kein individuelles Guthaben dar. Es handelt sich um die durchschnittliche Deckungsrückstellung aller Versicherten der eigenen Risikogemeinschaft. Nur die Deckungsrückstellung dieser Risikogemeinschaft insgesamt reicht dazu aus, die anfallenden Versicherungsleistungen im Alter zu finanzieren:

Benötigt ein Versicherter der Risikogemeinschaft mehr Leistungen als gerechnet, würden mehr DRS benötigt, da innerhalb der Gemeinschaft andere aber weniger Kosten verursachen, reicht die DRS zusammen durchschnittlich aus.

Beanspruchte ein Versicherungsnehmer "seine" DRS für sich, müßte er auch akzeptieren, daß das Unternehmen nur solange für Leistungen aufkommen kann, wie in "seiner" DRS Mittel vorhanden sind. Wäre er dann ein überdurchschnittlich kranker Mensch hätte er irgendwann seine Leistungen selber zu tragen, was kaum Sinn einer Krankenversicherung sein kann.



Home

Kontakt

[Online Tarifvergleich](#)

[Kostenlos individuellen Krankenversicherungsvergleich anfordern](#)

Google-Anzeigen

[PKV Testsieger Vergleich](#)

Krankenversicherun...

Private Krankenversicherung Test. Die beste PKV's für Selbständige!



**PKV Krankenversicherung**

[www.Private-Krankenversicherung.de](http://www.Private-Krankenversicherung.de)

Deutschlands größter PKV Vergleich. Private  
Krankenversicherung ab 55€!



Google-Anzeigen

---

Diesen Beitrag zur Alterungsrückstellung in der Privaten Krankenversicherung präsentieren wir Ihnen mit freundlicher Unterstützung der Hallesche Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit. Für die Aktualität, Vollständigkeit und Richtigkeit der Inhalte übernimmt die Hallesche Krankenversicherung keine Haftung. © **Hallesche Krankenversicherung**

Recht



**Musterbedingungen 2009 für die  
Krankheitskosten- und Kranken-  
haustagegeldversicherung**

(MB/KK 2009) §§ 1 – 20



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

# Inhalt

## Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes .....	1
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes.....	3
§ 3	Wartezeiten .....	3
§ 4	Umfang der Leistungspflicht .....	4
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht .....	5
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	7
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes .....	7

## Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung .....	8
§ 8a	Beitragsberechnung.....	10
§ 8b	Beitragsanpassung.....	11
§ 9	Obliegenheiten.....	12
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen.....	12
§ 11	Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheits- verletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte.....	13
§ 12	Aufrechnung .....	14

## Ende der Versicherung

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer .....	14
§ 14	Kündigung durch den Versicherer .....	16
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe.....	17

## Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen.....	18
§ 17	Gerichtsstand.....	18
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungs- bedingungen .....	18
§ 19	Wechsel in den Standardtarif.....	19
§ 20	Wechsel in den Basistarif.....	19

# Der Versicherungsschutz

## § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13)<sup>1</sup>. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der

---

<sup>1</sup> Die BaFin vertritt die Auffassung, dass die vorgesehene Annahmefrist das Recht des VN nach § 178 f VVG a.F. beschränke, den Tarif zu dem von ihm gewünschten Zeitpunkt zu wechseln, so dass ein Verstoß gegen § 178 o VVG a.F. vorliege. Die Annahme des Antrags müsse entsprechend dem allgemeinen Vertragsrecht in einer angemessenen Frist erfolgen.

Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen<sup>2</sup>.

## § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

## § 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

---

<sup>2</sup> Die BaFin vertritt die Auffassung, dass der VN gemäß § 178 f VVG a.F. einen Anspruch auf Umwandlung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung bezüglich eines Tarifs in eine solche bezüglich eines anderen Tarifs mit gleichartigem Versicherungsschutz habe; die Regelung also gegen § 178 o VVG a.F. verstoße.



Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### **§ 4 Umfang der Leistungspflicht**

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

## **§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht**

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegseignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) ---
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leis-

tungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 WVG.

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

## **§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 Prozent des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Breibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des

Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG fortgesetzt.

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

## **§ 8a Beitragsberechnung**

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leis-

tungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

## **§ 8b Beitragsanpassung**

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.



(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

## **§ 9 Obliegenheiten**

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

## **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

### **§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## § 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsver eins nicht aufrechnen.

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertra-

gungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

## **§ 14 Kündigung durch den Versicherer**

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

## § 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3)<sup>1</sup> Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

---

1 unverbindliche Empfehlung

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

### § 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

### **§ 19 Wechsel in den Standardtarif**

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

### **§ 20 Wechsel in den Basistarif**

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzun-



gen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.





Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

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

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin  
Telefon (030) 20 45 89 - 66 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)

## PKV-Info

**Lohnt der Wechsel  
innerhalb der PKV?**



Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) stehen miteinander im Wettbewerb. Das ist so gewollt, zum Nutzen der Versicherten. Denn jeder Wettbewerb fördert das Bemühen um Service und sinnvolle Tarifgestaltung für den Versicherten.

Dennoch wird manchmal die Frage gestellt: Lohnt es sich für den privat Versicherten, innerhalb der PKV von einem Unternehmen zum anderen zu wechseln?

In den meisten Fällen lohnt der Wechsel nicht. Die Regel ist, dass Versicherte ihr PKV-Unternehmen zum eigenen Schaden gewechselt haben. Ein Wechsel zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung sollte darum genau überlegt werden.

### Der Versicherungsvertrag

Die Aufnahme als Versicherter ist von einer Versicherungsgesellschaft zu bestätigen. Der Aufnahmeantrag kann auch abgelehnt werden. Wenn zum Beispiel der Versicherungsinteressent ernsthafte Vorerkrankungen hatte oder aus einem anderen Grunde ein größeres Risiko bedeutet, muss mit Ablehnung oder Einschränkung gerechnet werden.

Wichtig: Erst wenn der neue Versicherer den Antrag angenommen hat, kommt der Vertrag zustande.

### Erworbene Rechte

Der Versicherte hat einen individuellen Vertrag mit einer dauerhaften persönlichen Beziehung abgeschlossen. Je länger der Vertrag besteht, desto dauerhaftere Rechte erwirbt der Versicherte. Die sollte er nicht aufs Spiel setzen.

So können Krankheiten, die während der Zugehörigkeit bei der bisherigen Versicherung aufgetreten sind oder beginnen, bevor der Vertrag bei der neuen Versicherungsgesellschaft einsetzt, zu risikoreichen Vorerkrankungen werden. Neben Gesundheitsstörungen und körperlichen Schäden müssen alle früheren Krankenhausaufenthalte und Heilbehandlungen der vergangenen Jahre dem neuen Unternehmen im Aufnahmeantrag angegeben werden. Das neu gewählte Unternehmen entscheidet dann,

- ob es die Krankheiten zur Normalprämie in den Versicherungsschutz einschließen kann oder

- ob es den Beitrag um einen erforderlichen Risikozuschlag erhöht oder
- ob es eine Krankheit ausnahmsweise als nicht mehr neu versicherbar von der Leistungspflicht ausschließen muss.

Und auch das ist zu beachten: Mit der Vertragsdauer können tarifliche Leistungen zum Vorteil des Versicherten steigen.

### Neue Wartezeiten

Der Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung, auch beim Wechsel des Versicherers, beginnt meist erst nach Ablauf von Wartezeiten. Die allgemeine Wartezeit dauert drei Monate. Acht Monate besondere Wartezeit gelten für Entbindung, Psychotherapie, kieferorthopädische Behandlung und Zahnbehandlung und -ersatz. In diesen Monaten besteht für den Versicherer ein leistungsfreier Zeitraum, falls nicht ein Wartezeit-Erlass vereinbart wird oder ein neuerer Tarif keine Wartezeiten vorsieht. Während beim Übertritt von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet wird, gilt eine solche Anrech-

nung aber nicht beim Wechsel innerhalb der PKV. Alle Wartezeiten müssen dann grundsätzlich voll abgelaufen sein, bevor Leistungsansprüche aus dem neuen Versicherungsvertrag bestehen. Es kann also bei einem Wechsel eine Lücke im Versicherungsschutz entstehen, eine Gefahr, die man unbedingt vermeiden sollte. In der Wartezeit auftretende Krankheiten können zu großen finanziellen Belastungen führen.

### Kündigungsfristen

Wer zahlt schon gern Beiträge für zwei Versicherungen? Keiner. Dennoch kann das leicht vorkommen, wenn Kündigungsfristen nicht beachtet werden. Oft wird nämlich übersehen, dass für die Kündigung auch eine Kündigungsfrist einzuhalten ist. In der Regel kann ein Vertrag nur zum Ende eines Versicherungsjahres bei Kündigung bis spätestens drei Monate vorher beendet werden. Überschneiden sich jedoch der Ablauf der Kündigungsfrist bei der bisherigen Versicherung und der Beginn der neuen Versicherung zeitlich, müssen in dieser Zeit an zwei Unternehmen – für zwei Verträge – Beiträge gezahlt werden.

## Beiträge und Alter

In der PKV richtet sich die Prämie u. a. nach dem Umfang des gewählten Versicherungsschutzes, nach dem Gesundheitszustand bei Antragstellung und nach dem Eintrittsalter. Je jünger der Versicherte ist, wenn er einer Versicherungsgemeinschaft beiträgt, umso niedriger ist die Prämie. Ein Wechsel des Versicherers kann also zu folgendem Nachteil führen: Das Eintrittsalter beim neuen Versicherer ist höher, demnach auch der Beitrag. Zu beachten ist auch, dass seit dem 1. 1. 2000 beim Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages ein 10-prozentiger Zuschlag in den Beitrag eingerechnet wird. Wer also bereits vor dem 1. 1. 2000 bei einem PKV-Unternehmen versichert war, muss bei einem Wechsel zu einem anderen PKV-Unternehmen erstmalig den Zuschlag bezahlen. Wer bisher schon einen Zuschlag gezahlt hat, kann bei einem Wechsel die dabei angesammelten Mittel nicht mitnehmen; die im Alter erreichbare Beitragsentlastung fällt deshalb niedriger aus.

### Zum Beitragsvergleich

Häufig steht gerade der Beitragsvergleich beim Wechsel von einem PKV-Unternehmen zu einem anderen im Vorder-

grund. Ein Beitragsvergleich sollte aber nicht isoliert erfolgen. Die Leistungen in dem jeweiligen Tarif müssen ebenfalls berücksichtigt werden.

Auch sollte der Beitragsvergleich nicht nur zu einem Zeitpunkt erfolgen. Wichtiger ist es immer, einen längeren Zeitraum zu betrachten. Kostensteigerungen im Gesundheitswesen z.B. aufgrund steigender Pflegesätze in Krankenhäusern betreffen nicht nur ein Unternehmen oder einen Tarif, sondern sind Entwicklungen, von denen keine Versicherung ausgeschlossen bleibt. Ein stichtagsbezogener Beitragsvergleich kann diese Situation nur ungenügend abbilden. Ein privater Krankenversicherungsschutz ist stets auf eine lange Dauer angelegt; dies sollte auch beim Beitragsvergleich berücksichtigt werden.

### Anpassung des Versicherungsschutzes

In der privaten Krankenversicherung besteht jederzeit die Möglichkeit, Anpassungen im individuellen Versicherungsschutz vorzunehmen. Der Wechsel von einem Tarif zu einem anderen innerhalb eines Unternehmens, die Erhöhung des vereinbarten Selbstbehalts oder auch die Ab-

senkung des Versicherungsschutzes im Krankenhaus vom Einbettzimmer auf das Zweibettzimmer können interessante Möglichkeiten sein, um eine Beitragsentlastung zu erreichen.

Welche Alternativen im Einzelnen bestehen, lässt sich nur individuell klären. Hier ist eine persönliche Beratung durch die jeweilige Versicherung das Beste.