

PKV-Info

**Bleibt Ihre private
Krankenversicherung
im Alter bezahlbar?**



Wiederholt wurden in den letzten Jahren in den Medien Fälle genannt von angeblich außerordentlich hohen Beitragssteigerungen im Alter in der privaten Krankenversicherung (PKV). Beitragsvorteile in jungen Jahren würden danach angeblich durch Beitragssteigerungen im Alter aufgehoben. Dass dies alles so nicht stimmt, lässt sich genau aufzeigen. Ein privater Krankenversicherungsschutz ist eine verlässliche und solide Entscheidung für die Gegenwart und vor allem für die Zukunft.

Kostenentwicklung

Richtig ist, dass es zum Teil hohe Beitragserhöhungen in der PKV gegeben hat. Solche Beitragserhöhungen sind eine Folge der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und auch des zunehmenden medizinischen Fortschritts. Zum Beispiel waren Herzoperationen bei über 70-Jährigen in den 60er Jahren noch undenkbar; sie sind heute eine medizinische Standardleistung geworden. Pro Jahr werden mehrere tausend solcher Operationen bei Privatpatienten durchgeführt, von denen jede einzelne 15.000 Euro bis

20.000 Euro kostet. Auch die Preise für Arzneimittel oder für einen Behandlungstag im Krankenhaus sind in den letzten Jahrzehnten um ein Mehrfaches gestiegen.

Falsch ist, dass solche Kosten- und Beitragssteigerungen vor allem in der PKV stattgefunden haben.

Richtig ist vielmehr, dass die private Krankenversicherung und die Sozialversicherung ungefähr im gleichen Maße von Kostensteigerungen im Gesundheitswesen betroffen sind: Im Zeitraum von 1992 bis 2002 sind die Kosten pro Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um 35,6 Prozent und in der PKV um 50,0 Prozent gestiegen. Bei dem Vergleich ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber im Betrachtungszeitraum erhebliche Zuzahlungserhöhungen und Leistungskürzungen in der GKV vorgenommen hat. Solche gesetzgeberischen Maßnahmen betreffen die PKV nicht.

Wie kommen die Beiträge zustande?

Die private Krankenversicherung kalkuliert risikogerechte

Beiträge, und zwar abhängig vom gewählten Leistungsumfang. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung, die einen vom Einkommen abhängigen Solidarbeitrag erhebt, richten sich die Beiträge der PKV nach der versicherten Leistung in Abhängigkeit vom Eintrittsalter, dem Geschlecht und dem Gesundheitszustand zu Beginn der Versicherung. Dieses Äquivalenzprinzip soll sicherstellen, dass Gruppen gleicher Risiken dieselben Beiträge zahlen, die dann auch ausreichen, die in dieser Gruppe anfallenden Versicherungsleistungen zu erbringen.

Die drei Säulen der Zukunftsvorsorge

Die Beiträge werden in der privaten Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung auf versicherungsmathematischer Grundlage berechnet. Insgesamt gibt es drei Säulen für die Altersvorsorge:

- Es werden Alterungsrückstellungen gebildet.
- Die Zinserträge aus den Alterungsrückstellungen stehen ebenfalls überwiegend

der Altersvorsorge zur Verfügung.

- Seit 1.1.2000 wird von Neuversicherten ein 10-prozentiger Zuschlag erhoben, der zusätzlich den Alterungsrückstellungen zugeführt wird.

Alterungsrückstellungen werden als Ausgleich dafür gebildet, dass mit dem steigenden Lebensalter auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt. Ein 80-Jähriger benötigt ein Mehrfaches an Gesundheitsleistungen verglichen mit einem 40-Jährigen.

Die Bildung der Alterungsrückstellungen soll also bewirken, dass der Tatbestand des Alterwerdens für sich alleine genommen nicht zu steigenden Beiträgen führt. Im Beitrag für den 30-Jährigen ist daher bereits berücksichtigt, dass dieser Versicherte mit 60 oder 70 Jahren mehr Gesundheitsleistungen als heute benötigt. Der 30-Jährige bildet mit seinem Beitrag bereits Vorsorge für das mit dem Alter steigende Krankheitsrisiko. Er zahlt deshalb auch mehr, als seinem ge-

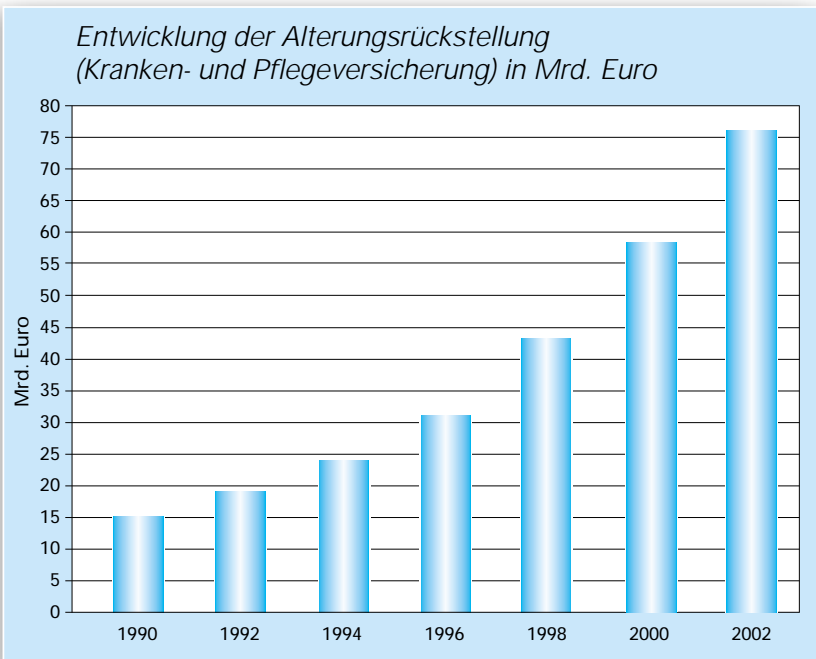
genwärtigen Gesundheitsrisiko angemessen wäre.

Ende 2002 standen insgesamt rund 76 Mrd. Euro in der Alterungsrückstellung für die Kranken- und Pflegeversicherung zur Verfügung (vgl. Schaubild).

Kalkuliert wird die Alterungsrückstellung mit einem Zins von 3,5 Prozent. Tatsächlich werden am Kapitalmarkt i. d. R. mehr als 3,5 Prozent Zinsen realisiert, mit denen die Alterungsrückstellungen kalkuliert

werden. Die tatsächliche Nettoverzinsung liegt in der PKV derzeit bei etwa 5 Prozent. 90 Prozent der über 3,5 Prozent hinausgehenden Zinserträge müssen für zusätzliche Beitragsentlastungsmaßnahmen im Alter zurückgelegt werden. Davon kommt ein wesentlicher Teil unmittelbar den heute über 65-Jährigen zugute.

Die erhöhte Verwendung von Zinserträgen für Beitragsentlastungsmaßnahmen im Alter führt dazu, dass bei älteren Ver-



sicherten künftig Kostensteigerungen im Gesundheitswesen bis zu 4 Prozent so aufgefangen werden können, dass die Prämien nicht mehr stärker steigen als bei Neuversicherten. Damit gibt es keinen überproportionalen Beitragsanstieg für ältere Versicherte mehr.

Neu ist als zusätzliche Altersvorsorgemaßnahme seit 1. Januar 2000 ein Zuschlag auf den Beitrag von 10 Prozent für alle Neuversicherten. Dieser wird zwischen dem 21. und dem 60. Lebensjahr mit dem Ziel erhoben, den Beitrag bei entsprechend langer Vorversicherungszeit ab dem 65. Lebensjahr konstant zu halten. Auf diese Weise können also nicht nur die altersbedingt steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, sondern auch allgemeine Kostensteigerungen aufgefangen werden. Je nach Vorversicherungszeit und Kostenentwicklung ist ab dem 80. Lebensjahr sogar eine Beitragssenkung möglich. Eine vorherige Beitragssenkung erlaubt der Gesetzgeber nicht. In Lebensphasen formuliert ergeben sich also folgende Abschnitte für die Beitragsentwicklung:

- Zwischen dem 21. und 60.

Lebensjahr wird ein Zuschlag von 10 Prozent erhoben. Ab dem 61. Lebensjahr entfällt der Zuschlag. Der Beitrag ermäßigt sich also um etwa 10 Prozent mit Beginn des 61. Lebensjahres.

- Zum 65. Lebensjahr entfällt in der Regel der Beitrag für eine Krankentagegeldversicherung.
- Ab dem 65. Lebensjahr werden die aus dem Zuschlag angesammelten Mittel zur Begrenzung des Beitragsanstieges verwendet. Bei hinreichend langen Vorversicherungszeiten kann der Beitrag absolut konstant bleiben.
- Ab dem 80. Lebensjahr kann es möglicherweise zu einer Beitragssenkung kommen. Ob und in welchem Ausmaß hängt vor allem von der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, der Vorversicherungszeit und der am Kapitalmarkt erzielbaren Verzinsung ab.

Der Zuschlag wird nur für die Krankheitsvollversicherung, nicht aber für Tagegeldversicherungen und Zusatzver-

sicherungen erhoben. Anwartschaftsversicherungen sind ebenfalls ausgenommen.

Wer bereits am 1. Januar 2000 versichert war, konnte sich freiwillig für den Zuschlag entscheiden. In diesem Fall ist zum 1. Januar 2001 zunächst ein Zuschlag von 2 Prozent berechnet worden, der dann in den folgenden vier Jahren um jeweils 2 Prozent erhöht wird.

Der Beitragszuschlag ist wie der Krankenversicherungsbeitrag durch den Arbeitgeber zusschussfähig.

Zum Verständnis von Beitragsentwicklungen

Die Beiträge bleiben im Zeitablauf nicht konstant. Die Leistungen, die der Versicherte erhält, verteuern sich von Jahr zu Jahr: Die Pflegesätze in den Krankenhäusern steigen, die Arzneimittelpreise steigen und auch die Ärzte und Zahnärzte schreiben von Jahr zu Jahr höhere Rechnungen. Hinzu kommen Auswirkungen des medizinischen Fortschritts, die ebenfalls meist Kostensteigerungen nach sich ziehen.

Auch andere Güter und Dienstleistungen werden von

Jahr zu Jahr teurer. Eine Lebensversicherung, die 1980 über eine Summe von 100.000 Euro abgeschlossen wurde, braucht bis heute keine Beitragserhöhung. Allerdings stellten 100.000 Euro im Jahre 1970 ein wesentlich größeres Vermögen als heute dar. Der Pflegesatz im Krankenhaus betrug 1970 rund 15 Euro. Heute sind Pflegesätze von über 250 Euro keine Ausnahme mehr.

Deshalb ist es im Gesundheitswesen fortwährend erforderlich, dass der Umfang des Versicherungsschutzes und damit auch die Beiträge den tatsächlichen Entwicklungen angepasst werden. Solange Gesundheitsleistungen teurer werden, wird es auch immer Beitragserhöhungen geben. Dies gilt für jedes Krankenversicherungssystem.

Über einen längeren Zeitraum betrachtet ist die Entwicklung der PKV-Beiträge im Alter eng an die allgemeine Kostensteigerung im Gesundheitswesen gebunden. Jedes Versicherungssystem ist, unabhängig davon, nach welchen Methoden der Beitrag kalkuliert wird, von diesen allgemeinen Kostensteigerungen betroffen. Die

beiden Beispiele anhand von Tarifen eines größeren PKV-Unternehmens machen die Beitragsentwicklung deutlich. Dabei handelt es sich bei dem zweiten Beispiel eher um einen Ausnahmefall, da der Eintritt in die PKV in der Regel in jüngeren Jahren erfolgt. Es soll aber zeigen, dass die Beitragsentwicklung in der PKV nicht nur davon abhängig ist, ob man in jungen oder in späteren Lebensjahren zur PKV gekommen ist, sondern auch hier

kommt es vor allem auf die allgemeine Kostenentwicklung im Gesundheitswesen an.

Die meisten Versicherten in der PKV entscheiden sich – wie in den Beispielen auf Seite 7 und 8 – für einen Selbstbehalt. Dieser wirkt nicht nur beitragsenkend, sondern kann auch interessant sein, um die Inanspruchnahme einer Beitragsrückgewähr nicht zu gefährden. In beiden Beispielen ist der Selbstbehalt in der PKV

Beispiel 1: Eintritt in die PKV 1975 mit 30 Jahren

PKV: ambulante Behandlung mit Selbstbehalt, Zahnbehandlung und -ersatz, stationäre Behandlung mit Zweibettzimmer und Chefarzt, Krankentagegeld nach der sechsten Woche 81,81 Euro pro Tag, Beitragsrückerstattung möglich.

Jahr	PKV			Höchstbeitrag GKV in Euro
	Selbstbehalt	Beitrag in Euro		
		Mann	Frau	
1975	153,39	60,56	92,06	112,74
1985	255,65	111,08	156,95	244,35
1990	255,65	132,83	187,80	301,98
1995	306,78	242,82	344,82	394,82
1998	306,78	298,32	378,84	434,85
2000	306,78	325,05	377,54	445,21
2001	330,00	352,38	410,45	453,72
2002	330,00	355,60	413,17	472,50
2003	330,00	384,37	458,77	493,35

Beispiel 2: Eintritt in die PKV 1975 mit 55 Jahren

PKV: ambulante Behandlung mit Selbstbehalt, Zahnbehandlung und -ersatz, stationäre Behandlung, Krankentagegeld entfällt ab 1985 wegen Renteneintritts. Beitragsrückerstattung möglich.

Jahr	PKV		
	Selbstbehalt	Beitrag in Euro	
		Mann	Frau
1975	383,47	82,57	86,28
1985	511,29	88,72	129,63
1990	511,29	124,73	156,03
1995	613,55	220,40	269,94
1998	613,55	278,03	319,06
2000	613,55	278,67	327,56
2001	660,00	259,61	326,70
2002	660,00	255,49	324,17
2003	660,00	274,28	347,98

langsamer als der Beitrag gestiegen. Unter Einrechnung des Selbstbehalts wird der prozentuale Beitragsanstieg also niedriger als in den Beispielen angegeben.

Beitragsanpassungen und ihre Darstellung in der Öffentlichkeit

In den Medien ist vergleichsweise häufig von Beitragssteigerungen in der PKV die Rede, zuweilen sogar von zweistelligen Zuwachsraten.

Steigen die Beiträge bei der

PKV also doch schneller als bei der gesetzlichen Krankenversicherung? Die Beiträge in der GKV sind einkommensabhängig. Steigt das Einkommen, dann steigt auch der Beitrag. Bei sinkendem Einkommen unterhalb der Bemessungsgrenze hat das den unbestreitbaren Vorzug, dass zwar nicht die prozentuale, wohl aber die absolute Beitragsbelastung ebenfalls sinkt. Die Beiträge in der GKV verändern sich bei den Pflichtversicherten mit jeder Gehaltsänderung. Steigt das Gehalt z.B. um 5 Prozent, so erhöhen sich auch die

Beiträge für die gesetzlichen Krankenkassen um 5 Prozent. So führt jede Tariflohnänderung und jede individuelle Gehaltsveränderung bei einem Pflichtversicherten zu einer Änderung der Krankenkassenbeiträge. Je höher das Einkommen, desto höher ist natürlich auch die finanzielle Belastbarkeit und umso eher lassen sich höhere Beiträge verkraften. Für die Frage, wie hoch die tatsächliche prozentuale Steigerung ist, ist dies allerdings weniger von Bedeutung.

Bei einem Arbeitnehmer, der freiwillig in der GKV versichert ist, führt zwar nicht die Gehaltserhöhung zu einem Anstieg des GKV-Beitrags, wohl aber die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, und zwar so lange, bis das Einkommen evtl. von der Bemessungsgrenze eingeholt wird. Jedes Jahr zum 1. Januar steigt diese Grenze um einen bestimmten Prozentsatz an. Der Anstieg folgt der allgemeinen Einkommensentwicklung. Für freiwillig Versicherte bedeutet dies praktisch eine automatische Erhöhung ihrer Krankenkassenbeiträge. Über solche „einkommensabhängi-

gen“ Beitragserhöhungen bei den Krankenkassen wird in den Medien nur selten berichtet.

Demgegenüber sind die Beiträge in der PKV vom Einkommen unabhängig. Auch wenn das Einkommen in einem Jahr um 10 Prozent steigen sollte und die Beitragsbemessungsgrenze angehoben wird, hat das auf den Krankenversicherungsbeitrag keinen Einfluss. Er bleibt davon unberührt. Dies gilt allerdings auch, wenn das Einkommen sinkt.

Eine Beitragssatzanhebung bei den gesetzlichen Krankenkassen um einen Prozentpunkt von beispielsweise 13 auf 14 Prozent klingt wie ein bescheidener Anstieg. Bei einem Einkommen von 2.500 Euro bedeutet das aber, dass der Beitrag von 325 Euro auf 350 Euro ansteigt. Bei einem Einkommen von 1.500 Euro steigt der Beitrag von 195 Euro auf 210 Euro. Rechnerisch sind das jeweils 7,7 Prozent. Die Argumentation mit Prozentpunkten ist deshalb zuweilen missverständlich. 7,7 Prozent Anstieg verbunden mit einer dreiprozentigen Gehaltssteige-

Die Beurteilung des Beitragsanstiegs in der PKV ist schwieriger. Jede einzelne Beitragserhöhung muss von einem unab-

hängigen Treuhänder genehmigt und dem Versicherten individuell mitgeteilt werden. Denn eine an das Einkommen gekoppelte Beitragserhöhung gibt es bei der PKV nicht. Bei der Beurteilung einer Beitragserhöhung ist zudem darauf zu

hängigen Treuhänder genehmigt und dem Versicherten individuell mitgeteilt werden. Denn eine an das Einkommen gekoppelte Beitragserhöhung gibt es bei der PKV nicht. Bei der Beurteilung einer Beitragserhöhung ist zudem darauf zu

Beispiel :			
Gehalt am Jahresanfang	2.425 Euro	x 13 % Krankenkassenbeitragssatz	= 315,25 Euro
Gehalt ab 1.6.	2.500 Euro	x 13 % Krankenkassenbeitragssatz	= 325,00 Euro
Beitragssatzerhöhung von 13 auf 14 %	2.500 Euro	x 14 % neuer Beitragssatz	= 350,00 Euro
tatsächlicher Anstieg des Krankenkassenbeitrages			+ 11,0 %

achten, wie lange die letzte Erhöhung zurückliegt. Ist beispielsweise die letzte Erhöhung schon drei Jahre her, dann führt eine Beitragserhöhung von 11 Prozent zum gleichen Ergebnis wie eine Beitragsanpassung von jährlich 3,53 Prozent.

Und noch etwas ist zu beachten. Beitragsanpassungen sind in jedem einzelnen Tarif jeweils gesondert vorzuneh-

men. Viele Versicherte haben in der PKV mehrere Tarife abgeschlossen; z.B.

- Tarif für ambulante Behandlung
- Tarif für Zahnbehandlung
- Tarif für Krankenhausleistungen
- Tarif für Krankentagegeld.

Wird beispielsweise nur der

Beitrag des Tarifs für ambulante Behandlung um 15 Prozent erhöht und macht der Tarif für ambulante Behandlung ein Drittel des gesamten PKV-Vertrages aus, dann führt das dazu, dass sich der Gesamtbeitrag auch nur um ein Drittel - also um 5 Prozent - erhöht.

Wer Beitragsanpassungen in der PKV also wirklich beurteilen will, der muss genau hinschauen. Meldungen von angeblich drastischen Beitragserhöhungen erscheinen bei genauer Betrachtung meist in einem etwas anderen Licht. Nur wer genau vergleicht, kommt zu einem wirklich aussagefähigen Ergebnis. Zudem ist es immer besser, einen Vergleich über einen längeren Zeitraum von z.B. zehn Jahren zu ziehen. Vergleiche einzelner Jahre können durch Sondereinflüsse gekennzeichnet sein.

Wann kann der Beitrag in der PKV angepasst werden?

Eine Beurteilung über eine Beitragsanpassung in der PKV erfolgt, indem jeder Tarif und innerhalb eines jeden Tarifs Gruppen gleicher Risiken, d.h. vor allem differenziert nach Eintrittsaltersgruppen, unter-

sucht werden. Sind die Ausgaben für die Versicherten dieser Gruppe stärker gestiegen als ursprünglich kalkuliert, dann wird eine Beitragsanpassung erforderlich. Dies setzt die Zustimmung eines unabhängigen und fachlich qualifizierten Treuhänders voraus. Der Treuhänder ist verpflichtet zu prüfen, ob die Berechnung der Prämien mit den dafür bestehenden Vorschriften in Einklang steht. Dazu sind ihm alle erforderlichen technischen Rechnungsgrundlagen einschließlich der hierfür benötigten Nachweise und Daten zur Verfügung zu stellen. In den technischen Grundlagen müssen die Grundsätze für die Berechnung der Prämien und Alterungsrückstellungen einschließlich der verwendeten Rechnungsgrundlagen und mathematischen Formeln vollständig angegeben sein.

Können Alterungsrückstellungen „mitgenommen“ werden?

Selbstverständlich kann ein Versicherter unter Einhaltung einer jährlichen Kündigungsfrist seinen Versicherungsvertrag kündigen. Das Versicherungsunternehmen seinerseits

kann nicht kündigen. Die PKV-Unternehmen haben in der Vollversicherung ausdrücklich auf das Kündigungsrecht in den Vertragsbedingungen verzichtet.

Häufig wird die Frage gestellt, ob der Versicherte bei einer Kündigung „seine“ bereits „angesparte Alterungsrückstellung“ ausgezahlt bekommt. Diese Frage ist mit „Nein“ zu beantworten. Denn die Alterungsrückstellung wird nicht pro Person, sondern jeweils für eine Gruppe von Versicherten (z.B. alle Versicherten eines Tarifs) gebildet. Sie ist also nicht individualisiert. Scheidet jemand z.B. durch Kündigung aus, dann kommt die bereits vorhandene Alterungsrückstellung den verbliebenen Versicherten in dem jeweiligen Tarif zugute. Dadurch wird das Rosinenpicken guter Risiken zu Lasten der verlassenen Versicherungsgemeinschaft vermieden.

Theoretisch wäre es denkbar, die Alterungsrückstellung auch individuell zu bilden. Dies ist letztlich eine Frage des anzuwendenden Kalkulationsverfahrens. Ein solches Verfahren hätte allerdings einen entscheidenden Nachteil. Von der Mit-

gabe der Alterungsrückstellung könnten insbesondere „gesunde“ Versicherte Gebrauch machen. „Kranke“ Versicherte hätten hingegen kaum eine Möglichkeit, ein anderes Versicherungsunternehmen zu finden, das ihnen ein günstiges Beitragsangebot machen könnte. Die Risikoprüfung zu Versicherungsbeginn würde dazu führen, dass hohe Risikozuschläge berechnet werden müssten oder bestimmte chronische Erkrankungen vielleicht gar nicht mehr versichert werden könnten.

Wenn aber nur „gesunde“ Versicherte von dem Mitgabeangebot der Alterungsrückstellung Gebrauch machen können, dann haben „kranke“ Versicherte das Nachsehen. Der Effekt wäre eine Entsolidarisierung. Scheiden „Gesunde“ aus dem Tarif aus, dann muss es für die verbleibenden „Kranken“ zwangsläufig teurer werden. Mitte 1996 hat deshalb auch eine unabhängige Expertenkommission, die auf Initiative des Deutschen Bundestages beim Bundesfinanzministerium eingerichtet wurde, die Mitgabe von Alterungsrückstellungen als einen nicht praktikablen Vorschlag abgelehnt. Der Bundesge-

richtshof hat ebenfalls in einer höchstrichterlichen Entscheidung die Mitgabe von Altersrückstellungen verneint.

Welche Auswirkungen haben die demographischen Veränderungen auf die Finanzierbarkeit der Krankenversicherungsbeiträge?

Der Altersaufbau der Bevölkerung ändert sich in den nächsten Jahrzehnten durchgreifend:

- Heute ist jeder fünfte Bürger älter als 60 Jahre; im Jahr 2030 wird dies jeder dritte sein.
- Die Zahl der über 80-Jährigen steigt kontinuierlich; ihre Zahl wird bis zum Jahr 2030 um fast 90 Prozent zunehmen.
- Gleichzeitig verringert sich die Gesamtbevölkerung bis zum Jahr 2030 um zehn Prozentpunkte.

Mit dieser Entwicklung müssen sich sowohl die gesetzliche als auch die private Krankenversicherung auseinandersetzen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von Bedeutung.

Die GKV arbeitet nach dem Umlageverfahren, bei dem die gesamten Kosten in vollem Umfang aus den laufenden Beitragseinnahmen finanziert werden müssen. Infolge der oben aufgeführten Entwicklung werden deshalb in der GKV immer weniger jüngere Versicherte die Kosten für immer mehr ältere Versicherte mittragen müssen.

Die PKV kalkuliert nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren, das bei der Beitragskalkulation auch die mit dem Lebensalter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen berücksichtigt. Auf diese Weise bildet die PKV jetzt bereits Vorsorge für die Zukunft.

Auf das so gebildete finanzielle Polster wird es entscheidend ankommen, wenn immer mehr alte Menschen im Ruhestand immer weniger Menschen im erwerbstätigen Alter gegenüberstehen.

In der PKV gibt es grundsätzlich keine Verschiebung der Beiträge auf andere Generationen. Versicherungsmathematisch bringt jeder Jahrgang die Krankheitskosten für seinen

Jahrgang auf. Die älteren Versicherten sind daher prinzipiell nicht auf die Zahlungsfähigkeit der jüngeren Generation angewiesen. Durch die sog. Alterungsrückstellungen sind die Privatversicherten deshalb für die Zukunft gut gerüstet. Die in jungen Jahren angesammelten Beitragsteile, die verzinslich angelegt wurden, sollen die mit dem höheren Lebensalter steigenden Leistungen finanzieren. Ende 2002 beliefen sich die gebildeten Alterungsrückstellungen bereits auf rund 76 Mrd. Euro (siehe Schaubild auf Seite 4).

Gibt es Möglichkeiten der individuellen Beitragssenkung?

Für jeden Menschen kann es insbesondere im Alter Situationen geben, in denen er die finanzielle Belastung durch den Krankenversicherungsbeitrag reduzieren möchte. Die private Krankenversicherung kennt hierfür mehrere Möglichkeiten.

So kann der Privatversicherte Anpassungen im individuellen Versicherungsschutz vornehmen. Der Wechsel von einem Tarif zu einem anderen, die Erhöhung des vereinbarten Selbstbehalts oder auch die

Absenkung des Versicherungsschutzes z. B. im Krankenhaus vom Einbettzimmer auf das Zweibettzimmer können interessante Alternativen sein, eine deutliche Beitragsentlastung zu erreichen. Welche Alternativen im Einzelnen bestehen, lässt sich nur individuell klären. Hier ist eine persönliche Beratung durch die jeweilige Versicherung das Beste.

Was bietet der Standardtarif?

Darüber hinaus gibt es für jeden PKV-Versicherten nach Vollendung des 65. Lebensjahres mit mindestens zehnjähriger Vorversicherungszeit die Möglichkeit, in den sog. Standardtarif zu wechseln. Unter bestimmten Bedingungen ist auch ein früherer Wechsel möglich. Der Beitrag für den Standardtarif ist begrenzt auf die Höhe des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV. Je mehr Versicherungsjahre ein vollversicherter älterer Versicherter bereits aufzuweisen hat, desto mehr wird der Höchstbeitrag unterschritten, da die angesammelten Alterungsrückstellungen beim Wechsel in den Standardtarif voll angerechnet werden. Die

Leistungen dieses Tarifs entsprechen im Wesentlichen denen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die PKV übernimmt die Kosten für die Behandlung durch alle niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Für die ambulante Behandlung durch Ärzte und Zahnärzte, für die stationäre Behandlung und für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sind Selbstbeteiligungen vorgesehen, die jedoch insgesamt höchstens 306 Euro pro Jahr betragen. Ärzte und Zahnärzte haben ihr Honorar auf das 1,7fache der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte zu begrenzen.

Bei einer Krankenhausbehandlung sind wie in der GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen, d.h. die Unterbringung im Mehrbettzimmer einschließlich der Behandlung durch die jeweils diensthabenden Ärzte, versichert.

Der Versicherungsschutz des Standardtarifs erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann aber durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden.

Weitere Informationen enthält die Broschüre „Der Standardtarif“, die beim PKV-Verband kostenlos erhältlich ist.

Haben Sie weitere Fragen?

Selbstverständlich stehen wir Ihnen gern zur Beantwortung weiterer Fragen zur Verfügung. Bei Fragen zu einzelnen Tarifen wenden Sie sich bitte unmittelbar an das jeweilige PKV-Unternehmen.

