SPEZIAL | MÄRZ 2016

PKV publik

Das Magazin des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gelebte Solidarität

Fakten zur Privaten Krankenversicherung

Editorial

Volker Leienbach
Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V.

Tag für Tag zeigt der Blick auf die aktuellen Nachrichten, dass die deutsche Politik in diesen Monaten gewaltige Herausforderungen zu meistern hat. Da ist es beruhigend, dass es auf dem wichtigen Feld der Gesundheitspolitik, von der alle Menschen hierzulande betroffen sind, keinen dringenden Handlungsbedarf gibt. Denn repräsentative Umfragen zeigen jedes Jahr aufs Neue eine sehr hohe Zufriedenheit der Deutschen mit ihrem Gesundheitssystem. Rund 90 Prozent Zustimmung bei den gesetzlich Versicherten ergab eine Allensbach-Umfrage im vergangenen Jahr, bei den Privatversicherten waren es sogar noch ein paar Prozentpunkte mehr.

An dieser Tatsache ändert auch der gelegentlich zu hörende Vorwurf nichts, die Private Krankenversicherung (PKV) sei vermeintlicher Auslöser einer „Zwei-Klassen-Medizin". Eigentlich müssten sogar die Gegner der PKV froh sein, dass es die Privatversicherten gibt. Denn der Systemwettbewerb von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in Deutschland hält beide Versicherungszweige auf Trab – zum Nutzen aller Versicherten. Dieser Wettbewerb ist ein wesentlicher Grund für das hervorragende Versorgungssystem hierzulande, das weltweit seinesgleichen sucht.

Jedes Jahr wechseln zigtausende Menschen zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung. Um diese Versicherten bemühen sich beide Systeme. Dadurch sind die Anbieter permanent veranlasst, die Qualität ihres Angebots zu verbessern, um die potenziellen Kunden vom Vorzug des eigenen Systems zu überzeugen. Ohne die Konkurrenz durch das jeweils andere System würde dieser Anreiz zu Leistungsverbesserungen sofort wegfallen.

Zudem fungiert die Private Krankenversicherung als Türöffner für den medizinischen Fortschritt. Denn anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt es hier nur sehr niedrige Hürden bei Innovationen und keine Budgetgrenzen für die Ärzte. Das erleichtert die Einführung neuer Methoden, die letztlich allen Patienten zu Gute kommen. Die positiven Auswirkungen der PKV beschränken sich indes nicht auf das Gesundheitssystem, sondern strahlen zum Beispiel auch auf den Arbeitsmarkt aus.

Diese Sonderausgabe von ‚PKV publik' erläutert die wichtigsten Aspekte der Privaten Krankenversicherung und ihre Rolle im erfolgreichen Dualen System – von der Grundidee einer solidarischen Absicherung gegen das Krankheitsrisiko über die Regeln der Beitragskalkulation bis hin zu den vielen Informations- und Service-Angeboten der Branche für die Verbraucher, für Medien und Politik, für die Wissenschaft und jeden Interessierten. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Nutzwert bei der Lektüre.

Mit besten Grüßen, Ihr

Volker Leienbach

PKV
Verband der Privaten Krankenversicherung

ISSN 0176-3261

IMPRESSUM PKV publik | Spezial-Ausgabe | März 2016

Herausgeber
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Postfach 511040 · 50946 Köln
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax -39 50
www.pkv.de | presse@pkv.de

Verantwortlich
Dr. Volker Leienbach
Redaktion
Stefan Reker, Jens Wegner

Fotos
Getty: Gandee Vasan, Maskot, Chris Ryan; Corbis: Andrew Brookes, Martin Barraud/Ocean

Inhalt

Langfristig vorgesorgt

Wie die Private Krankenversicherung die Beiträge berechnet 6

Seriös kalkuliert

Beitragsanpassungen sichern das vertraglich garantierte Leistungsniveau und folgen strengen gesetzlichen Regeln 12

Gelebte Solidarität

Eine Private Krankenversicherung ist gelebte Solidarität der Gesunden mit den Kranken. Wir erklären, wie das System funktioniert 4

Gut für alle

Die Private Krankenversicherung hat nicht nur positive Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem, sondern zum Beispiel auch auf den Arbeitsmarkt 8

Service

Sie haben weitere Fragen zur Privaten Krankenversicherung? Unser Online-Service bietet umfassende Informationen für Medien und Verbraucher 14

Gelebte Solidarität

So funktioniert die Private Krankenversicherung

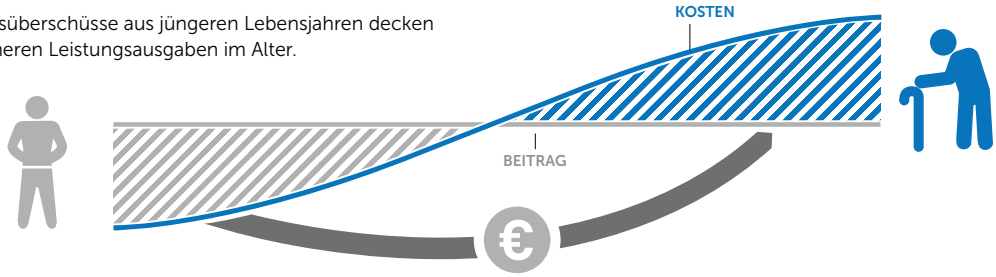
Niemand weiß, wie lange er gesund bleiben wird oder ob ihn irgendwann eine schwere Krankheit erwischt, ob die Behandlung extrem viel kostet und ob man dann womöglich seinen Lebensunterhalt nicht mehr selbst verdienen kann. Vor diesem Problem steht erst einmal jeder. Was liegt da näher, als sich in einer Gruppe zusammenzuschließen und das ungewisse Risiko Krankheit gemeinsam zu tragen? Denn das Risiko besteht zwar für jeden einzelnen gleichermaßen, aber nicht bei allen tritt eine Krankheit auch tatsächlich ein. Genau das ist die Idee einer Versicherung: Viele Personen zahlen Beiträge ein – und bekommen dafür bei Krankheit oder Unfall die anfallenden Kosten erstattet. Da nur bei einem Teil der Versicherten sehr hohe Kosten anfallen, reicht das Vermögen der Versichertengemeinschaft bei überschaubaren Beiträgen aus, um die Risiken für alle abzudecken. Das ist gelebte Solidarität der Gesunden mit den Kranken.

Damit dieses Prinzip funktioniert und niemand die Solidarität der Gemeinschaft missbraucht, muss das Anfangsrisiko für alle gleich sein. Niemand weiß zu Beginn, ob und wie schwer er unter Umständen in Zukunft erkranken wird. Für jeden, der sich dieser Gruppe anschließt, muss dasselbe gelten. Andernfalls könnte jemand auf die Idee kommen, sich die Beiträge zu sparen und der Versichertengemeinschaft erst dann beizutreten, wenn eine Krankheit schon ausgebrochen ist. In einem solchen System bestünde kein Anreiz mehr, rechtzeitig dem solidarischen Kollektiv beizutreten – das Versicherungsprinzip würde nicht funktionieren.

Natürlich sind in der Realität die individuellen Risiken nicht gleich. Die Menschen sind zu Vertragsbeginn unterschiedlich alt, womöglich bestehen auch bereits Vorerkrankungen. Diese Unterschiede können jedoch durch entsprechend differenzierte Beiträge ausgeglichen werden. So treten in höheren Lebensaltern Krankheiten öfter auf als in jungen Jahren. Wer sich also relativ spät versichert, wird im Laufe seiner verbleibenden Versicherungszeit im Jahresdurchschnitt höhere Leistungen in Anspruch nehmen. Dieses größere Risiko wird durch einen höheren Beitrag an die Gemeinschaft ausgeglichen. Dasselbe gilt für Vorerkrankungen. Aus diesem Grund gibt es in der Privaten Krankenversicherung vor Vertragsbeginn eine sogenannte Risikoprüfung, bei der Antragsteller Fragen zu ihrem Gesundheitszustand beantworten müssen. Auf dieser Basis und abhängig vom Lebensalter wird dann von der Versicherung ein individueller Beitrag berechnet. Darin enthalten ist auch der Aufbau von Alterungsrückstellungen. Sie dienen als Vorsorge für die absehbar höheren Krankheitskosten im

Grundidee der Beitragskalkulation in der PKV

Beitragsüberschüsse aus jüngeren Lebensjahren decken die höheren Leistungsausgaben im Alter.



Alter und werden zudem verzinslich angelegt. Wenn die Versicherten also älter werden und damit potenziell öfter erkranken, sind die dementsprechend steigenden Kosten bereits einkalkuliert und abgedeckt.

Nachdem der Beitrag zu Vertragsbeginn ermittelt wurde, hat die Entwicklung des individuellen Gesundheitszustandes und des Lebensalters damit nie wieder Einfluss auf den Beitrag, solange man in seinem Versicherungsunternehmen bleibt. Lediglich bei einer späteren Ausweitung der Versicherungsleistungen oder bei einem Wechsel des Unternehmens wäre eine erneute Prüfung nötig.

Trotzdem wird sich der zu zahlende Beitrag im Laufe eines Versichertenlebens ändern. Denn einige Kostenfaktoren, deren Entwicklung bei Vertragsabschluss unbekannt ist, kann das Versicherungsunternehmen in der Beitragskalkulation nicht vorwegnehmen. Dazu gehören etwa ein Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung, steigende Kosten durch den technischen Fortschritt in der Medizin oder eine längerfristige Änderung des Zinsniveaus.

Die Beitragsberechnung folgt strengen gesetzlichen Vorgaben. Darüber hinaus gibt es für die Privatversicherten noch weitere gesetzliche Sicherheiten, die sich insbesondere im Alter beitragsdämpfend auswirken (s. Seite 12).

Klar ist aber auch: Eine Private Krankenversicherung ist kein Sparprodukt. Wer sich nur deswegen privatversichern möchte, um Beiträge zu sparen, der springt zu kurz. Privatversicherte entscheiden sich für ein Produkt, das sie sich ganz nach den eigenen Bedürfnissen zusammenstellen können. Und sie haben die Gewissheit, dass ihnen diese einmal vereinbarten Leistungsansprüche weder durch das Versicherungsunternehmen noch durch politische Reformen gekürzt werden können. Angesichts der Ungewissheit über die Entwicklung der eigenen Gesundheit ist das ein hoher Wert.

Seit Bismarcks Zeiten

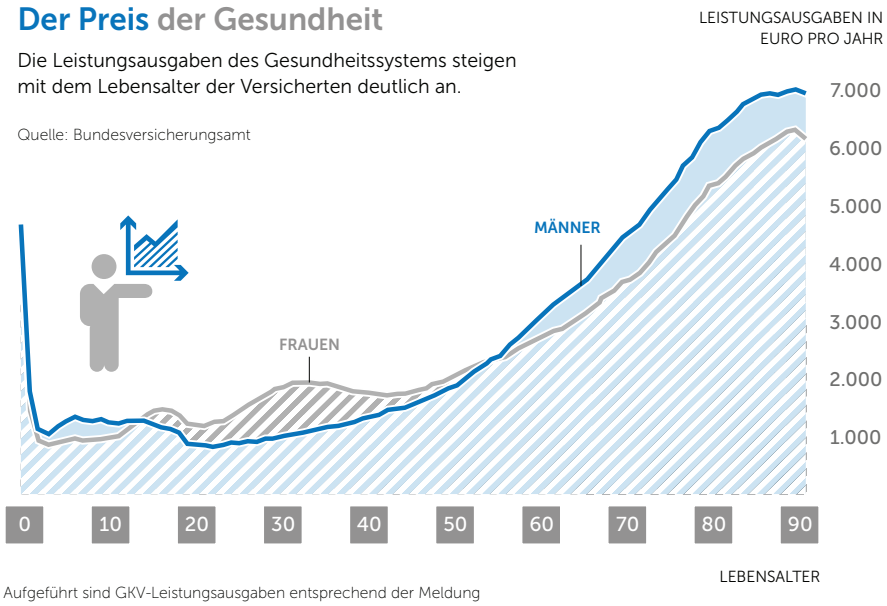
Das für Deutschland typische duale Versicherungssystem geht auf die 1883 unter Otto von Bismarck eingeführte Arbeiterkrankenversicherung zurück. Nur wessen Einkommen unter der „Berechtigungsgrenze" lag, galt als schutzbedürftig und konnte die Sozialversicherung in Anspruch nehmen. Wer dieses Recht nicht hatte, musste draußen bleiben und sich selbst um eine Absicherung gegen das Risiko Krankheit kümmern. Inzwischen ist aus der Berechtigungsgrenze eine „Versicherungspflichtgrenze" geworden, die 2016 bei 56.250 Euro Brutto-Jahreseinkommen liegt. Nur wer mehr verdient, ist nicht mehr in der GKV pflichtversichert und kann auf Wunsch in eine Private Krankenversicherung wechseln. Gemessen am Ursprungsgedanken einer Sozialversicherung für Schutzbedürftige erscheint es freilich etwas kurios, dass man heute mit einem Gehalt weit über dem Durchschnittseinkommen noch als „schutzbedürftig" gilt und seine Versicherung nicht frei wählen darf.

↗ Weitere Informationen zur Funktionsweise der PKV unter: www.pkv.de/themen/krankenversicherung

Der Preis der Gesundheit

Die Leistungsausgaben des Gesundheitssystems steigen mit dem Lebensalter der Versicherten deutlich an.

Quelle: Bundesversicherungsamt



Aufgeführt sind GKV-Leistungsausgaben entsprechend der Meldung für den Risikostrukturausgleich (RSA)

Langfristig vorgesorgt

Deutschlands Bevölkerung wird immer älter. Laut Statistischem Bundesamt wird der Anteil der Über-80-Jährigen bis 2060 von heute 5,4 auf 13 Prozent ansteigen, gleichzeitig geht die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter um etwa ein Viertel zurück. Grund ist nicht nur die geringe Geburtenrate, sondern auch die steigende Lebenserwartung. Das hat starke Auswirkungen auf die künftige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems: Denn die Pro-Kopf-Ausgaben für ältere Menschen liegen deutlich über denen für Jüngere (siehe Grafik auf Seite 5 unten). Diese Entwicklung stellt insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vor enorme Herausforderungen. Denn im Umlageverfahren der GKV müssen die Erwerbstätigen letztlich die Ausgaben der Ruheständler mittragen, weil die GKV-Beiträge auf Renteneinkünfte und sonstige Ruhegelder nicht kostendeckend sind. Daher funktioniert dieses System vor allem gut, wenn das Verhältnis von Menschen im erwerbsfähigen Alter und Menschen im Rentenalter einigermaßen ausgewogen ist. Je mehr nun aber der demografische Wandel voranschreitet, desto mehr werden die Ausgaben zunehmen, während die Zahl der erwerbstätigen Beitragszahler zurückgeht. Als Folge sagen Gesundheitsökonomen stark steigende Beiträge und eine zunehmende Einschränkung von Leistungen in der GKV voraus.

Die Private Krankenversicherung hingegen arbeitet mit einem Kapitaldeckungsverfahren, das sie von der demografischen Entwicklung weitgehend unabhängig macht. Dabei müssen sich die Krankenversicherungsunternehmen nach strengen gesetzlichen Vorgaben richten (siehe Kasten). Grundsätzlich gilt, dass die Beiträge der Versicherten von Beginn an so kalkuliert sind, dass sie schon in jungen Jahren selbst Vorsorge für ihre altersbedingt steigenden Gesundheitsausgaben treffen.

Daher liegen die Beiträge der Privatversicherten anfangs über den statistisch zu erwartenden Gesundheitsausgaben ihrer jeweiligen Altersgruppe. Denn die Versicherung berechnet den Beitrag anhand der statistisch zu erwartenden Kosten für die gesamte Lebenszeit, rechnet also auch schon den absehbar schlechteren Gesundheitszustand im Alter mit ein. Aus den sich daraus ergebenden zusätzlichen Beitragsbestandteilen bilden die Unternehmen die Alterungsrückstellung. Diese Mittel werden verzinslich angelegt.

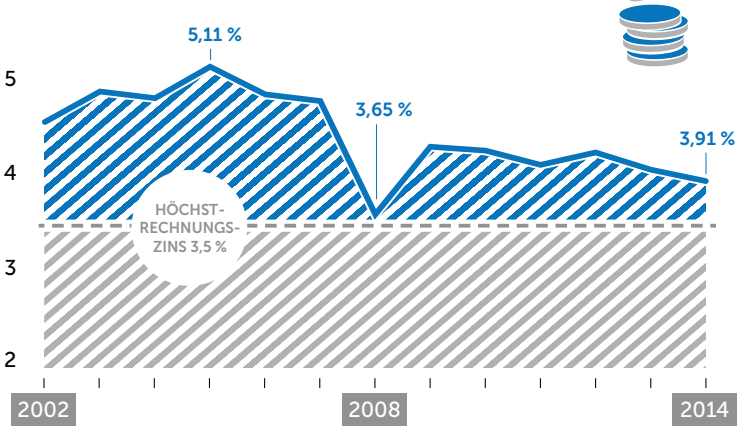
Kennzahlen der Privaten Krankenversicherung:

- PKV-Vollversicherte: **8,83 Millionen**
- PKV-Zusatzversicherungen: **24,34 Millionen**
- Versicherungsleistungen: **24,79 Milliarden Euro**

Quelle: PKV-Zahlenbericht 2014

Erzielte Zinsgewinne im Durchschnitt der PKV-Branche

Höchstrechnungszins wird erreicht und übertroffen



Quelle: WIP, Statistisches Bundesamt

Wie die Private Krankenversicherung die Beiträge berechnet

Die Beiträge zu einer Privaten Krankenversicherung bleiben somit unabhängig davon, ob sich der Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft ändert.

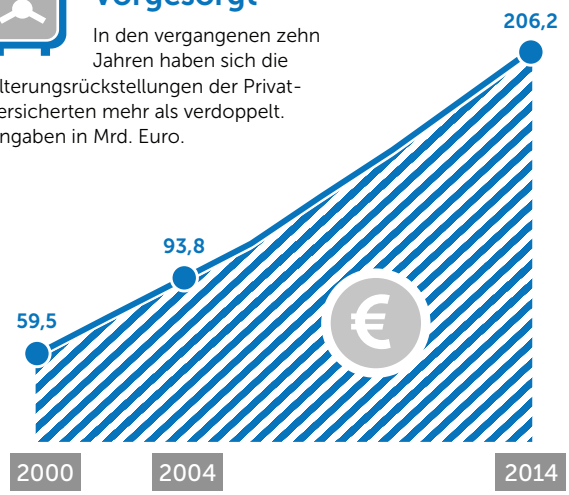
Auch der aus der Anlage der Alterungsrückstellung erwirtschaftete Kapitalertrag wird in die Beiträge einkalkuliert. Maximal darf ein Unternehmen dabei einen sogenannten Höchstrechnungszins von 3,5 Prozent veranschlagen. Da die Beiträge in der Privaten Krankenversicherung grundsätzlich für die Dauer eines gesamten Lebens kalkuliert werden, sind langfristige Kapitalanlagen möglich. Daher können auch vorübergehende Niedrigzinsphasen gemeistert werden (siehe Grafik links). Freilich kann es bei länger anhaltenden Niedrigzinsen vorkommen, dass der Rechnungszins nicht erreicht wird. In einem solchen Fall müssen die Beiträge bei nächster Gelegenheit (siehe Seite 12) an die geänderte Zinssituation angepasst werden.

In der Vergangenheit gingen allerdings die tatsächlichen Zinsgewinne in der Regel über den einkalkulierten Zins hinaus. Zur Verwendung dieser sogenannten Überzinsen gibt es ebenfalls gesetzliche Regelungen: 90 Prozent des Überzinses kommen den Versicherten zugute – entweder als zusätzlich Zuführung zu den Alterungsrückstellungen oder als direkte Beitragsentlastung der über 65-Jährigen.

Seit dem Jahr 2000 wird als zusätzliche Vorsorge noch ein Zuschlag von zehn Prozent auf den kalkulierten Beitrag aufgeschlagen. Der Zuschlag wird von allen Versicherten bis zum vollendeten 60. Lebensjahr bezahlt und ab dem 65. Lebensjahr dazu eingesetzt, künftige Beitragssteigerungen abzumildern.

Vorgesorgt

In den vergangenen zehn Jahren haben sich die Alterungsrückstellungen der Privatversicherten mehr als verdoppelt. Angaben in Mrd. Euro.



Quelle: PKV-Zahlenbericht

Im Jahr 2014 betrugen die Alterungsrückstellungen aller Versicherten in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung insgesamt rund 206 Milliarden Euro. Dank dieser Rückstellungen sind Privatversicherte auch im Alter nicht von der jüngeren Generation abhängig. Angesichts der Herausforderungen, vor die die demografische Entwicklung die GKV stellt, entlastet die PKV mit ihrem Kapitaldeckungsverfahren daher das gesamte Gesundheitssystem.

Gut für alle

Wie alle Versicherten vom Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung profitieren

Die Private Krankenversicherung (PKV) wird von ihren Gegnern oft als vermeintlicher Auslöser einer „Zwei-Klassen-Medizin“ kritisiert. Doch eigentlich müssten sie froh sein, dass es die PKV gibt. Denn der Systemwettbewerb von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in Deutschland hält beide Versicherungszweige auf Trab – zum Nutzen aller Versicherten. Jedes Jahr wechseln zigtausende Menschen zwischen GKV und PKV. Um diese Versicherten bemühen sich beide Systeme. Dadurch sind die Anbieter permanent veranlasst, die Qualität ihres Angebots zu verbessern, um die potenziellen Kunden vom Vorzug des eigenen Systems zu überzeugen. Ohne die Konkurrenz durch das jeweils andere System würde dieser Anreiz zu Leistungsverbesserungen sofort wegfallen. Die positiven Auswirkungen der PKV beschränken sich indes nicht auf das Gesundheitssystem, sondern strahlen z. B. auch auf den Arbeitsmarkt aus.

Vorteil 1: Innovation

Die Private Krankenversicherung erweist sich oft als Türöffner für medizinische Innovationen. Möglich wird dies durch die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen für die Ansprüche der Versicherten. Während die Leistungen der GKV nach Vorgabe des Sozialgesetzbuchs stets „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen, zählt in der PKV allein die medizinische Notwendigkeit. Hier müssen die Ärzte keine Budget-Grenzen oder ähnliche Beschränkungen bedenken, sondern können sich bei der Wahl der Therapie ganz auf den medizinischen Nutzen konzentrieren.

Compass: Innovation in der Pflegeberatung

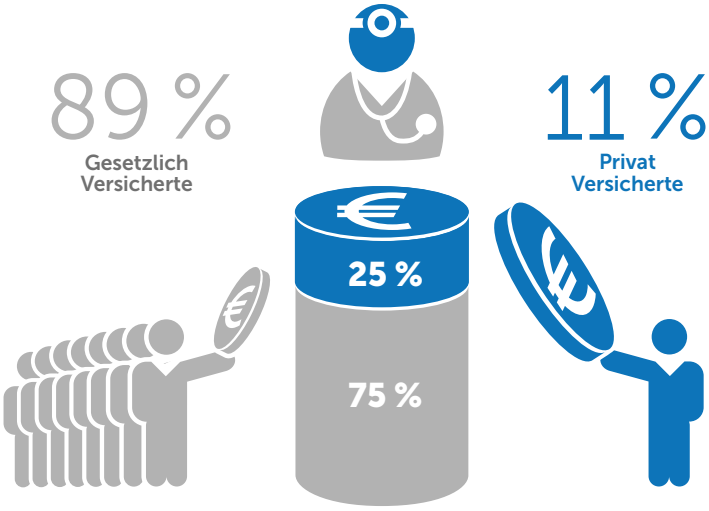
Der Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung fördert nicht nur Innovationen im medizinischen Bereich. Ein weiteres Beispiel ist die private Pflegeberatung Compass. Als der Gesetzgeber die Einführung einer Pflegeberatung vorschrieb, entschied sich die PKV dafür, neben den Pflegestützpunkten der gesetzlichen Pflegekassen einen eigenen Weg einzuschlagen. So startete im Januar 2009 die private Pflegeberatung Compass. Mit ihrem Konzept der aufsuchenden Beratung in der häuslichen Umgebung der Betroffenen hat sie sich in kürzester Zeit zu einem Erfolgsmodell entwickelt und neue Standards etabliert. Das hat mittlerweile auch der Gesetzgeber erkannt und den Anspruch auf eine aufsuchende Pflegeberatung zu Hause auch für gesetzlich Versicherte eingeführt.

Beispiel Computertomografie: Die Vorreiterrolle der PKV zeigt sich z. B. in der ambulanten Diagnostik. So erstattete die PKV frühzeitig die Herz-Computertomografie, die Schichtaufnahmen des Herzens ermöglicht. Das erspart den Patienten beim Verdacht auf kranke Herzkranzgefäße die übliche Untersuchung per Katheter, bei der eine Sonde ins Herz eingeführt werden muss. Diese Herz-CT ist noch nicht im ambulanten GKV-Leistungskatalog enthalten. Doch angespornt vom Leistungsvergleich mit der PKV haben die ersten Krankenkassen Verträge geschlossen, die ihren Versicherten ebenfalls Zugang zu der neuen, schonenden Diagnosemethode bieten.

So wie die PKV durch frühzeitige Erstattung innovativer Verfahren einen gewissen Druck auf den Leistungskatalog der GKV ausübt, hat umgekehrt die Nutzenbewertung in der GKV durchaus auch Vorteile für das gesamte System. Die Anbieter kommen so in die Pflicht, die Wirksamkeit ihrer Innovationen durch Studien nachzuweisen. Hier erfüllt sich also Wettbewerb zum Vorteil aller Versicherten.

Vorteil 2: Mehrumsatz

Alle gesetzlich und privat versicherten Patienten können auf ein gemeinsames Versorgungssystem aus Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken zurückgreifen. Schon aus diesem Grunde hält der Vorwurf einer angeblichen „Zwei-Klassen-Medizin“ der Realität nicht stand. Durch das andere Finanzierungssystem der PKV (Erstattung der Behandlungskosten ohne Budgetgrenzen) zahlen die Privatversicherten für viele medizinische Leistungen höhere Honorare. Damit sichern die rund 11 Prozent Privatversicherten rund 25 Prozent der Arzthonorare. Durch die Mehrzahlungen der Privatversi-



Privatversicherte tragen hohen Kostenanteil

Rund ein Viertel der Arzthonorare wird durch die Privatversicherten getragen. Damit trägt ein einzelner von ihnen im Schnitt etwa zweieinhalb Mal soviel wie ein gesetzlich Versicherter.

Quelle: WIP

cherten fließen insgesamt jedes Jahr rund 11,8 Milliarden Euro zusätzlich ins Gesundheitssystem. Diese Einnahmen ermöglichen es Ärzten und Krankenhäusern, in moderne Geräte und mehr Personal zu investieren. Das kommt im Ergebnis allen zugute: privat und gesetzlich Versicherten.

Beispiel: Viele Ärzte warnen davor, dass sie ihre Praxis nicht wirtschaftlich betreiben könnten, wenn es die Mehreinnahmen durch die Privatversicherten nicht mehr gäbe. Ein Blick auf die Zahlen macht klar, warum das so ist: Eine Arztpraxis erzielt durch die Behandlung von Privatversicherten im Durchschnitt jedes Jahr etwa 45.000 Euro zusätzlich. Hebammen und Heilmittelerbringer, wie z. B. Physiotherapeuten, profitieren auf die gleiche Weise von der Behandlung Privatversicherter (Details zu den Mehrumsatz-Daten bietet das Wissenschaftliche Institut der PKV: www.wip-pkv.de)

Vorteil 3: Schutz vor Leistungskürzungen bei Kassenpatienten

Der Wettbewerb von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung bringt allen Versicherten eine bessere Versorgung. Denn die Vorteile und neuen Ideen des einen Versicherungssystems sind immer auch Ansporn für das andere. Dieses duale System sorgt dafür, dass in Deutschland einer der weltweit umfangreichsten gesetzlichen Leistungskataloge gewährleistet ist. Daher verwundert es nicht, dass die große Mehrheit der Deutschen mit ihrer medizinischen Versorgung sehr zufrieden ist (siehe Grafik oben rechts).

Internationale Beispiele zeigen: Länder ohne den für Deutschland typischen Systemwettbewerb bieten deutlich geringere Leistungen. So haben etwa in Großbritannien oder den Niederlanden die Patienten keinen direkten Zugang zum Facharzt und warten bis zu 6 Monate auf Arzt- oder Operationstermine. Im britischen Einheitssystem gelten Wartezeiten bis zu 18 Wochen als normal, bei uns werden schon 3 bis 4 Wochen Wartezeit für Kassenpatienten als Ärgernis diskutiert. Und die allermeisten Studien zeigen noch deutlich kürzere Wartezeiten in Deutschland. So beziffert das unabhängige Center for Health Economics der Universität Hamburg die Wartezeit für GKV-Versicherte auf Facharzttermine auf 16 Tage.

Vorteil 4: Entlastung zukünftiger Generationen

Privatversicherte leisten einen beträchtlichen solidarischen Beitrag für das gemeinsame Gesundheitssystem. So erhält die GKV hohe Zuschüsse aus Steuermitteln – allein im Jahr 2016 werden es 14 Milliarden Euro sein. Daran ist jeder Privatversicherte rechnerisch mit 172 Euro beteiligt – pro Jahr. Die Privatversicherten stützen so die Finanzierung der GKV, deren sozialpolitische Leistungen wie etwa die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen sie selbst nicht erhalten.
Überdies sind die Privatversicherten solidarisch mit den nachfolgenden Generationen, weil sie eigenverantwortlich Vorsorge für die hohen Gesundheitskosten im Alter treffen und damit die zukünftigen Beitragszahler massiv entlasten (siehe Seite 7).

Übrigens: Anders als viele meinen, entlasten angestellte Versicherte, die in die PKV wechseln, die gesetzlichen Kassen. Denn ein Wechsel in die Private Krankenversicherung ist für sie erst ab einem gesetzlich vorgeschriebenen Mindesteinkommen von 56.250 Euro im Jahr (Stand 2016) möglich. Ein solches Einkommen erzielen die wenigsten schon zu Beginn ihrer Karriere. Erst ab Mitte 30 überspringen viele erstmals diese Versicherungspflichtgrenze und können in die private Kranken- und Pflegeversicherung wechseln. Das bedeutet, dass sie zu diesem Zeitpunkt bereits 15 bis 20 Jahre in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung eingezahlt haben, während sie in diesen jüngeren Jahren statistisch gesehen die wenigsten Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen haben. Wer sich in dieser Lebens-

90 % zufriedene Versicherte in der GKV

96 % zufriedene Versicherte in der PKV

Quelle: IfD Allensbach 2015

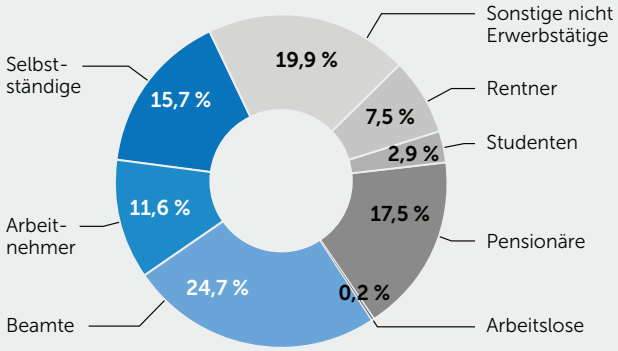
situation privat versichert und dort auch für seine zukünftigen Kosten im Alter vorsorgt, entlastet somit die GKV.

Vorteil 5: Nutzen für die Gesamtwirtschaft

Die Existenz der Privaten Krankenversicherung hat positive Effekte auf die Gesamtwirtschaft. Und zwar nicht nur aufgrund der rund 90.000 Arbeitsplätze, die direkt oder indirekt vom PKV-System abhängen. Denn der Wettbewerb von PKV und GKV stabilisiert darüber hinaus die Lohnzusatzkosten der Arbeitgeber und wirkt damit als Wachstumsmotor. Das liegt daran, dass der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung für freiwillig GKV-Versicherte in der Regel höher ist als für Privatversicherte. In diesem Zusammenhang hat die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw) in einer Studie berechnet, dass durch das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung bei den Arbeitgebern jährlich Lohnzusatzkosten in Höhe von insgesamt 1,33 Milliarden Euro vermieden werden. Legt man ein Durchschnittseinkommen zu Grunde, entspräche diese Summe rechnerisch rund 40.000 Arbeitsplätzen.

Zudem wirkt sich der Systemwettbewerb auch mittelbar auf die Lohnzusatzkosten aus: Er erschwert eine außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV durch den Gesetzgeber. Denn eine solche Anhebung würde die Beiträge der gesetzlich Versicherten in die Höhe treiben und einen Wechsel in die PKV noch attraktiver machen. Dieser Beitragswettbewerb verhindert damit perspektivisch eine außerordentliche Anhebung oder gar völlige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. Damit werden die Lohnzusatzkosten stabil gehalten und die Arbeitgeber haben entsprechend mehr Mittel für Investitionen.

Wer ist privat krankenversichert?



Quelle: WIP 2012

PKV als „Klub der Reichen"? Irrtum.

Der Gesetzgeber zieht für Arbeitnehmer eine „Versicherungspflichtgrenze", bis zu der sie Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung sein müssen. 2016 liegt sie bei 56.250 Euro Brutto-Jahreseinkommen. Nur wer mehr verdient, hat ebenso wie Selbstständige und Beamte die Wahlfreiheit, in eine Private Krankenversicherung zu wechseln. Diese gesetzliche Einkommensgrenze führt oft zu dem Missverständnis, die PKV würde nur Kunden mit hohen Einkünften akzeptieren – und jeder Privatversicherte wäre per se „Besserverdiener". Doch weit gefehlt. Weniger als 12 Prozent der Privatversicherten sind Arbeitnehmer oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Der weitaus größere Teil sind Beamte und Pensionäre sowie Kinder und Rentner. Die zweitgrößte Gruppe in der PKV sind Selbstständige.

Seriös kalkuliert

Eine Beitragserhöhung ist natürlich nie erfreulich. Aber sie sichert das vertraglich garantierte Leistungsniveau ein Leben lang – und sie folgt strengen gesetzlichen Regeln.

Bei der Kalkulation der Beiträge bezieht jede private Krankenversicherung alle Faktoren ein, die zu Beginn des Vertrages bekannt sind. Dabei richtet sie sich nach strengen gesetzlichen Vorgaben (vgl. Seite 6). Doch die Versicherungsunternehmen sind keine Wahrsager und können nicht wissen, wie sich z. B. der Fortschritt in der Medizintechnik in künftigen Jahrzehnten auf die Kosten auswirken wird. Zu den Faktoren, deren Entwicklung im Vorfeld nicht bekannt ist, gehören:

- der medizinisch-technische Fortschritt,
- eine Veränderung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen insgesamt,
- die Entwicklung der allgemeinen Inflation,
- eine steigende Lebenserwartung,
- eine längerfristige Änderung des Zinsniveaus.

Diese zukünftigen Entwicklungen dürfen nicht vorauseilend in die Beiträge einkalkuliert werden. Eine Änderung dieser Faktoren hat jedoch Einfluss auf die Kosten von medizinischen Behandlungen und darauf, wieviel Vorsorge die PKV treffen muss. Damit die lebenslange Leistungsgarantie der Privatversicherten dauerhaft gesichert ist, sind die Versicherer gesetzlich dazu verpflichtet, jedes Jahr die tatsächlichen Ausgaben in ihren Tarifen mit den kalkulierten Daten zu vergleichen.

Nur bei nachgewiesenen Kostensteigerungen können die Beiträge angepasst werden. Bei diesem Prozess muss immer ein unabhängiger Treuhänder als Anwalt der Versicherten beteiligt sein. Er überprüft die Daten und muss jeder Beitragsanpassung zustimmen. Die Anpassung stellt sicher, dass die vereinbarten Leistungen auch in Zukunft immer auf dem aktuellen Preisniveau garantiert sind.

Übrigens: In der Gesetzlichen Krankenversicherung steigen die Beiträge praktisch jedes Jahr, indem die Beitragsbemessungsgrenze erhöht wird (z. B. 2016 um 2,7 Prozent auf 4.237,50 Euro pro Monat) und unterhalb dieser Grenze von jeder Lohnerhöhung automatisch der prozentuale GKV-Beitrag abgebucht wird (derzeit im Schnitt 15,7 Prozent) – und zwar ohne dass die Versicherten darüber per Brief informiert werden wie in der PKV.

Obwohl also Beitragsanpassungen das garantierte Leistungsniveau langfristig sichern, ist in Medienschlagzeilen bisweilen von einer „unbezahlbaren PKV“ zu lesen. Dabei werden oft wichtige Punkte übersehen. So zum Beispiel, dass

GKV-Beitrag auf die Altersvorsorge

Gesetzlich Versicherte zahlen ihren Beitrag nicht nur auf ihr Gehalt und ihre Rente, sondern auch auf ihre betriebliche Altersvorsorge. So werden zum Beispiel bei einer Lebensversicherung im Versorgungswerk der Presse je 100.000 Euro betrieblicher Vorsorge aktuell fast 16.000 Euro Krankenversicherungsbeitrag abgezogen. Für freiwillig GKV-Versicherte sind darüber hinaus auch Miet- und Kapitaleinkünfte, die private Altersvorsorge und sogar das Einkommen des Partners beitragspflichtig.

- Beitragsanpassungen nicht alle Privatversicherten in Gänze treffen, sondern immer nur Versicherte in bestimmten Tarifen,
- in den entsprechenden Tarifen zuvor oft jahrelang keine Anpassung erfolgte,
- die Versicherten auch nach der Erhöhung zumeist immer noch weniger bezahlen, als sie es in der GKV müssten,
- eine Anpassung gemessen in absoluten Euro-Beträgen oft gar nicht so hoch ist
- und dass die Privatversicherten mehrere Möglichkeiten haben, die Beiträge zu senken.

Wie Versicherte ihre Beiträge senken können

Von einer Beitragsanpassung kann nicht auf eine zukünftige Entwicklung der Beiträge geschlossen werden. In Zukunft kann es durchaus wieder mehrere Jahre ohne Anpassung geben. Zudem sorgen verschiedene Faktoren dafür, dass Beitragsanpassungen in späteren Lebensjahren geringer ausfallen: Mit Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt der gesetzliche 10-Prozent-Zuschlag, sodass der Beitrag entsprechend sinkt. Zudem wird bei Renteneintritt die Krankentagegeldversicherung obsolet. Und privat versicherte Rentner erhalten einen Zuschuss zu ihrer privaten Krankenversicherung (aktuell bis zu 200 Euro monatlich), sofern sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind.

Darüber hinaus haben Privatversicherte bei Bedarf jederzeit mehrere Möglichkeiten, ihre Beiträge zu reduzieren. Die PKV-Unternehmen geben bei Beitragsanpassungen Hinweise zum Tarifwechsel. Ein anderer Tarif kann bei ähnlichen Leistungen unter Umständen günstiger sein. Um den Beratungs- und Wechselservice zu stärken, hat der PKV-Verband „Leitlinien für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel“ erarbeitet, die deutlich über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehen (siehe Kasten).

Um Beiträge zu senken, können Privatversicherte außerdem auf einzelne Tarifbausteine wie zum Beispiel das Einbettzimmer im Krankenhaus verzichten. Auch Selbstbehalte können den Monatsbeitrag senken.

Für den Fall, dass Versicherte in finanzielle Probleme geraten, gibt es Lösungen in Form der PKV-Sozialtarife. Für langjährig Privatversicherte bietet dann der „Standardtarif“ Abhilfe. Er hat vergleichbare Leistungen wie die GKV, und sein Durchschnittsbeitrag beträgt rund 280 Euro, wobei es bis zu 140 Euro Zuschuss von der Rentenversicherung gibt. Und wer finanziell hilfebedürftig ist, erhält im „Basistarif“ einen ebenfalls an der GKV orientierten Versicherungsschutz ganz ohne eigenen Zahlbeitrag. Denn in diesem Fall verringert die Versicherung den Beitrag im Basistarif auf die Hälfte. Die andere Hälfte trägt die zuständige Sozialbehörde.

Wie auch immer die individuellen Bedürfnisse sind: Wer eine Beitragsreduzierung anstrebt, sollte immer zunächst alle Optionen mit seinem Versicherungsunternehmen besprechen. Fast immer wird dabei eine passende Lösung gefunden. Das kostenlose Wechselrecht ist ein gesetzlicher Anspruch – auch ohne Mitwirkung kommerzieller „Wechselberater“, die sich gegen Honorar einschalten. Wenn deren „Erfolgshonorar“ einseitig von der Ersparnis abhängt, besteht zudem oft die Gefahr, unbedacht auf wichtige Leistungen zu verzichten.

Tarifwechsel-Leitlinien des PKV-Verbandes

Am 1. Januar 2016 sind die Tarifwechsel-Leitlinien des PKV-Verbandes in Kraft getreten. Sie konkretisieren das geltende Recht und gehen zum Teil deutlich darüber hinaus. Künftig erhalten die Versicherten bei Beitragsanpassungen bereits ab dem 55. Lebensjahr konkrete Tarifalternativen – fünf Jahre früher als gesetzlich vorgesehen. Anfragen werden innerhalb von 15 Arbeitstagen beantwortet. Die teilnehmenden Unternehmen zeigen darüber hinaus wechselwilligen Versicherten entweder alle Zieltarife auf oder benennen geeignete Tarife auf der Basis eines objektiven Auswahlsystems. Die Auswahlkriterien werden durch unabhängige Wirtschaftsprüfer kontrolliert. Mehr unter: www.pkv.de/verband/tarifwechsel-leitlinien-pkv

Vorsicht bei „Tarifoptimierern“

Privatversicherte sollten die Angebote so genannter „Tarifoptimierer“ mit Vorsicht genießen. Denn deren Honorierung richtet sich meist nur nach dem eingesparten Betrag und nicht nach dem optimalen Versicherungsschutz für die Kunden. Wer seinen Beitrag reduzieren möchte, sollte sich daher zuerst an sein Versicherungsunternehmen wenden.

FÜR UNSERE GESUNDHEIT
BRINGT ASSISTENZÄRZTIN SILVIA HÖCHSTLEISTUNG.
WIR SAGEN DANKE.
Gemeinsam machen wir das deutsche Gesundheitssystem zu einem der besten der Welt.
Erfahren Sie mehr unter www.pkv.de/silvia
IHRE PRIVATEN KRANKENVERSICHERER