



Info

Gesundheitsreform

**Neuregelungen für die private
Krankenversicherung 2009**

Stand: 1. Januar 2009
Bestell-Nr. 11-010109-04



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 · info@pkv.de

Gesundheitsreform

Neuregelungen für die PKV 2009

Inhalt

Einleitung.....	2
1. Pflicht zur Versicherung.....	3
2. Basistarif.....	5
3. Portabilität von Alterungsrückstellungen	12
Abkürzungsverzeichnis	14

Einleitung

Die jüngste Gesundheitsreform hat seit der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Februar 2007 bereits zu zahlreichen Änderungen im deutschen Gesundheitswesen geführt. Viele Maßnahmen treten jedoch erst zum 1. Januar 2009 in Kraft. Wichtigstes Thema für die gesetzlichen Krankenversicherungen ist dabei die Einführung des Gesundheitsfonds und des einheitlichen Beitragssatzes. Aber auch für die private Krankenversicherung treten zentrale Neuregelungen erst jetzt in Kraft. Dazu zählen der Zwang zum Angebot eines brancheneinheitlichen Basistarifs, die Möglichkeit zur Mitnahme der Alterungsrückstellungen und die Pflicht zur Versicherung.

In der Summe führen die Neuregelungen zu erheblichen Belastungen der PKV und ihrer Versicherten. Deswegen hat eine große Zahl privater Krankenversicherungsunternehmen Verfassungsbeschwerde gegen die sie betreffenden Vorschriften eingelegt. Insgesamt repräsentieren diese Unternehmen über 95 Prozent der Privatversicherten.

Bis das Bundesverfassungsgericht über die einzelnen Beschwerden entscheidet, stellen die Neuregelungen jedoch geltendes Recht dar und werden daher fristgerecht von der privaten Krankenversicherung umgesetzt. Diese Broschüre informiert über die wichtigsten Änderungen zum 1. Januar 2009.

1. Pflicht zur Versicherung

Ab dem 1. Januar 2009 gilt hierzulande eine allgemeine Pflicht zur Versicherung. Von diesem Zeitpunkt an muss grundsätzlich jede Person mit Wohnsitz in Deutschland für sich und die von ihr gesetzlich vertretenen Personen eine private Krankenvollversicherung abschließen.

Diese Pflicht nach § 193 Abs. 3 VVG besteht allerdings nicht für Personen, die

- in der GKV versichert oder dort versicherungspflichtig sind,
- Anspruch auf freie Heilfürsorge, Beihilfe oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung,
- Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
- Empfänger von Sozialhilfeleistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel SGB XII sind.

Das bedeutet, dass sich alle dem PKV-System zugehörigen Personen, die nicht krankenversichert sind, bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichern müssen.

Um der Pflicht zur Versicherung zu genügen, muss der Versicherungsschutz Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen. Der kalenderjährliche Selbstbehalt darf einen Betrag von 5.000 Euro nicht übersteigen. Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz müssen nicht versichert werden. Für Beihilfeberechtigte reduziert sich der maximale Selbstbehalt entsprechend dem versicherten Prozentsatz.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Vertrag genügt aus Gründen des Bestandsschutzes unabhängig davon, wie der Versicherungsschutz ausgestaltet ist, den Anforderungen der Pflicht zur Versicherung. Das bedeutet, dass die Pflicht zur Versicherung zum Beispiel auch durch eine stationäre Krankheitskostenversicherung erfüllt wird, sofern der Versicherungsvertrag vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurde.

*Weitgehende
Ausnahmen*

*Umfang des Versi-
cherungsschutzes*

Bestandsschutz

Beispiel: Ein Versicherungsnehmer hat seit 1980 eine Versicherung, die ausschließlich Erstattung für stationäre Krankheitskosten leistet. Obgleich er gegen ambulante Krankheitskosten nicht versichert ist, ist die Pflicht zur Versicherung erfüllt, da der Vertrag vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurde.

Prämienzuschlag bei Nichterfüllung

Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten (§ 193 Abs. 4 VVG). Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, 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.

Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlags 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 ist zu verzinsen.

Beitragsverzug

Ist der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand und begleicht er seinen Rückstand trotz Mahnung des Versicherers nicht, ruhen die Leistungen des Versicherers. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (§ 193 Abs. 6 VVG). Dies entspricht der Regelung nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz. Die versicherte Person hat demzufolge (mit Ausnahme von Schwangerschaft und Geburt) nur Anspruch auf die Erstattung von Kosten für die Behandlung akuter Erkrankungen oder von Schmerzzuständen.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts wird. Die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger zu bescheinigen und dem Versicherer nachzuweisen.

Säumniszuschlag

*Umstellung auf
Basistarif*

*Kündigung des
Versicherungsschutzes*

Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstands einen Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung auf den Basistarif umgestellt, wobei die Leistungen auch weiterhin ruhen. Die säumigen Beiträge sind auch nach der Umstellung zu zahlen.

Eine Versicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, kann vom Versicherungsnehmer nur gekündigt werden, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person nahtlos Versicherungsschutz bei einem anderem Versicherer genießt (§ 205 Abs. 6 VVG).

Der Versicherer darf eine Versicherung, die eine Pflicht zur Versicherung erfüllt, nicht kündigen (§ 206 Abs. 1 VVG). Die Kündigung durch den Versicherer ist des Weiteren – wie auch bereits bisher – ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch gegen den Arbeitgeber auf Beitragszuschuss besteht, kann der Versicherer in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen (§ 206 Abs. 1 VVG). In diesem Fall muss sich der Antragsteller an ein anderes Versicherungsunternehmen wenden.

2. Basistarif

Der Basistarif muss ab dem 1. Januar 2009 von allen Versicherungsunternehmen mit Sitz in Deutschland angeboten werden, welche die private Krankheitskostenvollversicherung anbieten. Der Basistarif muss sowohl als 100-Prozent-Absicherung als auch in einer beihilfekonformen Variante angeboten werden. Zudem muss er als Variante für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres angeboten werden (§ 12 Abs. 1a VAG).

Zugang zum Basistarif

Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, nachfolgenden Personen Versicherung im Basistarif zu gewähren:

- Personen, die zum Zeitpunkt der Einführung des Basistarifs am 1. Januar 2009 bereits freiwillig gesetzlich versichert sind, sofern sie dies bis zum 30. Juni 2009 beanspruchen.
- Personen, die erst nach dem 31. Dezember 2008 freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse werden, grundsätzlich innerhalb von sechs Monaten nach Begründung ihrer freiwilligen Mitgliedschaft.
- Allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die weder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, noch Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beanspruchen können, noch Sozialhilfe erlangen (Ausnahme: Leistungen nach dem 5., 8. und 9. Kapitel SGB XII).
- Beihilfeberechtigten, die einen die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutz benötigen.
- Privatversicherten mit Wohnsitz in Deutschland, die ihren Versicherungsvertrag ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben.

Privatversicherte, die ihren Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, können vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2009 unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen (siehe Kapitel „Portabilität von Alterungsrückstellungen“) in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Unternehmens wechseln.

Will ein Bestandsversicherter in den Basistarif eines anderen Unternehmens wechseln, muss er seinen Versicherungsvertrag beim alten Versicherungsunternehmen zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2009 kündigen und zwar mit Wirkung zum Ende des laufenden Versicherungsjahres. Das Versicherungsjahr ist in der Regel mit dem Kalenderjahr identisch.

Beabsichtigt der Versicherte, nach dem Wechsel in den Basistarif eines neuen Unternehmens in einen anderen Tarif dieses Unternehmens weiter zu wechseln, ist dies unter Anrechnung seiner mitgebrachten Alterungsrückstellungen erst nach einer Min-

*Bestands-
versicherte*

*18 Monate Min-
destverweildauer*

destverweildauer im Basistarif von 18 Monaten möglich (siehe Kapitel „Portabilität von Alterungsrückstellungen“).

Nach dem 30. Juni 2009 können Bestandsversicherte nur noch in den Basistarif ihres eigenen Unternehmens wechseln, wenn sie

- das 55. Lebensjahr vollendet haben oder
- eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder
- ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder
- hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind.

Versicherte, die ihren Versicherungsvertrag ab dem 1. Januar 2009 abschließen, können unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen jederzeit in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Unternehmens wechseln.

Alle Personen, die sich im modifizierten Standardtarif versichert haben, werden zum 1. Januar 2009 in den Basistarif überführt.

Kontrahierungszwang, Gesundheitsprüfung und Risikozuschläge

Die Versicherungsunternehmen dürfen den Antrag eines Versicherungsberechtigten auf Versicherung im Basistarif grundsätzlich nicht ablehnen. Der Antrag darf allerdings dann abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer den Versicherungsvertrag wegen widerrechtlicher Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist (§ 193 Abs. 5 Satz 5 VVG). In diesem Fall muss sich der Antragsteller an ein anderes Versicherungsunternehmen wenden.

Wechselt der Versicherungsnehmer in den Basistarif eines anderen Versicherungsunternehmens, muss dieses den Antrag bereits dann annehmen, wenn die Kündigung des Versicherungsvertrags beim alten Versicherer erst zum Ende des Versicherungsjahres bzw. zum Ende der vereinbarten Mindestversicherungsdauer wirksam wird.

Neuversicherte

Kontrahierungszwang

Bestehen Vorerkrankungen, dürfen gleichwohl Risikozuschläge nicht erhoben und Leistungsausschlüsse nicht vereinbart werden. Eine Gesundheitsprüfung muss trotzdem durchgeführt werden: Weil es den Unternehmen der PKV nicht erlaubt ist, Risikozuschläge zu erheben oder Leistungsausschlüsse zu vereinbaren, reichen die Beiträge eines Versicherten mit Vorerkrankungen kalkulatorisch nicht aus, um dessen Krankheitskostenrisiko zu decken. Weitere Beitragsunterdeckungen ergeben sich durch die Limitierung des Beitrags auf den Höchstbeitrag (s. unten) in der GKV im Basistarif. Die dadurch fehlenden Beitragsteile werden in einem gesetzlich vorgeschriebenen (§ 12g VAG) Risikoausgleich ausgeglichen:

Mehraufwendungen, die im Basistarif auf Grund von Vorerkrankungen entstehen, sind auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der Begrenzung des Beitrags auf den Höchstbeitrag in der GKV sowie aufgrund der Beitragsreduzierung wegen Hilfebedürftigkeit entstehen, sind auf alle Privatversicherten durch einen Beitragszuschlag gleichmäßig zu verteilen. Um dieses Ausgleichssystem durchführen zu können, ist eine Prüfung des Gesundheitszustands erforderlich und gesetzlich ausdrücklich zulässig (§ 203 Abs. 1 Satz 3 VVG). Ergibt die Gesundheitsprüfung, dass ein erhöhtes Risiko besteht, kalkuliert der Versicherer einen fiktiven Risikozuschlag, der jedoch lediglich zur Durchführung des Ausgleichsystems verwendet wird. Wechselt der Versicherte allerdings später in einen anderen Tarif als den Basistarif, wird der fiktive Risikozuschlag als regulärer Risikozuschlag auf den gesamten Beitrag erhoben.

Höchstbeitrag

Der Beitrag ist abhängig von Alter und Geschlecht des Versicherten. Unabhängig davon wird er ab einer bestimmten Höhe gekappt. Der pro versicherte Person zu zahlende Höchstbeitrag entspricht dem jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV (2009: 569,63 Euro). Dieser wird ab 2009 anhand des durch die Bundesregierung festgelegten, einheitlichen Beitragssatzes und der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV ermittelt (§ 12 Abs. 1c VAG). Ab welchem Alter der Höchstbeitrag erreicht wird, ist unter anderem abhängig von der Zahl der Versicherten und der Versichertenstruktur im Basistarif. Die durch das Verbot von Risikozuschlägen entstehende Finanzlücke ist auf alle im Basistarif Versicherten

cherten durch Prämienzuschläge zu verteilen. Das bedeutet: Je mehr Personen mit Vorerkrankungen sich im Basistarif versichern, desto schneller wird der Höchstbeitrag erreicht.

Wenn durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entsteht, reduziert sich der zu zahlende Beitrag um die Hälfte (§ 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 VAG). Entsteht auch durch die Zahlung des reduzierten Beitrags Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der nach dem Sozialgesetzbuch zuständige Träger (Bundesagentur für Arbeit oder Sozialamt) im erforderlichen Umfang an dem Beitrag, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

Hilfebedürftigkeit

Beispiel: Ein Versicherter im Basistarif hat den Höchstbeitrag in Höhe von 569,63 Euro zu leisten. Die Zahlung ruft bei ihm Hilfebedürftigkeit hervor, weshalb der Beitrag auf die Hälfte (284,82 Euro) reduziert wird. Von dem reduzierten Beitrag ist es ihm möglich, 180 Euro selbst zu tragen. Darüber hinaus gehende Zahlungen würden bei ihm jedoch Hilfebedürftigkeit verursachen. Der zuständige Träger zahlt ihm in diesem Fall einen Zuschuss von 104,82 Euro.

Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, wird der Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags (2009: 284,82 Euro) reduziert. Der Versicherte erhält in diesem Fall vom zuständigen Träger einen Betrag als Zuschuss, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist (2009: 129,54); im Übrigen hat er den Beitrag selbst zu tragen. Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Die Bescheinigung ist dem privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzulegen.

Leistungen

Der Basistarif bietet Versicherungsschutz, der in Art, Umfang und Höhe mit dem in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist (§ 12 Abs. 1a VAG). Künftige Leistungsausschlüsse und -reduktionen in der gesetzlichen Krankenversicherung werden daher auch im Basistarif entsprechend übernommen. Die genaue Ausgestaltung des Versicherungsschutzes wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. als gesetzlich damit Beliehener festgelegt, wobei die Fachaufsicht das Bundesministerium der Finanzen ausübt.

Leistungen auf GKV-Niveau

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind von Anfang 2009 an auf der Internetseite des PKV-Verbandes veröffentlicht (www.pkv.de).

Freie Arztwahl

Den Versicherten im Basistarif steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die zur vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind.

Sicherstellungsauftrag

Für den Basistarif gilt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet sind, die ärztliche Versorgung im Umfang der im Basistarif versicherten Leistungen sicher zu stellen (§ 75 Abs. 3a SGB V). Dies gilt auch für Zahnärzte und Psychotherapeuten (§ 72 Abs. 1 SGB V).

Selbstbehaltstufen

Der Basistarif muss von den Versicherungsunternehmen mit vier Selbstbehaltstufen (300, 600, 900 und 1.200 Euro) angeboten werden (§ 12 Abs. 1a VAG). Der Versicherungsnehmer ist an die Wahl der Selbstbehaltstufe drei Jahre gebunden. Wünscht er eine Änderung der Selbstbehaltstufe, muss er dies spätestens drei Monate vor Ablauf der Bindungsfrist von drei Jahren verlangen. Im beihilfekonformen Basistarif werden die Selbstbehaltstufen entsprechend dem versicherten Prozentsatz festgesetzt.

Beispiel: Ein zu 50 Prozent Beihilferechtiger kann im Basistarif zwischen Selbstbehaltstufen von 150, 300, 450 und 600 Euro wählen.

Vergütung

Die Vergütung für den Basistarif kann im Einvernehmen mit den Beihilfeträgern in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt werden (§ 75 Abs. 3b SGB V). Kommt es im Rahmen der Vertragsverhandlungen zu keiner Einigung, kann eine Schiedsstelle angerufen werden (Einzelheiten in § 75 Abs. 3c SGB V).

Gesetzliche Regelung

Wird zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen keine Regelung zur Vergütung im Basistarif getroffen, sieht das Gesetz (§ 75 Abs. 3a SGB V) für den Basistarif folgende Regelung für die Vergütung ärztlicher Leistungen vor:

- Gebühren für Abschnitt M und Nr. 437 (Laboratoriumsuntersuchungen) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum 1,16-fachen Satz der GOÄ,
- Gebühren für Abschnitte A (Gebühren in besonderen Fällen), E (physikalisch-medizinische Leistungen, zum Beispiel Massagen), O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomografie und Strahlentherapie) bis zum 1,38-fachen Satz der GOÄ und
- für die übrigen ärztlichen Leistungen den 1,8-fachen Satz.
- Für Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) den 2,0-fachen Satz.

Der Versicherungsschutz im Basistarif umfasst nur die Behandlung bei kassenärztlich bzw. kassenzahnärztlich zugelassenen Ärzten.

Weitere Regelungen

Die in der PKV üblichen Wartezeiten von drei bzw. acht Monaten gelten im Basistarif nicht.

Zusatzversicherungen sind neben der Versicherung im Basistarif erlaubt. Der Versicherer kann allerdings das Ruhen einer Zusatzversicherung verlangen, wenn der Versicherungsnehmer wegen Hilfebedürftigkeit auf eine Beitragsreduzierung angewiesen ist.

Im Basistarif haften Versicherungsnehmer und Versicherungsunternehmen gegenüber den Leistungserbringern (zum Beispiel Ärzten) gesamtschuldnerisch. Der Arzt kann seinen Anspruch direkt gegen den Versicherer geltend machen, jedoch nur insoweit, wie der Versicherer aus dem Versicherungsvertrag gegenüber dem Versicherungsnehmer verpflichtet ist.

Beispiel: Der Versicherungsnehmer wählt im Basistarif eine Selbstbehaltstufe von 300 Euro. Er hat im laufenden Jahr noch keine Rechnung bei seiner Versicherung zur Erstattung eingereicht. Er geht zum Arzt, welcher für seine Leistungen insgesamt 451,67 Euro in Rechnung stellt. Der Arzt wendet sich zur Rechnungsbegleichung direkt an den Versicherer. Dieser ist – die Rechtmäßigkeit der Abrechnung vorausgesetzt – lediglich verpflichtet, einen Betrag von 151,67 Euro an den Arzt zu leisten.

Wartezeiten

Zusatzversicherungen

Gesamtschuldnerische Haftung

3. Portabilität von Alterungsrückstellungen

*Wechsel innerhalb
des Unternehmens*

Wechselt der Versicherungsnehmer innerhalb desselben Unternehmens in einen anderen Tarif, ergeben sich keine Änderungen zur bisherigen Rechtslage. Die Alterungsrückstellung aus dem bisherigen Tarif wird voll angerechnet (§ 204 Abs. 1 VVG). Besonderheiten ergeben sich ausschließlich hinsichtlich des begrenzten Wechselrechts in den Basistarif (siehe Kapitel „Basistarif“).

*Wechsel zu
einem anderen
Unternehmen*

Im Falle des Wechsels zu einem anderen Versicherungsunternehmen ist zu differenzieren, wann der private Krankenversicherungsschutz begründet wurde:

Neukunden

Wurde der private Krankenvollversicherungsschutz ab dem 1. Januar 2009 begründet, werden die kalkulierten Alterungsrückstellungen in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer übertragen. Es werden also Alterungsrückstellungen in der Höhe übertragen, wie sie sich ergeben hätten, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre, jedoch nicht mehr, als nach dem alten Tarif zu übertragen gewesen wären. Sah der alte Tarif nämlich insgesamt geringere Leistungen als der Basistarif vor, werden auch entsprechend weniger Alterungsrückstellungen übertragen. Im Gegensatz zu bereits bestehenden Verträgen muss die Möglichkeit zur Mitnahme der Alterungsrückstellungen in Neuverträgen einkalkuliert werden.

Bestandskunden

In die Beiträge von Versicherten, deren privater Krankenversicherungsschutz vor dem 1. Januar 2009 begründet wurde, ist die Übertragungsmöglichkeit von Alterungsrückstellungen nicht einkalkuliert. Gleichwohl erhalten sie einmalig die Gelegenheit, unter Übertragung von Alterungsrückstellungen in vorgenannter Höhe in den Basistarif eines anderen Unternehmens zu wechseln, wenn die Kündigung des Versicherungsvertrags zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2009 erfolgt (siehe Kapitel „Basistarif“). Ist nach dem ersten Wechsel ein weiterer Unternehmenswechsel angestrebt, können von dem zweiten auf den dritten Versicherer nur die Alterungsrückstellungen übertragen werden, die beim zweiten Unternehmen aufgebaut wurden.

Beabsichtigt der Versicherte, nach dem Wechsel in den Basistarif eines neuen Unternehmens in einen anderen Tarif dieses Unternehmens weiter zu wechseln, ist dies unter Anrechnung seiner mitgebrachten Alterungsrückstellungen erst nach einer

Mindestverweildauer im Basistarif von 18 Monaten möglich. Eine Anrechnung der mitgebrachten Alterungsrückstellungen bei einem erneuten Unternehmenswechsel ist ebenfalls erst nach 18 Monaten und nur dann möglich, wenn der Versicherte in den Basistarif des dritten Unternehmens wechselt.

Wechselt der Versicherte unter Anrechnung von Alterungsrückstellungen das Versicherungsunternehmen, kann der Versicherte bei seinem bisherigen Versicherer eine Zusatzversicherung abschließen, auf die verbleibende Teile der Alterungsrückstellung, die nicht in den Basistarif übertragen worden sind, angerechnet werden (§ 204 Abs. 1 Satz 2 VVG).

*Zusatz-
versicherung*

Beispiel: Ein Versicherungsnehmer ist seit 1995 bei der Versicherung 1 versichert. Im Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2009 kündigt er seinen Versicherungsvertrag zum Ende des Versicherungsjahres und wechselt zur Versicherung 2. Dabei werden Alterungsrückstellungen übertragen, wie sie sich ergeben hätten, wenn der Versicherungsnehmer von Beginn an (1995) im Basistarif versichert gewesen wäre. Die tatsächlich aus seinen Beiträgen aufgebauten Alterungsrückstellungen bei Unternehmen 1 liegen oberhalb der mitgegebenen Alterungsrückstellungen. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall bei Unternehmen 1 eine Zusatzversicherung abschließen, in welcher der Differenzbetrag als Alterungsrückstellung angerechnet wird.

Wie hoch die übertragbaren Alterungsrückstellungen sein werden, hängt von mehreren Faktoren ab: Bestandsdauer des Vertrages, Umfang des Versicherungsschutzes, Alter und Geschlecht der Versicherten. Rechtlich geregelt werden die Übertragungsmechanismen in der Kalkulationsverordnung.

*Höhe der
Alterungs-
rückstellungen*

Auskunft über die Höhe der Alterungsrückstellungen, die bei einem Unternehmenswechsel mitgenommen werden können, kann der Versicherte ab dem 1. Januar 2009 von seinem Unternehmen verlangen. Ab dem 1. Januar 2013 ist das Versicherungsunternehmen verpflichtet, dem Versicherten diesen Wert einmal jährlich mitzuteilen (VAG Anlage Teil D Abschnitt II Nr. 4).

Der Versicherungsnehmer kann auf das Recht zur Portabilität nicht verzichten (§ 204 Abs. 1 Satz 3 VVG).

Abkürzungsverzeichnis

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.



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 · info@pkv.de