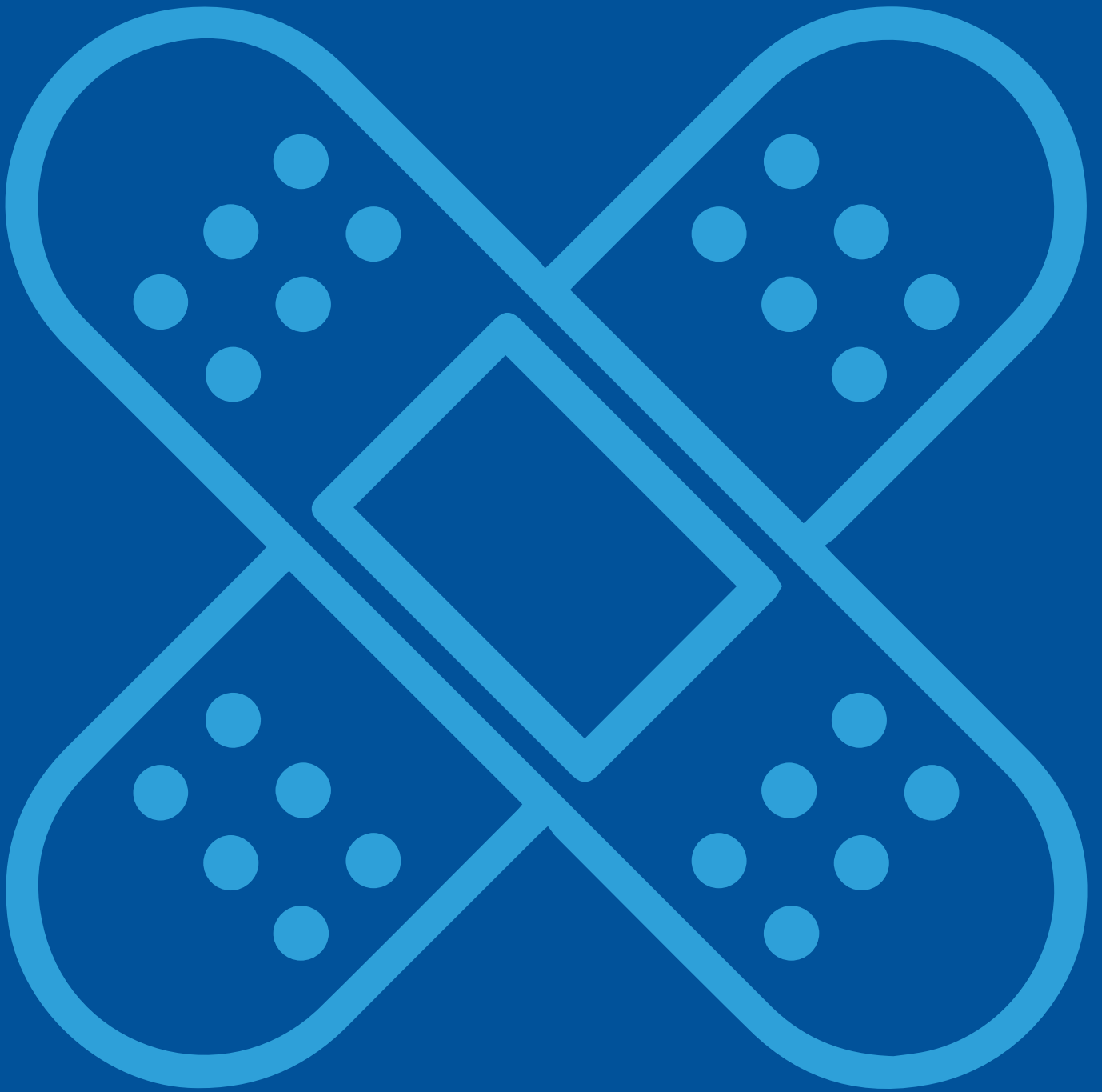




Blickpunkt Krankenversicherung

Treffen Sie Ihre ganz persönliche Wahl
zwischen der gesetzlichen und der privaten
Krankenversicherung



Vorwort

Gesetzliche oder private Krankenversicherung – was passt besser zu mir? Auf diese Frage gibt es keine einfache Antwort. Vielmehr sind fundierte Kenntnisse zu den Grundprinzipien der beiden Systeme erforderlich. Beide sind demografischen wie auch politischen Entwicklungen und Entscheidungen ausgesetzt. Dadurch ist es in den letzten Jahren immer wieder zu einschneidenden Veränderungen der Zugangsvoraussetzungen und der Wechselmöglichkeit zwischen den Systemen sowie zu Leistungseinschränkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gekommen.

Diese Broschüre soll Ihnen Entscheidungswege aufzeigen und helfen, die Vor- und Nachteile beider Systeme einschätzen zu können. Ihre ganz persönliche Entscheidung sollten Sie nur nach eingehender und qualifizierter Beratung und unter sorgfältiger Abwägung aller Vor- und Nachteile treffen.

Wir als Makler können Ihnen bei der Entscheidung „gesetzlich oder privat“ helfen. In ausführlichen Beratungsgesprächen prüfen wir gemeinsam mit Ihnen, ob Sie aufgrund Ihrer persönlichen Lebenssituation und der aktuell gültigen Bestimmungen besser in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung aufgehoben sind.

Falls für Sie ein Wechsel zur privaten Krankenversicherung (PKV) möglich und sinnvoll ist, stellt sich die Frage nach der „richtigen“ Gesellschaft. Aber welche Entscheidungskriterien sind nützlich und relevant? Welcher Tarif und welche Gesellschaft decken Ihre Wünsche und Ihren individuellen Bedarf umfassend ab? Die Angebotsvielfalt ist für Verbraucher kaum noch zu überschauen. Transparenz zu Preis und Leistung zu schaffen, zählt deshalb zu unseren zentralen Aufgaben. Noch wichtiger aus unserer Sicht ist jedoch, Auswahlkriterien zu berücksichtigen, die zu möglichst langfristig tragbaren Beiträgen führen. Die finanzielle Ausstattung eines Unternehmens sowie eine solide Geschäfts- und Tarifpolitik sind dabei zentrale Themen.

Einen ersten Überblick gewinnen Sie mit dieser Broschüre. Sie hilft Ihnen, die für Sie wichtigsten Kriterien zu erkennen. Nutzen Sie unsere Kompetenz und langjährige Erfahrung als Makler. Wir unterstützen Sie gern bei Ihrer Entscheidung.

Ihr Versicherungsmakler

Abkürzungen

BMG Bundesministerium für Gesundheit

GKV Gesetzliche Krankenversicherung

KvDR Krankenversicherung der Rentner

JAEG Jahresarbeitsentgeltgrenze

PKV Private Krankenversicherung

PPV Private Pflegeversicherung

SGB Sozialgesetzbuch

VAG Versicherungsaufsichtsgesetz

Hinweis

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit verwenden wir an einigen Stellen allgemeine Formulierungen wie „Versicherter“ oder „Arbeitnehmer“. Damit sind selbstverständlich nicht nur Menschen männlichen Geschlechts gemeint. Wir bitten um Verständnis für diese Vereinfachung.

Inhalt

1. Grundsätzliche Unterschiede zwischen der GKV und der PKV	6
2. Für welchen Personenkreis ist eine PKV möglich und sinnvoll?	14
3. Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit	16
4. Familienplanung und Krankenversicherung	19
5. Krankenversicherung im Rentenalter	26
6. Entwicklung der beiden Systeme	29
7. Bausteine einer PKV	34
8. Wie finde ich die richtige PKV?	37
Wichtige Tipps zum Abschluss	38

1. Grundsätzliche Unterschiede zwischen der GKV und der PKV

1.1. Gesetzliche Grundlagen

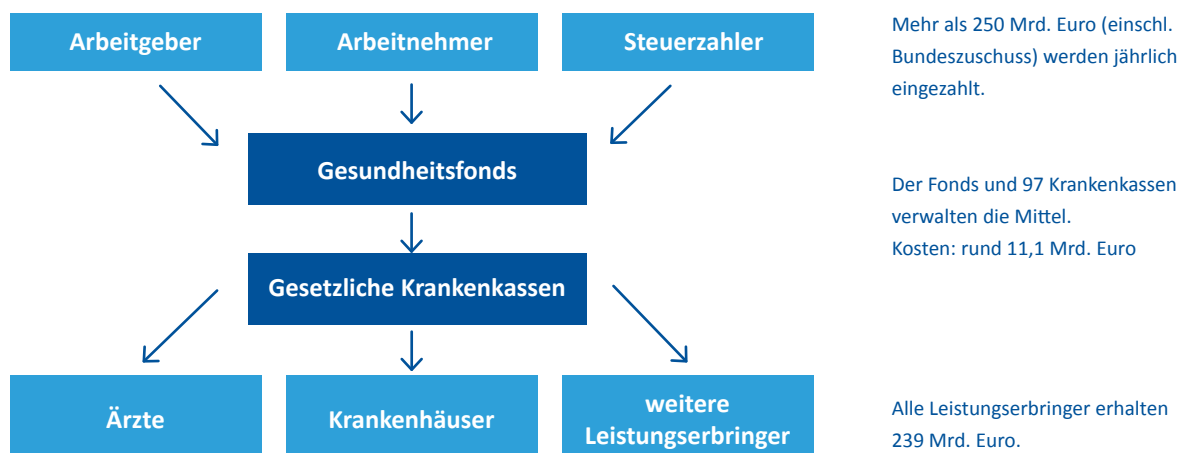
Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat eine lange Tradition. Sie ist der älteste Zweig der deutschen Sozialversicherung. Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich grundsätzlich auf die Bundesrepublik Deutschland. Die wichtigsten Rechtsgrundlagen der GKV sind das Sozialgesetzbuch (SGB), die Reichsversicherungsordnung (RVO), die Satzung der jeweiligen Krankenkasse sowie das aus der Rechtsprechung resultierende Recht. Träger des Versicherungsschutzes sind Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkassen und die knappschaftlichen Krankenkassen.

Das Versicherungsverhältnis in der GKV kommt entweder kraft Gesetzes (bei Pflichtversicherten) oder durch Beitritt (bei freiwillig Versicherten) zustande. Die Rechtsgrundlagen der PKV hingegen sind zivilrechtlicher Art. So gelten u. a. das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), das Handelsgesetzbuch (HGB) und das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Eine der wichtigsten Rechtsgrundlagen bilden die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ (AVB) des jeweiligen Versicherers.

Träger des Versicherungsschutzes sind private Krankenversicherungsunternehmen, die in der Regel in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft oder eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit geführt werden. Einer der wichtigsten Vorteile der PKV besteht darin, dass die Leistungen vertraglich zugesichert sind. Eine Änderung ist nur in Ausnahmefällen und nur mit Zustimmung eines Treuhänders möglich.

1.2. Solidarprinzip der GKV

Die GKV handelt nach dem Solidaritätsprinzip. Die Beiträge richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit, also dem Einkommen. Alter, Familienstand oder Gesundheitsverhältnisse sind für die Beitragshöhe unerheblich. Dies führt dazu, dass Menschen mit gutem Einkommen solche mit geringem Einkommen „subventionieren“. Ebenso zahlen Alleinstehende für Familien und jüngere für ältere Versicherte.



Quelle: Bundesgesundheitsministerium (Daten des Gesundheitswesens 2020)

1.3. Umlageverfahren der GKV – Gesundheitsfonds

Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung gilt auch in der GKV das Umlageverfahren. Die in einem Kalenderjahr anfallenden Gesamtkosten müssen grundsätzlich durch die Beiträge der Versicherten gedeckt werden. Erhebliche Steuermittel fließen ebenfalls in diesen Topf. Reichen die vorhandenen Mittel nicht aus, können der Beitragssatz und die Beitragsbemessungsgrenze erhöht und/oder die Leistungen verändert bzw. reduziert werden (siehe 3.2.). Die gesetzlichen Krankenkassen, deren Zahl seit den 90er Jahren stetig sinkt, erhalten ihren Etat nach einem Verteilungsschlüssel aus dem Gesundheitsfonds. Kommt eine Krankenkasse mit den Mitteln nicht aus, kann sie bei ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben. Bis auf eine vergleichsweise geringe Rücklage werden in der GKV keine Rückstellungen gebildet.

1.4. Leistungsprinzipien der GKV

In der GKV gilt das Sachleistungsprinzip. Dazu schließen die Krankenkassen mit den Interessenverbänden der Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken usw. Verträge ab. Dadurch werden die Mitglieder dieser Interessenverbände verpflichtet, für die GKV-Versicherten im Krankheitsfall die notwendigen Leistungen (zum Beispiel Heilbehandlung, Medikamente oder Krankenhausbehandlung) zu erbringen. Über die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt die Gegenleistung der GKV, die für die erbrachten Leistungen zahlt. Bei bestimmten Leistungen ist eine Kostenerstattung vorgesehen. Dazu zählen beispielsweise Zahnersatz, Krankengeld oder Mutterschaftsgeld. Außerdem bieten viele gesetzliche Versicherer sogenannte Wahltarife an. Weitere Informationen erhalten Sie in Kapitel 1.9.

1.5. Leistungskürzungen der GKV

Von 1982 bis 2022 ist der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung von 216,28 Euro auf 769,16 Euro im Monat gestiegen. Trotzdem wurden die Leistungen der GKV vom Gesetzgeber regelmäßig eingeschränkt, wie der folgende Überblick zeigt.

- **1982/3 KOSTENDÄMPFUNGSGESETZE**
Erhöhte Zuzahlungen für Medikamente, Reduzierung Zuschüsse bei Zahnersatz, Einschränkung der freien Krankenhauswahl
- **1989 GESUNDHEITSREFORM**
Gestaffelte Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel, Ausweitung der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt
- **1993 GESUNDHEITSREFORM**
Änderung der Zuzahlung für Arznei-, Verbandmittel, Anhebung Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt
- **1997 BEITRAGSENTLASTUNGSGESETZ**
Zuschuss Brillengestell wird gestrichen, Senkung Krankengeld, Streichung Zahnersatz für Kinder und Jugendliche (nach 1978 geboren), weitere Anhebung der Zuzahlungen für Arzneimittel, Krankenhausaufenthalt und Kuren, Eigenbeteiligung für Fahrtkosten, Heilmittel
- **2000 GESUNDHEITSREFORM**
Einführung eines Ausgabenbudgets, Neuordnung der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung und der Krankenhausfinanzierung

● 2000 GESUNDHEITSREFORM

Einführung eines Ausgabenbudgets, Neuordnung der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung und der Krankenhausfinanzierung

● 2004/5 GESUNDHEITSMODERNISIERUNGSGESETZE

Einführung der Praxisgebühr von 10 Euro, Zuzahlungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, 10 Euro Zuzahlung je Krankenhaustag, Streichung des Sterbegeldes; Aufhebung der paritätischen Beitragszahlung für Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Einführung von Festzuschüssen für Zahnersatz, Arbeitnehmer zahlen zusätzlich 0,9 Prozentpunkte

● 2007 GKV-WETTBEWERBSSTÄRKUNGSGESETZ

Einführung von Wahlтарifen, Versicherungspflicht und Gesundheitsfonds, Zusatzbeitrag möglich, einheitlicher Beitragssatz

● 2011 GKV-FINANZIERUNGSGESETZ

u. a. Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzes von 14,9 auf 15,5 Prozent des Bruttoeinkommens, Festschreibung des Arbeitgeberanteils auf 7,3 Prozent

● 2015 EINFÜHRUNG EINES INDIVIDUELLEN ZUSATZBEITRAGES

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent. Die GKV erhebt einen individuellen Zusatzbeitrag.

1.6. Individualprinzip und Kalkulation der PKV

In der PKV gilt das Individualprinzip. Im Gegensatz zur GKV können die privaten Anbieter einen individuell auf die persönlichen Bedürfnisse zugeschnittenen Versicherungsschutz bieten. Seit dem 21.12.2012 sind nach Vorgabe des Europäischen Gerichtshofes einheitliche Tarife für Männer und Frauen vorgeschrieben („Unisex-Tarife“). Für die Beitragskalkulation spielen seitdem nur noch Leistungsumfang, Alter und Gesundheitszustand des Versicherten bei Eintritt in die PKV eine Rolle. Ausnahmen gibt es nur beim Basistarif (s. Kapitel 7.2). Die PKV kalkuliert nach dem Äquivalenzprinzip einen für die gesamte Versicherungsdauer einheitlichen Beitrag.

Äquivalenzprinzip bedeutet, dass sich Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben über die gesamte Laufzeit ausgleichen sollen. Die Höhe des Versicherungsbeitrages und die Versicherungsleistungen können durch individuelle Tarifaufwahl vom Versicherten erheblich beeinflusst werden.

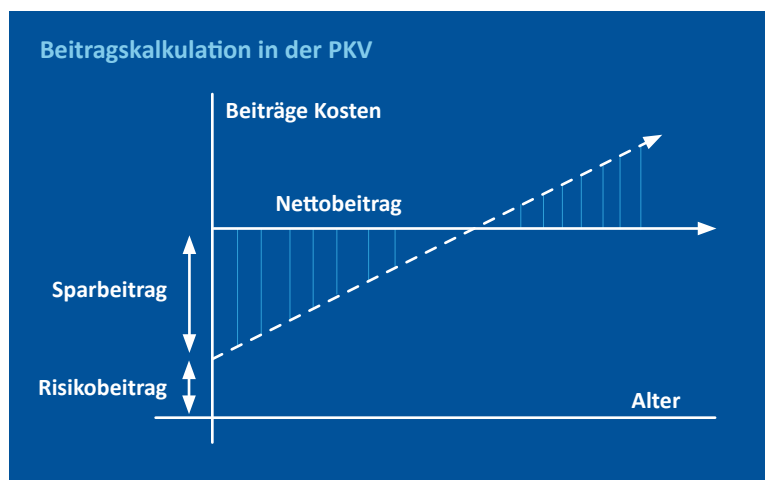
Der **Beitrag** in der PKV setzt sich zusammen aus einem Risikoanteil, einem Sparanteil, den kalkulierten Kosten sowie einem Sicherheitszuschlag.

Der **Risikoteil** dient der zeitgleichen Finanzierung von Krankheitskosten. In jüngeren Jahren ist das Krankheitsrisiko deutlich geringer als im Alter. Da Versicherte aber einen über die Laufzeit einheitlich kalkulierten Beitrag entrichten, liegt der Beitrag zu Beginn eines Vertrages über seinem statistisch erforderlichen Bedarf.

Der **Sparanteil** wird verzinslich in der Alterungsrückstellung angesammelt. In höherem Alter wird die Rückstellung dann zur Aufstockung des Beitrags verwendet.

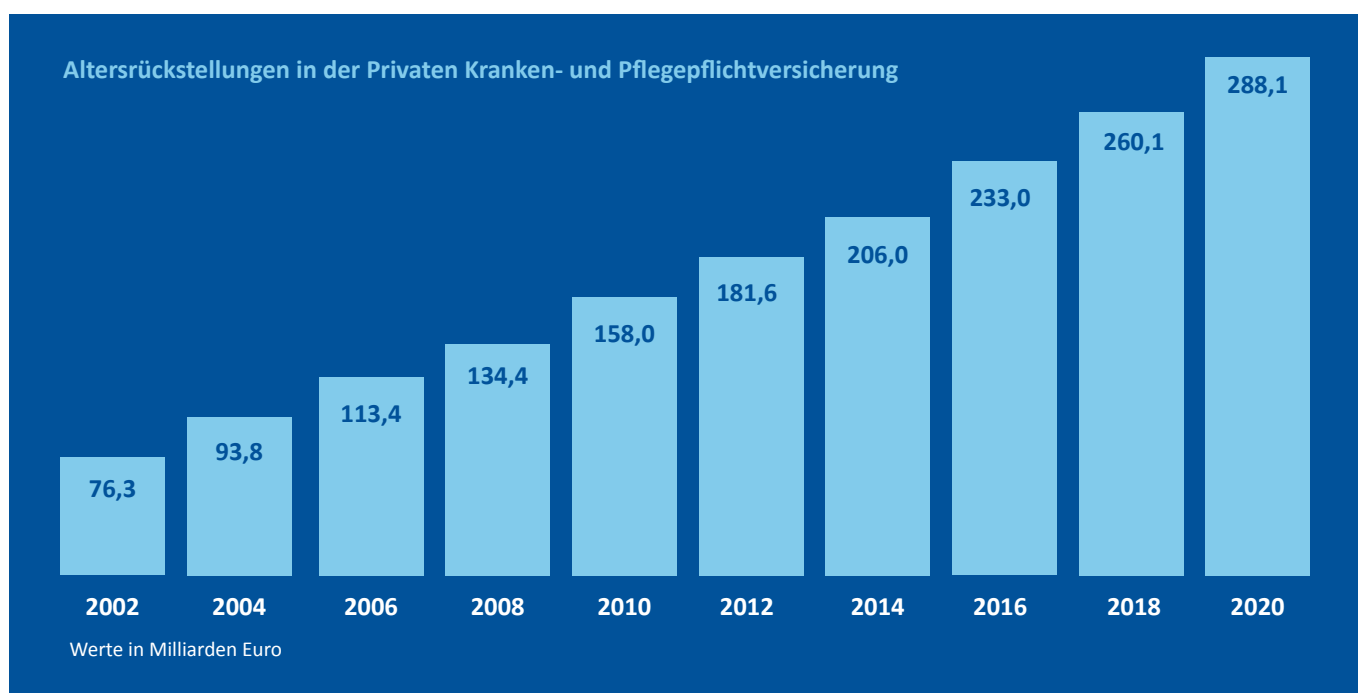
Zusätzlich werden noch **Kosten** zum Beispiel für Schadenregulierung und Verwaltung kalkuliert.

Der **Sicherheitszuschlag** dient dazu, unvorhersehbare Belastungen wie beispielsweise Epidemien oder außergewöhnliche Kostensteigerungen abzufedern. Sofern sich Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben eines Tarifes im Zeitablauf nicht mehr entsprechen, kann bzw. muss der Versicherer den jeweiligen Tarif (getrennt nach Alter, bei Verträgen die vor dem 21.12.2012 abgeschlossen wurden, auch nach Geschlecht) anpassen. Leistungsänderungen sind so gut wie ausgeschlossen, Beitragsanpassungen sind die Regel.



1.7. Zusätzliche beitragsmindernde Maßnahmen in der PKV

Die PKV ist Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre stark in die Kritik geraten. Damals wurden vor allem die „steigenden Beiträge“ im Alter bemängelt. Die überdurchschnittliche Beitragssteigerung (übrigens nicht bei allen Gesellschaften) in dieser Zeit ist zum Teil auf die „Blüm’sche Gesundheitsreform“ 1989 zurückzuführen. Um solche Beitragssteigerungen zu vermeiden, wenden die PKV-Unternehmen mehr Mittel für die Alterungsrückstellungen auf. Darüber hinaus wurde 2000 ein gesetzlicher Vorsorgezuschlag von 10 Prozent eingeführt, der Beitragserhöhungen zwischen dem 65. und 80. Lebensjahr weitgehend vermeiden soll. Die nachstehende Grafik verdeutlicht, welche enormen Summen die PKV bereits zurückgestellt hat.



Portabilität der Alterungsrückstellungen

Um den Wettbewerb zwischen den PKV-Unternehmen zu fördern, sind Alterungsrückstellungen übertragbar („Portabilität“). Damit die beim bisherigen Versicherer erworbenen Rechte nicht verloren gehen, wird bei einem Versichererwechsel ein so genannter „Übertragungswert“ an das neue Versicherungsunternehmen übertragen und vermindert den dort zu zahlenden Tarifbeitrag. Das gilt für Verträge mit Beginn ab 2009.

Fazit:

Die PKV ist mit ihren Alterungsrückstellungen von rund 288 Milliarden Euro für die künftigen Herausforderungen gut gewappnet. Viele privat Versicherte legen darüber hinaus ihre Beitragsersparnisse für das Alter rentierlich an, beispielsweise in einem Fonds oder einer privaten Altersvorsorge. Mit diesem zusätzlichen Polster sollten die Beiträge auch im Alter überschaubar und finanzierbar bleiben.

1.8. Die wichtigsten Änderungen zur PKV in den letzten 30 Jahren im Überblick

- **1989 „BLÜM’SCHES GESUNDHEITSREFORM“**
Dadurch wurde unter anderem die Rückkehrmöglichkeit von Privatversicherten in die stark subventionierte gesetzliche Krankenversicherung der Rentner (KVdR) sehr stark eingeschränkt. Das Resultat waren steigende Beiträge in der PKV.
- **1991 EINFÜHRUNG DER ANWARTSCHAFT AUF BEITRAGSERMÄSSIGUNG IM ALTER**
Zusätzliche Alterungsrückstellung von 1,0 Prozent zu dem überrechnungsmäßigen Zins (entspricht 4,5 Prozent der Nettoverzinsung).
- **1994 EINFÜHRUNG DES §12A VAG**
Zusätzliche Alterungsrückstellung von 80 Prozent des überrechnungsmäßigen Zinses, max. 2,5 Prozent.
- **1996 EINFÜHRUNG DER STERBETAFEL „PKV 2000“**
PKV-versicherte Personen leben länger als der Durchschnitt der Bevölkerung. Dies wird jetzt bei der Beitragskalkulation berücksichtigt.
- **2000 GESUNDHEITSREFORM 2000**
Einführung eines gesetzlichen Vorsorgezuschlags von 10 Prozent auf den Tarifbeitrag. Änderung des § 12a VAG: zusätzliche Alterungsrückstellung von 90 Prozent des überrechnungsmäßigen Zinses ohne Maximierung.
- **2001 EINFÜHRUNG DER STERBETAFEL „PKV 2001“**
Anpassung der Beitragskalkulation an eine weiter gestiegene Lebenserwartung.
- **2004 EINFÜHRUNG DER STERBETAFEL „PKV 2004“**
Der Anstieg der Lebenserwartung von PKV-Versicherten hat sich fortgesetzt. Auch dies wird nun bei der Beitragskalkulation berücksichtigt.
- **2007 EINFÜHRUNG DER STERBETAFEL „PKV 2007“**
Seit 2007 wird die PKV-Sterbetafel von der Deutschen Aktuarvereinigung jährlich geprüft und in Abstimmung mit dem PKV-Verband bei Bedarf angepasst.

2009 EINFÜHRUNG DES BASISTARIFES

Der Basistarif orientiert sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Er kennt keine Risikoprüfung, es besteht Annahmewang, und der Beitrag ist auf den Höchstbeitrag in der GKV maximiert.

2010 BÜRGERENTLASTUNGSGESETZ

Mit dem Bürgerentlastungsgesetz verbessert sich die steuerliche Abzugsfähigkeit von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung.

2012 UNISEX-TARIFE

Seit dem 21.12.2012 gelten einheitliche Rechnungsgrundlagen für Männer und Frauen.

2013 PFLEGEREFORM

Kernstück der Pflegereform sind verbesserte Leistungen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung.

2013 EINFÜHRUNG PFLEGE-BAHR

Unter bestimmten Voraussetzungen wird eine private Pflegeversicherung jetzt mit 60 Euro im Jahr bezuschusst.

2015 GKV-FINANZSTRUKTUR- UND QUALITÄTSWEITERENTWICKLUNGSGESETZ (GKV-FQWG)

Das Gesetz soll die Finanzierung der GKV langfristig auf eine solide Grundlage stellen. Der allgemeine Beitragssatz sinkt von 15,5 auf 14,6 Prozent und wird jeweils zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgebracht. Der gesonderte Beitrag von 0,9 Prozent, den Arbeitnehmer allein tragen mussten, wird durch einen neuen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag ersetzt.

2015 PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ I

Im Januar 2015 ist die erste Stufe der Pflegestärkungsgesetze in Kraft getreten. Damit wurden in erster Linie Leistungen für Pflegebedürftige bei Demenz ausgebaut.

2016 PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ II

Im Vordergrund steht der individuelle Unterstützungsbedarf eines jeden Einzelnen. Statt bislang drei Pflegestufen gibt es seit 2017 fünf Pflegegrade, die sich an der verbliebenen Selbstständigkeit orientieren.

2019 VERSICHERTENENTLASTUNGSGESETZ

Die Gesetzliche Krankenversicherung wird seit 2019 wieder paritätisch finanziert. Das heißt: Arbeitgeber und Beschäftigte sowie Rentner und die DRV zahlen zu gleichen Teilen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Das gilt nicht nur – wie bisher – für den allgemeinen Beitragssatz, sondern auch für den kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Selbstständige wurde der Mindestbeitrag 2022 mehr als halbiert. Im Jahr 2021 beträgt er monatlich 153,53 Euro plus kassenindividuellem Zusatzbeitrag und auf Wunsch ein Beitrag für das Krankengeld.

2021 GESUNDHEITSVERSORGUNGS- UND PFLEGEVERBESSERUNGSGESETZ (GPVG)

Das Gesetz sieht mehr Personal in der Altenpflege, mehr Unterstützung bei Hebammenstellen und neue Finanzregelungen für Krankenkassen in der Corona-Pandemie vor. Neben vielen Einzelmaßnahmen werden u. a. die Finanzierung von zusätzlichen Pflegehilfskräften in der Altenpflege, Hebammenstellen sowie Finanzregelungen für pädiatrische Kliniken geregelt.

2022 ÜBERGANGSPFLEGE NACH KRANKENHAUSAUFENTHALT

In den Krankenhäusern wird als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung die sogenannte Übergangspflege nach Krankenhausaufenthalt eingeführt. Für Bewohner von Pflegeheimen gibt es eine „Kostenbremse“. Diese soll den von ihnen zu zahlenden Eigenanteil senken. Die Höhe orientiert sich an der Dauer des Heimaufenthaltes. Für Kinderlose steigt der Zusatzbeitrag in der Pflegeversicherung auf 0,35 Prozent.

1.9. Die wesentlichen Leistungsunterschiede zwischen GKV und PKV

BESONDERHEITEN DER GKV

Die Leistungen der GKV legt der Gesetzgeber fest. Lediglich in geringem Umfang (weniger als fünf Prozent der Leistungen) können die Krankenkassen über ihr Angebot frei entscheiden. Diese Leistungen werden in den jeweiligen Satzungen festgelegt. Seit 2007 dürfen die Kassen der GKV ihren Versicherten Wahltarife anbieten. Für Wahltarife der GKV besteht eine zeitliche Mindestbindung. Als Wahltarife werden angeboten:

SELBSTBEHALTTARIFE (§ 53 ABS. 1 SGB V)

Bei einem Tarif mit Selbstbehalt übernimmt der Versicherte einen Teil der ansonsten von seiner Krankenkasse zu tragenden Kosten. Dafür erhält er eine „Prämie“. Der Selbstbehalt wird dabei für ein Kalenderjahr betrachtet. „SB 300 Euro“ bedeutet zum Beispiel, dass der Versicherte maximal 300 Euro pro Jahr selbst übernimmt. Die Mindestbindung beträgt drei Jahre.

TARIFE MIT BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG (§ 53 ABS. 2 SGB V)

Krankenkassen können auch Tarife mit Beitragsrückerstattung anbieten. Haben weder das Mitglied noch seine mitversicherten Angehörigen in dem jeweils vergangenen Versicherungsjahr Leistungen in Anspruch genommen, werden zumindest anteilig Beiträge erstattet. Dabei bleiben Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und Früherkennung von Krankheiten bei Kindern unberücksichtigt. Die Mindestbindung beträgt ein Jahr.

KOSTENERSTATTUNGSTARIFE (§ 53 ABS. 4 SGB V)

Bereits seit 2004 haben gesetzlich Versicherte die Möglichkeit, anstelle von Sachleistungen die Kostenerstattung zu wählen. Hat sich ein Versicherter für das Kostenerstattungsverfahren entschieden, erhält er medizinische Leistungen wie ein Privatpatient gegen Rechnung. Allerdings führte dies in der Regel zu Restkosten beim Versicherten, die dieser selbst tragen muss.

Seit dem 1.4.2007 können Krankenkassen gegen zusätzlichen Beitrag besondere Kostenerstattungstarife anbieten, die in der Höhe der Erstattung variieren. Damit soll keine Ausweitung der Leistungen verbunden sein. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

TARIFE MIT ALTERNATIVEN ARZNEIEN (§ 53 ABS. 5 SGB V)

Bisher haben Krankenkassen gar nicht oder nur in begrenztem Rahmen Kosten für alternative Arzneimittel wie zum Beispiel Homöopathie übernommen. Dafür können nun besondere Tarife gegen einen zusätzlichen Beitrag angeboten werden. Die Mindestbindung beträgt ein Jahr.

TARIFE MIT KRANKENGELD (§ 44, ABS. 2 SGB V)

Seit 2009 müssen gesetzliche Krankenkassen auch Wahltarife mit Anspruch auf Krankengeld für bestimmte Personengruppen anbieten, die keinen oder nur einen eingeschränkten Anspruch auf Krankengeld haben (zum Beispiel Selbstständige). Dafür wird ein Zusatzbeitrag fällig. Die Mindestbindung beträgt drei Jahre.

BESONDERHEITEN DER PKV

Bei der PKV werden die Leistungen vertraglich vereinbart und können so auf die individuellen Bedürfnisse des Versicherten abgestimmt werden.

Die PKV erstattet Versicherten die angefallenen Kosten (Kostenerstattungsprinzip) in der vertraglich vereinbarten Höhe, da zwischen dem PKV-Unternehmen und Versicherten ein Vertragsverhältnis besteht. Der Versicherte wiederum geht mit den Leistungserbringern (Arzt, Krankenhaus, etc.) ein Vertragsverhältnis ein.

Der Leistungsumfang kann bei den einzelnen Tarifangeboten der PKV sehr unterschiedlich ausfallen. Einen objektiven Leistungsvergleich von unterschiedlichen Angeboten zu erstellen, ist ein sehr komplexes Unterfangen. Für eine umfassende und fundierte Analyse ist die professionelle Hilfe eines unabhängigen Versicherungsmaklers unerlässlich.

Die wichtigsten Unterschiede zwischen GKV und PKV

	GKV	PKV
Rechtsgrundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialgesetzbuch (SGB V) • Reichsversicherungsordnung (RVO) • Satzung der Krankenkasse 	<ul style="list-style-type: none"> • Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) • Handelsgesetzbuch (HGB) • Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) • Versicherungsvertragsgesetz (VVG) • Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und Klauseln
Rechtsform	<ul style="list-style-type: none"> • Körperschaften des öffentlichen Rechts 	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftsunternehmen (Rechtsform AG oder VVaG)
Mitgliedschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Pflichtversichert kraft Gesetzes: Arbeitnehmer mit Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze, Studenten, Arbeitslose, Rentner mit GKV-Vorversicherungszeit, GKV-Versicherungspflichtige (gem. Pflicht zur Versicherung seit 2007) • Freiwillig Versicherte 	<ul style="list-style-type: none"> • Vollversicherte: Freiwillig Versicherte, Selbstständige, Freiberufler, Beamte (in Ergänzung der Beihilfe), Versicherungspflichtige in der PKV (gem. Versicherungspflicht seit 2009) • Zusatzversicherte
Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Sachleistungsprinzip (einheitliche Leistungen, nur in Teilbereichen Wahlleistungen) • Barleistungen (zum Beispiel Krankengeld, Zahnersatz) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenerstattungsprinzip (je nach vereinbartem Tarif) • Tagegeld, falls vereinbart
Beiträge	<ul style="list-style-type: none"> • Einheitlicher Beitragssatz (mit Option auf Zusatzbeitrag) • Beitragshöhe nach Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach gewähltem Tarif, Alter und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss



2. Für welchen Personenkreis ist eine PKV möglich und sinnvoll?

Bei der Beurteilung, ob eine PKV sinnvoll ist, sollten neben dem Einkommen unter anderem die familiäre Situation (zum Beispiel Familienstand, Anzahl der Kinder, weitere Familienplanung), das Alter und der Gesundheitszustand berücksichtigt werden.

2.1. Arbeitnehmer

Arbeitnehmer können sich privat versichern, wenn ihr Vorjahreseinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze lag (siehe 3.1 Versicherungspflichtgrenze).

2.2. Selbstständige und Freiberufler

Für Selbstständige und Freiberufler ist die Versicherung in der PKV grundsätzlich möglich. Dabei spielt die Höhe des Einkommens keine Rolle. Für einzelne Berufsgruppen wie beispielsweise Landwirte oder Künstler gelten besondere Regelungen.

2.3. Beamte

Beamte sind unabhängig vom Einkommen in der GKV versicherungsfrei. Sie können sich ergänzend zur Beihilfe, die vom Dienstherrn geleistet wird, privat versichern. Einige Berufsgruppen (zum Beispiel Soldaten, Feuerwehr, Polizei) genießen die so genannte „freie Heilfürsorge“. Der Dienstherr übernimmt einen Großteil der anfallenden Kosten in Form der Beihilfe. Die Restkosten müssen über eine PKV abgesichert werden.

Wer Anspruch auf freie Heilfürsorge hat, verliert den Anspruch auf kostenlose Heilbehandlungen mit der Pensionierung. Der Dienstherr übernimmt einen Großteil der anfallenden Kosten in Form der Beihilfe.

Da in der PKV eine Risikoprüfung erfolgt, sollten Beamte mit Anspruch auf freie Heilfürsorge so früh wie möglich eine Anwartschaftsversicherung für den Zeitpunkt der Pensionierung abschließen. Sie sieht vor, dass die Rechte und Pflichten der Partner des Versicherungsvertrages ruhen, der Versicherer aber zusichert, nach der Anwartschaftszeit wieder zu den alten Bedingungen Versicherungsschutz zu gewähren und dass der Versicherungsnehmer einen stark reduzierten Anwartschaftsbeitrag zahlt.

Unser Tipp: Beamte und ihre Familienangehörigen können sich zu erleichterten Bedingungen – insbesondere unabhängig von Vorerkrankungen oder einer Behinderung – in der PKV versichern. Sie müssen aber hierzu bestimmte Fristen einhalten. Lassen Sie sich bei Bedarf beraten!

2.4. Besonderheiten bei Vorerkrankungen

Viele Vorerkrankungen können gegen Zahlung eines medizinischen Zuschlags mitversichert werden. Neben Zuschlägen sind auch vertragliche Leistungsausschlüsse möglich. Bei Antragsstellung werden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand gestellt. Beantworten Sie diese stets sehr sorgfältig. Ansonsten hat der Versicherer später das Recht, Leistungen zu verweigern, Aufschläge zu erheben oder vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Als Makler stehen wir auf Ihrer Seite und zeigen Ihnen auf, wie Sie sich auch bei Vorerkrankungen möglichst optimal versichern können.

2.5. Familien mit Kindern

Bei der Einschätzung, ob eine PKV auch für die Familie sinnvoll ist, sollten unter anderem folgende Umstände berücksichtigt werden:

- Familienstand und weitere Familienplanung
- Krankenversicherung des Ehepartners
- Anzahl und Alter der Kinder
- Dauer der Arbeitspausen (zum Beispiel Elternzeit)

Die genauen Regelungen über die Voraussetzungen einer Familienmitversicherung sowie zur „Krankenversicherung während Mutterschaft und Elternzeit“ finden Sie ausführlich in Kapitel 4.



3. Versicherungspflicht und Versicherungsfreiheit

Nicht jeder kann zwischen GKV und PKV wählen. Versicherungspflichtig sind alle Arbeitnehmer, deren Einkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze (kurz: JAEG; auch Versicherungspflichtgrenze genannt) liegt. Sie müssen Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sein, haben aber die Möglichkeit, eine private Zusatzversicherung abzuschließen.

Versicherungsfrei sind Arbeitnehmer, deren Vorjahreseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, sowie Selbstständige und Freiberufler. Für diesen Personenkreis ist der Wechsel in eine private Krankenversicherung möglich.

Beamte erhalten Beihilfe und können die verbleibenden Restkosten privat absichern. Sie sind unabhängig von ihrem Einkommen versicherungsfrei. Nur in wenigen Ausnahmefällen ist ein Verbleib in der GKV sinnvoll. Seit 2002 wird unterschieden zwischen einer Versicherungspflichtgrenze und einer Beitragsbemessungsgrenze. Anders als in den Vorjahren wurden beide Grenzen 2022 coronabedingt nicht erhöht.

3.1. Versicherungspflichtgrenze

Seit 2011 können Arbeitnehmer einfacher in die PKV wechseln. Das ist möglich, sofern ihr Einkommen im Vorjahr oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG), auch Versicherungspflichtgrenze genannt, lag. § 188 Abs. 4 SGB sieht zunächst eine obligatorische Anschlussversicherung in der GKV vor. Der Wechsel in die PKV ist aber mit einer **Frist von zwei Monaten oder innerhalb von zwei Wochen** nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten möglich. In beiden Fällen muss eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werden. Sinkt das Einkommen unter die JAEG und ist der Versicherte jünger als 55 Jahre, tritt wieder Versicherungspflicht in der GKV ein.

3.2. Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze liegt 2022 bei einem Brutto-Jahresarbeitsentgelt von 58.050 Euro. Bis zu dieser Grenze werden Beiträge in der GKV erhoben. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen den Beitrag jeweils zur Hälfte (Ausnahmen siehe unten). Der Beitragssatz beträgt seit 2015 einheitlich 14,6 Prozent. Hinzu kommt ein je nach Kasse unterschiedlich hoher Zusatzbeitrag, der seit Januar 2019 ebenfalls paritätisch vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber geleistet wird.

2022 beträgt der Zusatzbeitrag zwischen 0,35 und 2,4 und im Durchschnitt 1,3 Prozentpunkte.

Nach dem Kinderberücksichtigungsgesetz, das 2005 in Kraft getreten ist, müssen gesetzlich Versicherte ohne Kinder für die gesetzliche Pflegeversicherung zum allgemeinen Beitragssatz von 3,05 Prozentpunkten einen Zuschlag von 0,35 Prozent entrichten. An diesen Aufwendungen beteiligt sich der Arbeitgeber nicht.

Jahr	Allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze JAEG (§ 6 Abs. 6 SGB V)
2013	52.200 Euro
2014	53.550 Euro
2015	54.900 Euro
2016	56.250 Euro
2017	57.600 Euro
2018	59.400 Euro
2019	60.750 Euro
2020	64.350 Euro
2021	64.350 Euro
2022	64.350 Euro

Berechnungsbeispiel für einen Familienvater

36 Jahre alt

12 Monatsbruttogehälter von 5.000 Euro:

4.837,50 Euro (Beitragsbemessungsgrenze) mal 14,6 Prozent gleich 706,27 Euro GKV-Beitrag

plus Zusatzbeitrag 1,3 Prozent (kann abweichen) gleich 62,89 Euro

Gesamtbeitrag 769,16 Euro; für Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils 384,58 Euro im Monat

Kinderlose Versicherte zahlen zusätzlich 0,35 Prozent gleich 16,93 Euro im Monat

3.3. Regelmäßiges Arbeitseinkommen

Zum regelmäßigen Arbeitseinkommen zählen alle regelmäßig wiederkehrenden Leistungen. Das sind beispielsweise:

- Monatliches Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung
- Sonderzuwendungen, die wenigstens einmal jährlich gewährt werden (zum Beispiel Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, 13. oder weiteres Gehalt)
- Pauschalen (zum Beispiel Spesenpauschalen, Fahrtkostenpauschalen, Überstundenpauschalen)
- Zulagen (zum Beispiel Verantwortungszulagen, Schichtzulagen, Zulagen für Schmutzarbeit, Erschwerniszulagen etc.)
- Sachbezüge (zum Beispiel Naturalleistungen, geldwerter Vorteil)
- Vermögenswirksame Leistungen (ohne Arbeitnehmer-Sparzulage)

3.4. Wechsel in die Pflichtversicherung

Wenn Sie als Arbeitnehmer arbeitslos werden oder Ihr Einkommen unter die Versicherungspflichtgrenze sinkt, werden Sie automatisch versicherungspflichtig in der GKV. Auf Antrag kann sich jedoch von der Versicherungspflicht bei Arbeitslosigkeit befreien lassen, wer in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich versichert war.

Privat Versicherte ab 55 Jahren sind versicherungsfrei in der GKV, obwohl sie eigentlich der Versicherungspflicht unterliegen würden (beispielsweise, wenn das Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt oder bei Bezug von Arbeitslosengeld).

Für diesen Personenkreis besteht die Möglichkeit, in den Basistarif der PKV zu wechseln. Wer bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert war, kann auch in den Standardtarif wechseln.

3.5. Wesentliche Neuerungen aufgrund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Seit 2009 gilt eine generelle Pflicht zur Krankenversicherung. Damit betrat die Bundesrepublik Deutschland in diesem Bereich Neuland. Dem System der GKV sind zugeordnet:

- Menschen ohne Absicherung für die Kosten im Krankheitsfall,
- die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- bisher weder GKV- noch PKV-versichert waren.

Nicht betroffen sind hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und Beamte.

Ausgenommen von der Versicherungspflicht in der PKV sind Personen, die

- in der GKV pflicht-, freiwillig oder familienversichert sind oder
- Anspruch auf Heilfürsorge haben oder
- Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
- Empfänger von laufenden Sozialhilfeleistungen sind.

Für die PKV bedeutet dies: Jede Person mit Wohnsitz in Deutschland, die der PKV zuzuordnen ist, muss eine Krankheitskosten-Vollversicherung abschließen.



4. Familienplanung und Krankenversicherung

4.1. Mutterschutz

MUTTERSCHUTZFRISTEN

Mutterschutzfristen gelten für Arbeitnehmerinnen und Beamtinnen. Die Mutterschutzfrist beginnt sechs Wochen vor und endet acht Wochen nach der Geburt, bei Behinderung des Kindes sowie bei Früh- und Mehrlingsgeburten zwölf Wochen danach. In jedem Fall betragen die Fristen aber 14 (bei Mehrlingsgeburten 18) Wochen, auch bei Geburten vor dem errechneten Zeitpunkt. Die Mutterschutzfrist nach der Geburt wird dann entsprechend verlängert. Grundsätzlich gilt während der Mutterschutzfrist ein Beschäftigungsverbot. Auf eigenen Wunsch kann die werdende Mutter jedoch bis zur Geburt bei ihrem Arbeitgeber arbeiten. Während der Schutzfrist nach der Entbindung besteht ein absolutes Beschäftigungsverbot. In dieser Zeit dürfen Frauen auch dann nicht beschäftigt werden, wenn sie dazu bereit wären.

BEITRÄGE FÜR DIE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG IN DER MUTTERSCHUTZFRIST

Während der Mutterschutzfristen besteht weder für gesetzlich noch für privat versicherte Arbeitnehmerinnen Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss. Bei GKV-pflichtversicherten Arbeitnehmerinnen übernimmt die Krankenkasse die Beiträge.

Seit Januar 2019 sind freiwillig GKV-Versicherte während des Bezugs von Kranken- oder Mutterschaftsgeld von der Pflicht befreit, Mindestbeiträge zu zahlen. Beiträge werden während des Bezugs von Kranken- und Mutterschaftsgeld nur für tatsächliche Einkünfte erhoben. PKV-versicherte Arbeitnehmerinnen tragen die Beiträge selbst.

TAGEGELD WÄHREND DER MUTTERSCHUTZFRIST

Während der Mutterschutzfristen besteht im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung kein Anspruch auf Krankentagegeld, sondern für Arbeitsunfähigkeit aus sonstigen Gründen. Das gilt für Selbstständige ebenso wie für Arbeitnehmerinnen.

MUTTERSCHAFTSGELD

Anspruch auf Mutterschaftsgeld haben GKV-versicherte Arbeitnehmerinnen, PKV-versicherte Arbeitnehmerinnen und GKV-versicherte Selbstständige mit Anspruch auf Krankengeld sowie Beamtinnen. Auch Krankenkassenmitglieder, die zwar in einem Arbeitsverhältnis stehen, aber aufgrund der Mutterschutzfristen kein Arbeitsentgelt erhalten, bekommen das Mutterschaftsgeld. Dazu zählen Studentinnen, Bezieherinnen einer Rente sowie freiwillig Versicherte. Der Anspruch besteht für den Zeitraum der Mutterschutzfristen, also für maximal 14 (bei Mehrlingsgeburten 18) Wochen. Das Mutterschaftsgeld beträgt höchstens 13 Euro für den Kalendertag. Übersteigt der durchschnittliche kalendertägliche Nettolohn den Betrag von 13 Euro (monatlicher Nettolohn von 390 Euro), ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Differenz als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zu zahlen

PKV-versicherte Arbeitnehmerinnen erhalten das Nettoeinkommen minus 13 Euro täglich vom Arbeitgeber sowie auf Antrag bis zu 210 Euro vom Bundesamt für Soziale Sicherung

4.2. Elterngeld

Das Elterngeld ist eine Transferzahlung für Familien mit kleinen Kindern. Es ist 2007 an die Stelle des bisherigen Erziehungsgeldes getreten.

Zum 1.1.2013 ist das Elterngeld erneut reformiert worden. Ziel war, die Antragstellung zu vereinfachen und die Auszahlung zu beschleunigen. Allerdings sind Antragsteller die Leidtragenden, da dem Elterngeld seit 2013 das Bruttoeinkommen zugrunde gelegt wird (vorher wurde es anhand des Nettoeinkommens ermittelt). Für Eltern von Kindern, die ab dem 1. September 2021 geboren wurden, gibt es weitere Verbesserungen beim Elterngeld.

Anspruch auf Elterngeld haben danach Eltern, die

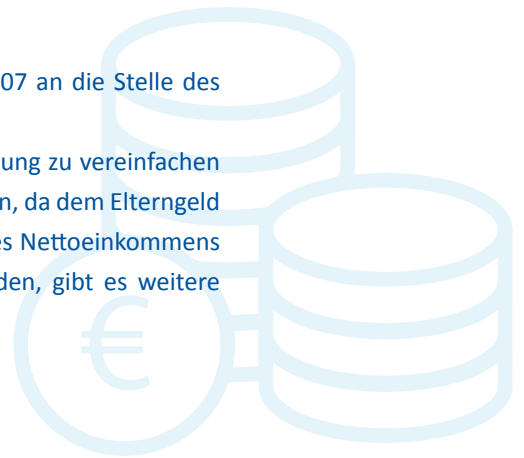
- ihre Kinder nach der Geburt selbst betreuen und erziehen
- nicht mehr als 32 Stunden in der Woche erwerbstätig sind
- mit ihren Kindern in einem Haushalt leben und
- einen Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

Das Elterngeld beträgt zwischen 65 und 100 Prozent des in den letzten 12 Monaten vor dem Entbindungstermin erzielten Einkommens. Es ist auf höchstens 1.800 Euro monatlich begrenzt. Hierbei kommt es nicht darauf an, ob das Einkommen aus angestellter oder selbstständiger Tätigkeit stammt. Lediglich die Nachweise unterscheiden sich. Seit 2013 ist das Bruttoeinkommen Grundlage für das Elterngeld. Davon werden pauschale Abzüge für Sozialversicherung in Höhe von 21 Prozent sowie Lohnsteuer, Solidaritätszuschlag und gegebenenfalls Kirchensteuer vorgenommen.

Für die Berechnung gilt die Lohnsteuerklasse, welche innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Elterngeldbezug am längsten Bestand hatte.

Auch bei Selbstständigen und nicht pflichtversicherten Beschäftigten wird das Nettoeinkommen für das Elterngeld anhand dieser Pauschalen ermittelt. Allerdings treten anstelle der Pauschalen für die gesetzliche Sozialversicherung bei diesem Personenkreis die Beträge, die für eine andere vergleichbare Einrichtung (zum Beispiel private Krankenversicherung etc.) gezahlt werden.

Anspruch auf Elterngeld haben Arbeitnehmer, Beamte, Selbstständige und erwerbslose Elternteile, Studierende sowie Auszubildende. Neben den leiblichen Eltern können Adoptiveltern, in Ausnahmefällen auch Verwandte bis dritten Grades (wie Urgroßeltern, Großeltern, Tanten und Onkel sowie Geschwister) Elterngeld erhalten.



Elterngeld erhalten Vater und Mutter für maximal 14 Monate. Beide können den Zeitraum frei untereinander aufteilen. Ein Elternteil kann höchstens zwölf Monate in Anspruch nehmen, zwei weitere Monate sind als Option für den Partner reserviert. Ein Elternteil kann für mindestens zwei Monate (Mindestbezugszeit) Elterngeld beanspruchen. Voraussetzung ist, dass auch der andere Elternteil für zwei Monate nicht mehr als 32 Stunden in der Woche erwerbstätig ist (30 Stunden bei Kindern, die vor dem 01. September 2021 geboren wurden). Außerdem muss sich bei einem der beiden Elternteile zwei Monate lang das Erwerbseinkommen vermindern (etwa durch Elternzeit, Arbeitszeitreduzierung oder Mutterschutz). Das Mindestelterngeld für Eltern, die vor der Geburt des Kindes nicht erwerbstätig waren, beträgt 300 Euro. Mutterschaftsgeld einschließlich Arbeitgeberzuschuss wird auf das Elterngeld voll angerechnet. Entgeltersatzleistungen, zum Beispiel Arbeitslosengeld oder Rentenzahlungen, die während des Elterngeldbezugs für das Einkommen vor der Geburt gezahlt werden, mindern den Elterngeldanspruch, soweit er 300 Euro überschreitet. Für die Feststellung von Unterhaltsansprüchen wird das Elterngeld auf beiden Seiten nur berücksichtigt, soweit es über 300 Euro liegt.

Erwerbstätige Eltern, deren Kind nach dem 01. Juli 2015 geboren ist, können zwischen dem bisherigen Elterngeld und dem Elterngeld Plus wählen. Dann beziehen sie das Elterngeld 24 Monate lang, erhalten aber nur den halben Betrag. So sollen Eltern über einen längeren Zeitraum Familie und Beruf besser miteinander vereinbaren können..

Das Elterngeld muss schriftlich bei der zuständigen Kommune beantragt werden. Jeder Elternteil kann für sich einmal je Kind einen Antrag auf Elterngeld stellen. Das muss nicht sofort nach der Geburt des Kindes erfolgen; rückwirkende Zahlungen werden jedoch nur für die letzten drei Monate vor Beginn des Monats geleistet, in dem der Antrag auf Elterngeld eingegangen ist.

SONDERFÄLLE BEIM ELTERNGELD

Bei Hartz-IV-Empfängern, Beziehern von Sozialhilfe oder Wohngeld wird das Elterngeld seit 2013 als Einkommen angerechnet. Das heißt, es fließt in die Berechnungen der Ämter ein und kann somit zur Folge haben, dass andere staatliche Leistungen gekürzt werden. Bei Geburt eines Geschwisterkindes innerhalb von 36 Monaten nach der ersten Geburt wird das Elterngeld seit 2013 um 10 Prozent erhöht. Alleinerziehende erhalten das Elterngeld für volle 14 Monate, wenn sie glaubhaft nachweisen, dass das Kind ausschließlich bei ihnen lebt und sie das alleinige Aufenthaltsbestimmungsrecht für das Kind haben. Eltern von Mehrlingen haben seit Januar 2015 Anspruch auf nur ein Elterngeld. Dieses wird je weiteres Mehrlingsgeschwister um 300 Euro aufgestockt. Kommt ihr Kind sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin oder früher auf die Welt, erhalten Eltern zusätzliche Monate Elterngeld, um in dieser herausfordernden Situation mehr Zeit für das Kind zu haben.

Sie sehen: Beim Elterngeld gibt es einiges zu beachten. Wir empfehlen Ihnen, sich im Familienportal (<https://familienportal.de/familienportal/meta/egr>) über weitere Einzelheiten zu informieren.

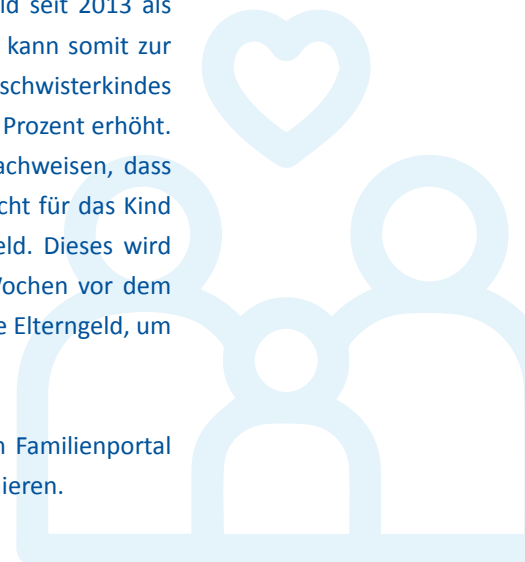
4.3. Elternzeit

Die Regelungen zur Elternzeit sind 2007 in Kraft getreten. Ein Anspruch auf Elternzeit besteht seitdem für jeden Elternteil zur Betreuung und Erziehung seines Kindes.

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung aus dem Herbst 2021 sieht weitere Verbesserungen für Familien vor. Details standen bei Redaktionsschluss noch nicht fest.

DAUER DER ELTERNZEIT

Elternzeit kann im Anschluss an die Mutterschutzfrist nach der Entbindung längstens bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes beansprucht werden. Bei Adoptiv- und Pflegekindern gilt der Zeitpunkt der Aufnahme. Innerhalb dieses Zeitraumes können Beginn und Ende frei gewählt werden.



Die Verlängerung oder vorzeitige Beendigung einer verbindlich festgelegten Elternzeit ist nur mit Zustimmung des Arbeitgebers oder in bestimmten Härtefällen möglich. Mit Zustimmung des Arbeitgebers können bis zu zwölf Monate der Elternzeit auf den Zeitraum zwischen dem vollendeten dritten bis achten Lebensjahr des Kindes übertragen werden. Bei Arbeitgeberwechsel ist der neue Arbeitgeber allerdings nicht an die Zustimmung des alten Arbeitgebers gebunden. Sind beide Eltern berufstätig und stimmen beide Arbeitgeber einer Übertragung zu, können für ein Kind insgesamt maximal fünf Jahre Elternzeit erreicht werden. Auch bei kurzer Geburtenfolge und bei Mehrlingsgeburten ist eine Übertragung von bis zu zwölf Monaten Elternzeit für jedes Kind möglich.

WEITERE BERUFSTÄTIGKEIT WÄHREND DER ELTERNZEIT

Eine Teilzeitarbeit ist bis zu 32 Wochenstunden möglich. Beide Eltern können parallel Teilzeit arbeiten. Grundsätzlich muss beim bisherigen Arbeitgeber gearbeitet werden.

KRANKENVERSICHERUNG WÄHREND DER ELTERNZEIT

GKV-pflichtversicherte Arbeitnehmerin

Für die Dauer der Elternzeit ist die Mitgliedschaft in der GKV beitragsfrei. Das Kind ist über die Mutter oder den Vater familienversichert. Ist der Ehegatte Mitglied einer PKV und liegt sein Einkommen über der JAEG, dann muss das Kind in einer PKV oder gegen Beitrag freiwillig in der GKV versichert werden.

Freiwillig GKV-versicherte Arbeitnehmerin

Seit 2019 werden freiwillig GKV-Versicherte während des Bezugs von Kranken- oder Mutterschaftsgeld von der Pflicht befreit, Mindestbeiträge zu zahlen. In dieser Zeit werden Beiträge nur auf tatsächliche Einnahmen fällig. Ist der Ehegatte in einer GKV versichert, ist eine beitragsfreie Familienversicherung möglich. Das Kind wird über den Ehegatten familienversichert. Ist der Ehegatte Mitglied einer PKV und liegt sein Einkommen über der JAEG, muss das Kind in einer PKV oder gegen Beitrag freiwillig in der GKV versichert werden.

Privat versicherte Arbeitnehmerin

Die Versicherung ist auch für die Dauer der Elternzeit voll beitragspflichtig. Unser Tipp: Das privat abgesicherte Tagegeld sollte auf Anwartschaft umgestellt werden.

Beiträge und Einkünfte während Mutterschaft und Elternzeit

Status	Monatsnetto* vor Mutterschutz	Beitrag Kranken- und Pflegeversicherung (A)	Einkommen während Mutterschutz (B)	Elterngeld** (C)	Nettoeinnahmen (B+C)-A
GKV pflichtversichert	2.500 Euro	beitragsfrei= 0 Euro	Nettoeinkommen (14 Wochen = ca. 8.750 Euro)	19.500 Euro	28.250 Euro
GKV freiwillig versichert; Ehegatte ebenfalls GKV	2.500 Euro	beitragsfrei (Familienversicherung) = 0 Euro	Nettoeinkommen (14 Wochen = ca. 8.750 Euro)	19.500 Euro	28.250 Euro
GKV freiwillig versichert; Ehegatte PKV-versichert	2.500 Euro	einkommensabhängig	Nettoeinkommen (14 Wochen = ca. 8.750 Euro)	19.500 Euro	28.250 - einkommensabhängiger Beitrag
PKV versichert; Ehegatte ebenfalls PKV	2.500 Euro	Annahme 300 Euro Monatsbeitrag für 36 Monate = 10.800 Euro	Nettoeinkommen abzgl. 13 Euro/Tag plus 210 Euro pauschal	19.500 Euro	(19.500 + 6.892 + 210) - 10.800 = 15.802 Euro

* zur besseren Vergleichbarkeit einheitliche Nettobezüge unterstellt

** je nach Einkommen zwischen 65 und 100 Prozent des pauschal ermittelten Nettoeinkommens der letzten 12 Monate, maximal 1.800 Euro pro Monat = 21.600 Euro (Annahme: Ehepartner nimmt keine Elternzeit)

Auch wenn der Ehegatte in der GKV versichert ist, ist keine beitragsfreie Familienversicherung möglich. Das Kind wird über den GKV-versicherten Ehegatten familienversichert (bis zum Ende der Elternzeit). Ist der Ehegatte Mitglied einer PKV, dann muss das Kind in einer PKV oder gegen Beitrag freiwillig in einer GKV versichert werden. Für den Elternteil, der die Elternzeit in Anspruch nimmt, besteht ein Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss über den Ehegatten.

Freiwillig gesetzlich versicherte Selbstständige

Die Regelungen zur Elternzeit gelten nur für Arbeitnehmerinnen. Für Selbstständige wird der Beitrag so lange auf Basis aller Einkunftsarten berechnet, wie die selbstständige Tätigkeit andauert. Auch wenn der Ehegatte in der GKV versichert ist, ist keine beitragsfreie Familienversicherung möglich. Das Kind kann über einen Elternteil familienversichert werden. Ist der Ehegatte Mitglied einer PKV und liegt sein Einkommen über der JAEG, dann muss das Kind in einer PKV oder gegen Beitrag freiwillig in der GKV versichert werden.

Privat versicherte Selbstständige

Die Regelungen zur Elternzeit gelten nur für Arbeitnehmerinnen. Die Beitragspflicht besteht weiter, eventuell ist eine Tarifumstellung empfehlenswert. Auch wenn der Ehegatte GKV-versichert ist, ist keine beitragsfreie Familienversicherung möglich. Ist der Ehegatte Mitglied einer PKV und liegt sein Einkommen über der JAEG, dann muss das Kind in einer PKV oder gegen Beitrag freiwillig in einer GKV versichert werden.

Beamte

Sowohl die Beihilfeansprüche als auch die Beitragspflicht zur privaten Krankenversicherung bestehen weiter. Auch wenn der Ehegatte in der GKV versichert ist, ist keine beitragsfreie Familienversicherung möglich. Das Kind hat Beihilfeansprüche, und die Restkosten (in der Regel 20 Prozent) können nach Quotentarifen in der PKV versichert werden. Ebenso ist es möglich, das Kind über den GKV-versicherten Ehegatten zu versichern.

Beamte im familienpolitischen Urlaub

Diese Regelung kann maximal zwölf Jahre zur Betreuung eines Kindes in Anspruch genommen werden. Besteht ein Beihilfeanspruch, ist keine Familienversicherung über den Ehegatten möglich. Die Beihilfeansprüche sind nach Bund und Bundesländern unterschiedlich geregelt.

PFLICHTVERSICHERUNG BEI TEILZEITARBEIT WÄHREND DER ELTERNZEIT

Sinkt das Einkommen wegen Teilzeitarbeit in der Elternzeit unter die JAEG, kann Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV beantragt werden. Die Befreiung gilt dann bis zum Ende der Elternzeit. Bleibt das Einkommen nach der Elternzeit unter der JAEG, tritt erneut Versicherungspflicht ein. Eine Befreiung ist dann erneut möglich wegen Teilzeitarbeit.

RÜCKKEHR IN DIE GKV VOR DER ENTBINDUNG

Bisher privat versicherte Arbeitnehmerinnen können durch Reduzierung der Arbeitszeit ihr Einkommen unter die JAEG senken und damit den Eintritt von Versicherungspflicht bewirken. Dadurch ist eine beitragsfreie Mitgliedschaft in der GKV während der Elternzeit möglich. Sofern Selbstständige ihr Gewerbe abmelden, können sie sich in der Familienversicherung des Ehegatten versichern, wenn dieser in der GKV versichert ist.

4.4. Wo können Kinder versichert werden?

Sofern ein Elternteil privat und der andere GKV-versichert ist, stellt sich immer wieder die Frage, wo der Nachwuchs versichert werden kann bzw. muss.

Für Kinder besteht kein Anspruch auf Familienversicherung, wenn

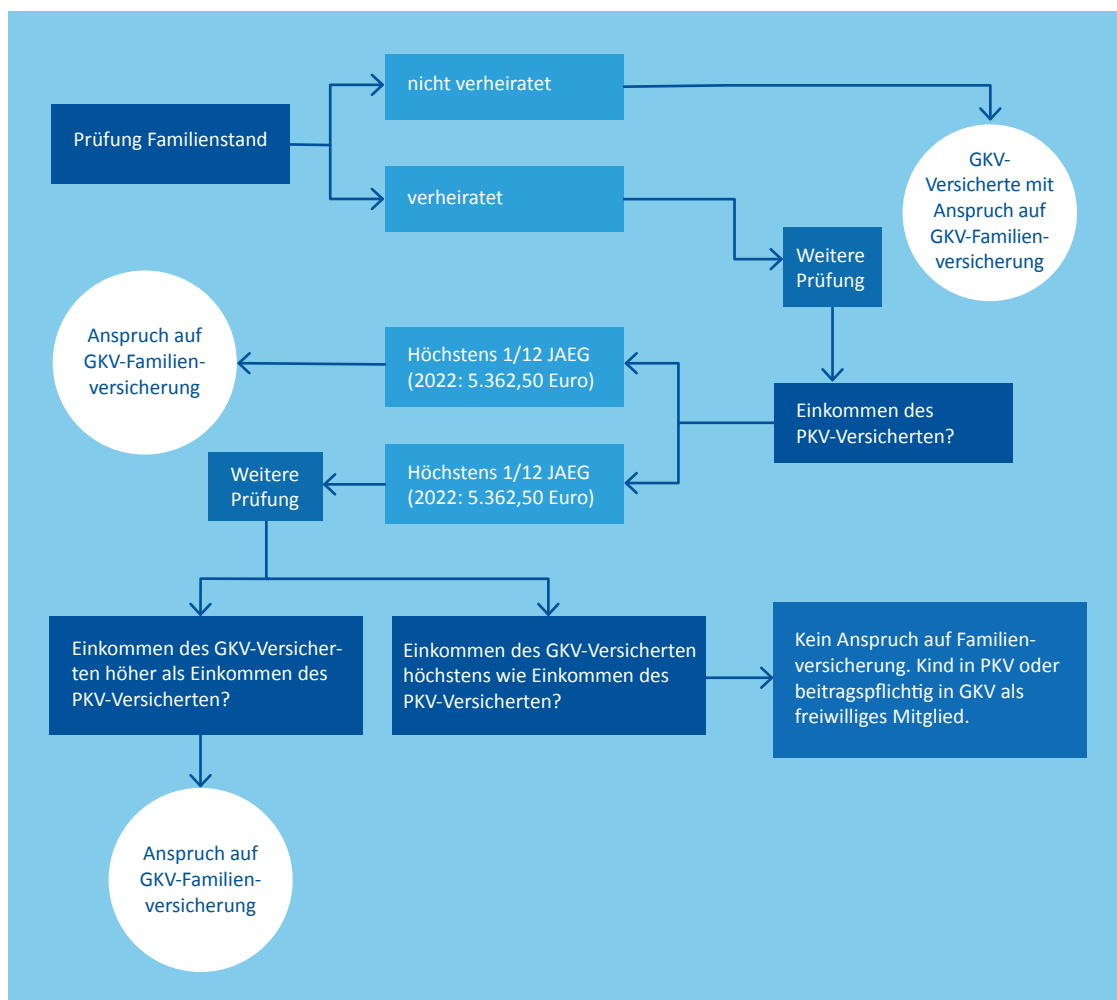
1. die Eltern miteinander verheiratet sind **und**
2. ein Ehegatte PKV-versichert ist **und**
3. das Gesamteinkommen des PKV-versicherten Ehegatten oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt **und**
4. sein Einkommen regelmäßig höher ist als das des GKV-versicherten Ehegatten.

Trifft eine der Voraussetzungen nicht zu, besteht Anspruch auf Familienversicherung, und das Kind ist über den GKV-versicherten Elternteil versicherbar.

Beispiel:

Die Mutter eines Kindes verdient monatlich 2.500 Euro und ist gesetzlich krankenversichert. Der Ehegatte und Vater des Kindes hat ein monatliches Einkommen von 5.500 Euro und ist privat krankenversichert. Da sein Gesamteinkommen regelmäßig ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze (aktuell 5.362,50 Euro) übersteigt, hat die Mutter für das Kind keinen Anspruch auf Familienversicherung.

PKV vs. GKV - Wo ist Ihr Kind versichert?





4.5. Mitversicherung von Familienangehörigen in der GKV

Nach § 10 SGB V erhalten Ehepartner und Kinder des GKV-Mitgliedes eine kostenlose Familienversicherung unter folgenden Bedingungen:

Der Ehepartner muss seinen Wohnsitz in Deutschland haben. Er darf nicht selbst versichert, nicht von der Versicherungspflicht befreit und nicht hauptberuflich selbstständig sein. Sein Einkommen darf nicht mehr als ein Siebtel der monatlichen Bezugsgrenze betragen. Im Jahr 2022 sind das in den alten Bundesländern 470 Euro. Zum Einkommen zählen dabei auch Zinsen, Mieteinnahmen, Dividenden und sonstige Einkünfte. Für die sogenannten „Minijobs“ gelten gesonderte Grenzen (seit 2013 im Monat 450 Euro). Beim Minijob plant die Ampel-Regierung, die Grenze von bisher 450 Euro auf 520 Euro anzuheben. Bei Interesse informieren wir Sie gern über Einzelheiten.

Kinder sind nur bis zu einem Höchstalter in der kostenlosen Familienversicherung eingeschlossen. Dieses beträgt maximal

- 18 Jahre oder
- 23 Jahre, wenn das Kind nicht erwerbstätig ist, oder
- 25 Jahre, wenn das Kind einer Schul- oder Berufsausbildung nachgeht. Die Altersgrenze erhöht sich gegebenenfalls um Zeiten einer Dienstpflicht, des freiwilligen Wehrdienstes oder eines anderen anerkannten Freiwilligendienstes.

Keine Altersgrenze besteht, wenn ein Kind stark behindert ist und die Behinderung während der Zeit einer Familienversicherung eingetreten ist. Der Anspruch auf Familienversicherung ist zurzeit noch unabhängig davon, ob das Mitglied freiwillig oder pflichtversichert ist.



5. Krankenversicherung im Rentenalter

Die Regeln zur Krankenversicherung im Rentenalter haben insbesondere seit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 eine Vielzahl von Änderungen erfahren. Im Folgenden erläutern wir die Bestimmungen, die seit dem Jahr 2004 gelten.

5.1. Allgemeines zu Rentnern in der GKV

Die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ist eine Pflichtversicherung. Bereits seit 1977 sind GKV-versicherte Rentner entweder Pflichtmitglieder oder freiwillige Mitglieder in der KVdR. Der jeweilige Status ist abhängig von dem Zeitraum der GKV-Mitgliedschaft bis zum Renteneintritt.

Für pflichtversicherte und freiwillige GKV-Mitglieder gilt, dass die KVdR grundsätzlich mit dem Tag beginnt, an dem der Antrag auf Rente gestellt wird. Von der KVdR ausgeschlossen sind Personen, für die aus anderen Gründen eine Krankenversicherungspflicht besteht (zum Beispiel als krankenversicherungspflichtig Beschäftigte). Auch hauptberuflich Selbstständige können erst nach Aufgabe der Selbstständigkeit der KVdR beitreten. Außerdem tritt die KVdR nicht ein, wenn der Rentner krankenversicherungsfrei ist, beispielsweise als Beamter mit einem Entgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Pflichtmitglied in der KVdR wird, wer die so genannte Vorversicherungszeit erfüllt. Dafür müssen Versicherte in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens für mindestens 90 Prozent der Zeit Mitglied einer GKV gewesen sein. Dabei ist unwichtig, ob Pflicht- oder freiwillige Mitgliedschaft vorlag. Seit dem 01.08.2017 werden pauschal drei Jahre für jedes Kind auch auf die Vorversicherungszeit der KVdR angerechnet. Die Entscheidung über die Pflichtmitgliedschaft in der KVdR trifft die zuständige Krankenkasse.

Rentner und Rentenversicherungsträger tragen die auf die gesetzliche(n) Rente(n) zu zahlenden Beiträge jeweils zur Hälfte. Der Beitragssatz liegt bei 14,6 Prozent. Hinzu kommt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag. Er beträgt derzeit im Durchschnitt 1,3 Prozent. Der Rentenversicherungsträger behält den Beitragsanteil des Rentners monatlich von der gesetzlichen Rente ein und führt diesen Betrag an die KVdR ab.

Wenn die Voraussetzungen für die KVdR erfüllt sind, besteht ebenfalls Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. Rentner tragen den Beitrag zur Pflegepflichtversicherung in voller Höhe selbst. Der Beitragssatz beträgt seit 2019 bundeseinheitlich 3,05 Prozent. Kinderlose Rentner müssen seit 2005 einen zusätzlichen Beitrag zur Pflegeversicherung bezahlen. Dieser beträgt seit 2022 0,35 Prozent. Diese Zusatzbelastung wird ebenfalls nicht vom Rentenversicherungsträger bezuschusst.

Eine Befreiung von der Pflichtversicherung in der KVdR ist grundsätzlich möglich. Hierzu muss bei der zuständigen Krankenkasse ein Antrag gestellt werden. Wichtig zu wissen: Eine einmal ausgesprochene Befreiung ist unwiderruflich und damit endgültig.

Das KVdR-Pflichtmitglied muss seinen Beitrag (allg. Beitragssatz) auf folgende Einkünfte entrichten:

- Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung
- vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge wie zum Beispiel Betriebsrenten)
- Arbeitseinkommen als Selbstständiger. Wer allerdings als Rentner (noch) halbtags oder länger selbstständig tätig ist, kann sich nicht in der KVdR versichern.
- weitere Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (zum Beispiel Witwenrente)

Es kommt jeweils der volle Beitragssatz zur Anwendung. Beiträge werden maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben.

Freiwillig in der GKV versichert ist, wer nicht in der KVdR pflichtversichert und in den letzten 5 Jahren vor Ausscheiden aus dem Arbeitsleben mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate in einer GKV versichert war. Das freiwillige GKV-Mitglied zahlt seine Beiträge (allgemeiner Beitragssatz) auf folgende Einkünfte:

- Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung
- vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge, wie zum Beispiel Betriebsrenten)
- sonstige Einnahmen (zum Beispiel Kapitaleinkünfte, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung)
- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit/Arbeitsentgelt
- weitere Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (zum Beispiel Witwenrente)

Auf Kapitalzahlungen aus einer betrieblichen Direktversicherung werden ebenfalls Beiträge erhoben (für freiwillige und Pflichtmitglieder). Dabei wird die Ablaufleistung rechnerisch auf zehn Jahre verteilt. Das entspricht monatlich 1/120stel der Ablaufleistung.

Ob laufende Betriebsrente oder Kapitalzahlung: Betriebsrentner erhalten seit 2020 einen monatlichen Freibetrag (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz). Der Freibetrag ist an die sozialversicherungsrechtliche Bezugsgröße gekoppelt und verändert sich jährlich in etwa wie die durchschnittliche Lohnentwicklung. 2022 beträgt der Freibetrag 164,50 Euro im Monat.

Die Beiträge werden maximal bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze ermittelt. Wie man aus den Berechnungsbeispielen erkennt, kann auch der freiwillig in der GKV versicherte Rentner vom Rentenversicherungsträger einen Zuschuss erhalten. Der Zuschuss wird in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich nach Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes auf den Rentenzahlbetrag ergibt. Ändert sich der allgemeine Beitragssatz, so ist die Änderung drei Monate später auch beim Beitragszuschuss zu berücksichtigen. Der Zuschuss muss rechtzeitig beantragt werden. Wir empfehlen, den Antrag auf Zuschuss zeitgleich mit dem Rentenantrag zu stellen.

Berechnungsbeispiel zur Beitragsermittlung für freiwillig GKV-versicherte Rentner und Pflichtmitglieder

	Einkünfte in Euro	Freiwilliges Mitglied GKV		Pflichtmitglied GKV	
		Monatsbeitrag in Euro	Beitragssatz* in %	Monatsbeitrag in Euro	Beitragssatz* in %
Rente DRV	1.250,00	236,87	15,9 + 3,05	137,50	7,95 + 3,05
Betriebsrente	400,00	78,50	15,9 + 3,05	78,50	15,9 + 3,05
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit	500,00	94,75	15,9 + 3,05	94,75	15,9 + 3,05
Einkünfte aus Kapitalvermögen	500,00	94,75	15,9 + 3,05		Keine beitragspflichtige Einnahme
Ablaufleistung Direktversicherung 60.000,- (wird auf 10 Jahre verteilt,- entspricht monatlich 1/120)	500,00	94,75**	15,9 + 3,05	94,75	15,9 + 3,05
./ . Zuschuss DRV		./ . 118,44	7,95 (auf Rente DRV)		Zuschuss bereits im Beitrag auf Rente DRV berücksichtigt
Eigenanteil		481,18		405,50	

Werte für Eltern; andernfalls erhöhen sich die Beitragssätze um 0,35 Prozentpunkte

* Annahme: Zusatzbeitrag der Krankenkasse beträgt 1,3 Prozentpunkte plus Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung

** Betriebsrentenfreibetrag nicht berücksichtigt



5.2. Privat versicherte Rentner

Wer während seines Erwerbslebens privat versichert war, bleibt auch als Rentner in der PKV. Er ist für die Zahlung der Beiträge an seine Krankenversicherungsgesellschaft selbst verantwortlich. Auch Rentner, die privat versichert sind, erhalten vom Rentenversicherungsträger einen Zuschuss. Dieser wird in Höhe des halben Betrages geleistet, der sich nach Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes der GKV auf den Rentenzahlbetrag ergibt.

Der allgemeine Beitragssatz wird von der Bundesregierung festgelegt. Der Zuschuss wird gegebenenfalls auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen zur privaten Krankenversicherung begrenzt. Ein dreifaches Sicherungsmodell sorgt bei der privaten Krankenversicherung dafür, dass trotz steigender Kosten Beitragserhöhungen abgefedert werden („Alterungsrückstellung in der PKV“, „Beitragsermäßigung im Alter“ und „gesetzlicher Zuschlag“). Zusätzlich zu diesen Maßnahmen sind weitere Beitragsentlastungen im Alter möglich:

- Fortfall der Krankentagegeldversicherung; nach Beendigung des Berufslebens besteht kein Bedarf mehr, das Arbeitseinkommen bei Krankheit zu sichern
- Wegfall des gesetzlichen Zuschlages zur PKV ab dem 60. Lebensjahr
- Zuschuss vom Rentenversicherungsträger
- Optimierung der Tarife
- Wechsel in den Basistarif

6. Entwicklung der beiden Systeme

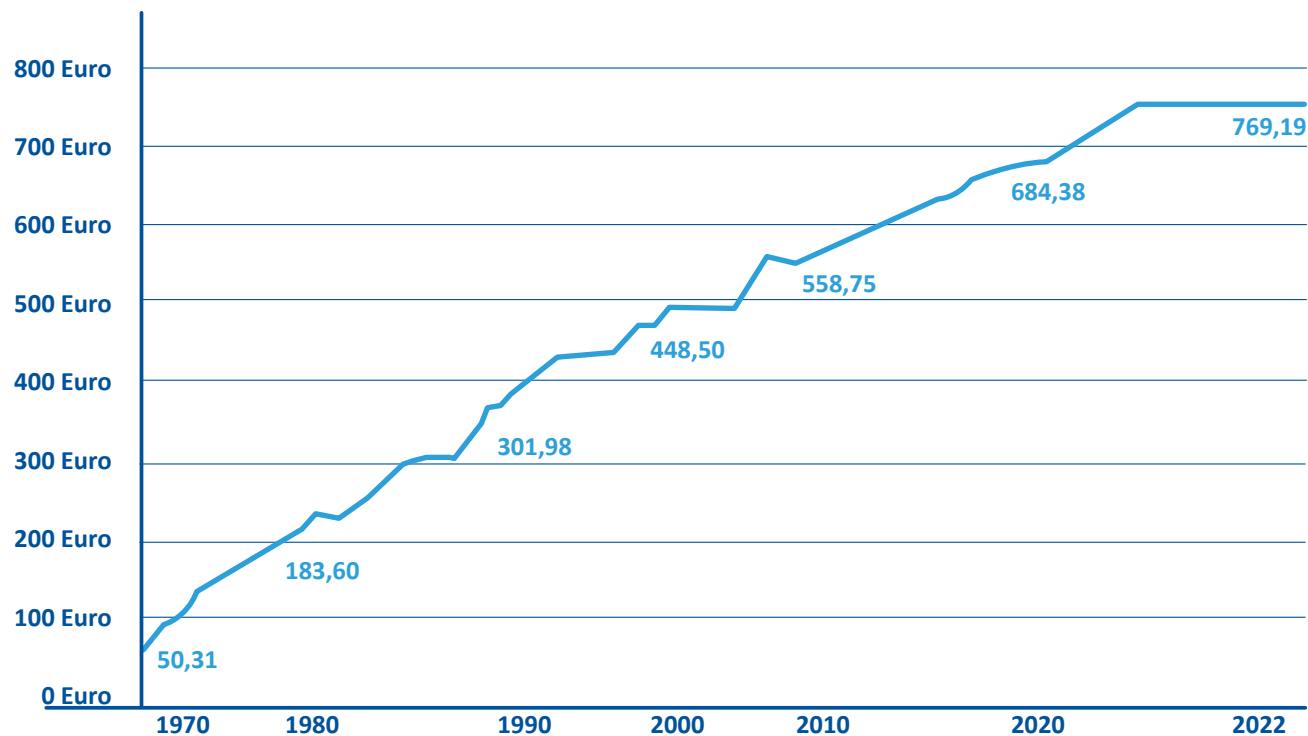
6.1. Historie der GKV

Am 15.06.1883 wurde durch ein Reichsgesetz die gesetzliche Krankenversicherung gegründet. Ziel dieses Gesetzes war es, die einkommensschwächsten Gruppen der Arbeitnehmerschaft vor den wirtschaftlichen Folgen von Krankheit mittels Versicherungszwang zu schützen. Damals umfasste die GKV nur etwa zehn Prozent der Gesamtbevölkerung.

Mehr als 60 Jahre danach war das Umlageverfahren ein geeignetes Mittel, um im Nachkriegsdeutschland schnell ein funktionierendes Krankenversicherungssystem aufzubauen. Doch die Grenzen des Systems sind längst erreicht. Seit Jahren wird die aktuelle und zukünftige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert. Bereits Anfang der 70er Jahre wurden erste Maßnahmen ergriffen, welche die Finanzierbarkeit der GKV gewährleisten bzw. aufrecht erhalten sollten. Zahlreiche Reformen, Beitragssatzerhöhungen und Beitragsanpassungen waren die Folge. Eine langfristig tragbare Lösung, die auch der prognostizierten demografischen Entwicklung gerecht wird, ist noch immer nicht realisiert. Die öffentlichen Diskussionen halten an, und in der Politik werden regelmäßig neue Lösungsansätze thematisiert.

6.2. Beitragsentwicklung in der GKV bis heute (ohne Pflegeversicherung)

Durchschnittlicher Höchstbeitrag in Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung



Hinweis: Werte jeweils ohne kassenindividuellem Zusatzbeitrag

Werte gemäß amtlicher Bekanntmachung des BMGS/BMG – Ab dem 01.07.2006 einschließlich kasseneinheitlichem Sonderbeitrag, den der Versicherte zahlt.

Ab 2015 einschließlich individuellem Zusatzbeitrag der Krankenkasse (Annahme 1,0 Prozentpunkte), den Versicherte von 2015 bis 2018 allein tragen mussten. Seit 2019 teilen sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber den Zusatzbeitrag (2022 Annahme 1,3 Prozentpunkte).

6.3. Historie der PKV

Nach Gründung der GKV im Jahre 1883 konnte sich die PKV zunächst nicht durchsetzen. Der Mittelstand verfügte über ausreichende finanzielle Mittel, um sich selbst vor den finanziellen Risiken im Krankheitsfall zu schützen. Dieser Zustand änderte sich jedoch schlagartig nach der Inflation im Jahre 1923. Durch den allgemeinen Vermögensverlust konnten die Kosten bei Krankheit nicht mehr aus privaten Rücklagen finanziert werden. Die Betroffenen suchten Schutz in der PKV, da sie aufgrund gesetzlicher Bestimmungen der GKV nicht beitreten konnten. Bis 1924 hatte die PKV ausschließlich Tagegeldversicherungen zur Sicherung des Einkommens angeboten. Danach entwickelte sie auch Krankheitskostentarife, welche die Kosten der Behandlung im Krankheitsfall abdeckten. Diese Tarife ähnelten aber noch stark dem Leistungsgefüge der GKV.

In den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden die Kalkulationsgrundlagen zur Berechnung von Leistung und Gegenleistung für Krankheitskostentarife geschaffen. Das sicherte die dauerhafte Erfüllbarkeit von Versicherungsverträgen. Die PKV konnte somit Tarife auf den Markt bringen, die den individuellen Bedürfnissen der Versicherten gerecht wurden.

6.4. Beitragsentwicklung von PKV und GKV im Vergleich

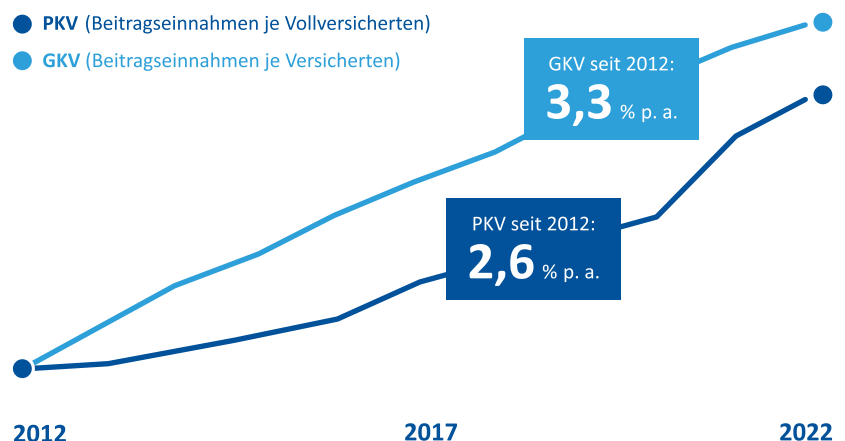
Der Beitrag für eine Krankenversicherung – auch für die GKV – muss allein schon aufgrund des medizinischen Fortschritts Jahr für Jahr steigen. Neue, wirksamere Therapien kosten Geld. Die Inflation löst ebenfalls Beitragserhöhungen aus. Die private Krankenversicherung muss das nur zum Teil über Beitragsanpassungen kompensieren. Die gesetzliche Krankenversicherung hingegen kann Steuergelder heranziehen. Das heißt: Jeder einzelne Steuerzahler, ob privat oder gesetzlich krankenversichert, leistet seinen Beitrag zur GKV.

PKV-Tarife: grundsätzlich wirtschaftlich nachhaltiger

Die private Krankenversicherung kann eine bei Abschluss des Vertrages zugesagte Tarifleistung nicht kürzen oder gar wegfallen lassen. Diese einmal vertraglich vereinbarte Leistung ist damit ein Leben lang garantiert. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hingegen wurden seit 1982 vom Gesetzgeber regelmäßig eingeschränkt. Auch zukünftig kann die gesetzliche Krankenversicherung ihren Leistungsumfang jederzeit kürzen sowie höhere Zuzahlungen verlangen. Steuermittel aus dem Bundeszuschuss stützen die Einnahmenseite der GKV zusätzlich.

Derzeit dürfen sich nur freiwillig Versicherte zwischen GKV und PKV entscheiden. Wer beide Versorgungssysteme vergleichen will, sollte deshalb den GKV-Höchstbeitrag und mindestens das Leistungsniveau der GKV als Vergleichsmaßstab heranziehen. Bei einem Vergleich unterstützen wir Sie gern. Dafür sind nach unserer Erfahrung insbesondere bedarfsgerechte und verlässliche Leistungen wichtige Kriterien.

Beitragsentwicklung der PKV und GKV im Vergleich



Quelle: PKV-Verband

6.5. Tarifwechsel

Aber nicht jeder privat Versicherte ist mit der Beitragsentwicklung seines Vertrages zufrieden. In diesem Fall hat er das Recht, bei seinem Versicherer gemäß § 204 Versicherungsvertragsgesetz in einen günstigeren Tarif zu wechseln. Diese Möglichkeit besteht, sofern das Versicherungsunternehmen mehrere Tarife mit gleichem Leistungsumfang zu unterschiedlichen Beiträgen bietet.

Der Verband der privaten Krankenversicherung verpflichtet seine Mitgliedsunternehmen, bei Kundenanfragen zum Tarifwechsel entweder das gesamte Tarifspektrum aufzuzeigen oder für den Kunden bereits eine Vorauswahl der geeigneten Tarife zu treffen. Die Entscheidung trifft selbstverständlich der Kunde. Versicherte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, werden bei einer Beitragserhöhung auf Tarife hingewiesen, für die sie bei einem Wechsel weniger Beitrag zahlen müssten.

Unabhängig von den internen Leitlinien des Verbandes haben Versicherte ab dem 60. Lebensjahr ein gesetzliches Recht, über Alternativtarife informiert zu werden. Wir beraten Sie zu den Details.

6.6. Zukunft der beiden Systeme

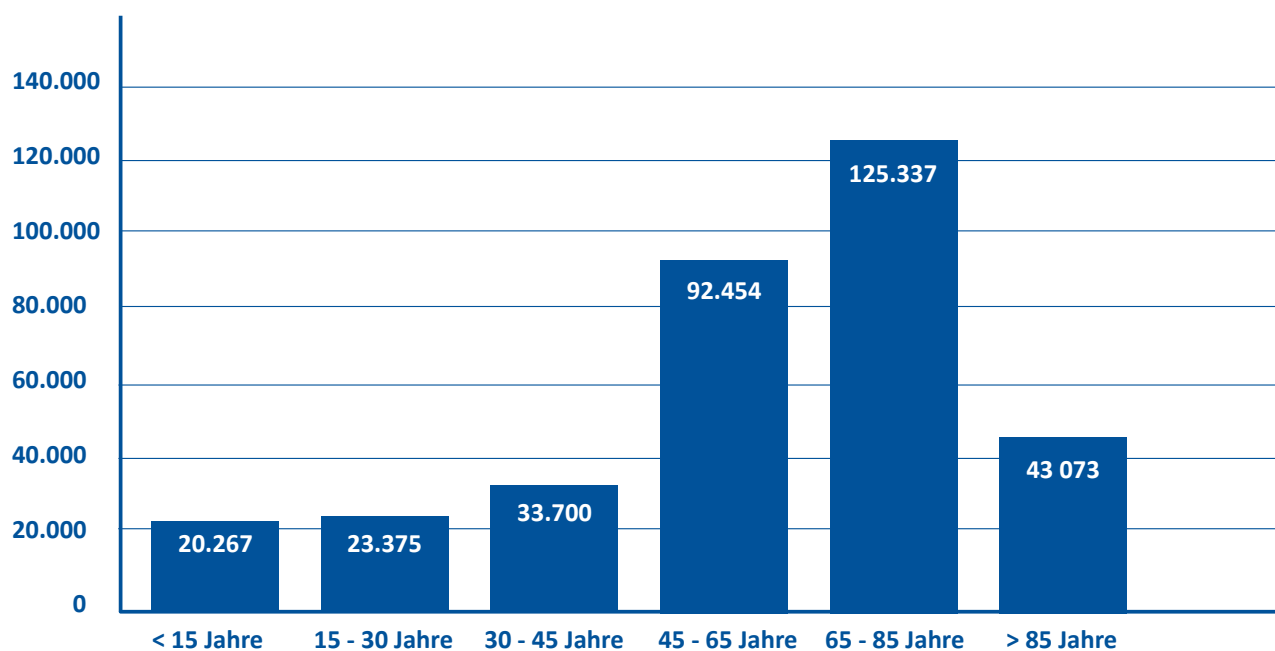
Die Entwicklungen im Gesundheitsbereich werden mit großer Aufmerksamkeit von der Politik, den Marktteilnehmern und der Bevölkerung verfolgt. Steigende Ausgaben aus den verschiedensten Gründen, allen voran medizinischer Fortschritt, steigende Lebenserwartung, demografische Entwicklung sowie die Aufgabe, Leistungen für die Versicherten dauerhaft zu finanzieren, sind Probleme, die sowohl die GKV als auch die PKV schultern müssen. Die Finanzierbarkeit der zugesagten Leistungen stellt eine der größten Herausforderungen für die Zukunft der Krankenversicherung insgesamt dar. Für beide Systeme spielen im Wesentlichen folgende Faktoren eine entscheidende Rolle:

- Demografische Entwicklung
- Medizinischer Fortschritt
- Konjunkturelle Lage
- Kalkulationsgrundlagen

Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist gekennzeichnet durch einen kontinuierlichen Rückgang der Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung. Kurz gesagt: Die Bevölkerung altert. Im Alter nehmen Versicherte aber überproportional hohe Leistungen in Anspruch. Bereits heute machen die Leistungen für Rentner mehr als 50 Prozent der Gesamtaufwendungen der GKV aus. Auch die PKV bekommt diese demografische Entwicklung zu spüren. Die Folgen zeigen sich hier bisher weniger stark, da die Beitragskalkulation der PKV-Versicherer weniger von der Alterung der Gesellschaft betroffen ist. So finanziert jede Altersgruppe ihre Kosten selbst. Dadurch hat vornehmlich eine künftig zunehmende Lebenserwartung Auswirkungen auf die Beiträge, weil dann höhere Alterungsrückstellungen gebildet werden müssen.

Krankheitskosten (jährlich in Mio. Euro) in Abhängigkeit vom Alter



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021 | Stand: 02.02.2022

Medizinischer Fortschritt

Der medizinische Fortschritt geht weiter voran. Innovative Diagnosemöglichkeiten und medizinische Geräte, neue Medikamente und Behandlungsmethoden haben sehr großen Einfluss auf die Entwicklung der Kosten. Als der Chirurg Christian Barnard am 03.12.1967 das erste menschliche Herz verpflanzte, explodierten im gleichen Augenblick die Kosten von null auf 200.000 DM. Medizintechnische Verbesserungen führten in den Jahren 1992 bis 1998 zu einer Verdoppelung der Herzoperationen und einer Verfünffachung der Eingriffe bei über 80-jährigen Patienten. Schon 2018 waren 16,7 Prozent aller herzchirurgischen Patienten mindestens 80 Jahre alt. Hinzu kommt die steigende Zahl von chronischen Erkrankungen und Mehrfachdiagnosen. Von der Kostensteigerung durch medizinischen Fortschritt sind GKV und PKV grundsätzlich gleichermaßen betroffen. Die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts dürften in der PKV stärker zu spüren sein, weil dort Leistungseinschränkungen nicht üblich bzw. nur in Ausnahmefällen durchführbar sind. Kosten für neue und erfolgversprechende Behandlungsmethoden fließen hier schneller in die Kalkulation ein, während die GKV nur stark verzögert reagiert.

Konjunkturelle Lage

Die konjunkturelle Lage hat auf das Gesundheitswesen gravierende Auswirkungen. Eine negative wirtschaftliche Entwicklung führt zu steigender Arbeitslosigkeit sowie stagnierenden oder gar rückläufigen Löhnen und Gehältern. Da die Beitragseinnahmen der GKV von der Höhe der Einkommen abhängig sind, sinken diese bei hoher Arbeitslosigkeit oder rückläufigen Einkommen. Aktuell bewegt sich die Beschäftigung in Deutschland allerdings auf erfreulich hohem Niveau. Für die PKV hingegen spielt die konjunkturelle Lage eher eine untergeordnete Rolle, denn ihre Beiträge sind nicht vom Einkommen abhängig.

Methode der Beitragskalkulation

Die Methode der Beitragskalkulation dürfte wohl die wichtigste Rolle bei der zukünftigen Entwicklung beider Systeme spielen. Diese unterscheidet sich in hohem Maße.

In der GKV gilt das Solidaritätsprinzip. Beiträge werden ausschließlich anhand des Einkommens ermittelt. Es wird das Umlageverfahren angewandt. Die Folge sind (sozialpolitisch gewünschte) Umverteilungen innerhalb des Systems. Aufgrund der beschriebenen Entwicklungen musste die GKV in der Vergangenheit immer wieder Maßnahmen ergreifen, um der steigenden Ausgaben Herr zu werden. Neben Erhöhungen des Beitragssatzes und der jährlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze gab es bereits mehrfach Leistungskürzungen. So wurden zum Beispiel Zuzahlungen für Arznei-, Verbands- und Heilmittel eingeführt und in mehreren Schritten erhöht. Die Zuzahlungen für Zahnersatz (Eigenanteil) sind deutlich gestiegen, während Zuschüsse für Sehhilfen bis auf wenige Ausnahmen komplett gestrichen wurden.

Erschwerend kommt hinzu, dass sich das Erwerbsverhalten stark verändert. In den letzten Jahrzehnten stand einem späten Berufsstart immer häufiger ein frühes Ausscheiden aus dem Berufsleben gegenüber. Auch das kann die Solidargemeinschaft belasten. Die Zunahme der Teilzeitbeschäftigung führt zu einer Verschlechterung im Verhältnis von Versicherten und Beitragseinnahmen der GKV. Um die Lohnnebenkosten nicht noch weiter ansteigen zu lassen, werden einzelne Beitragsteile ausschließlich den Versicherten aufgebürdet. Dies betrifft aktuell den Sonderbeitrag für Kinderlose in der Pflegepflichtversicherung (0,35 Prozent). Zusätzlich zum Beitrag leisten Versicherte Zuzahlungen bei Medikamenten, Hilfsmitteln oder Klinikleistungen.

Seit Mitte der 90er Jahre, also schon fast seit 30 Jahren, beschäftigen sich wissenschaftliche Arbeitsgruppen mit der Frage, welche Konsequenzen sich aus den geschilderten Entwicklungen für die GKV ergeben. Alle Berechnungen kommen im Wesentlichen zu übereinstimmenden Ergebnissen: Falls der Gesetzgeber keine weiteren Einschnitte am Leistungskatalog der GKV vornimmt, wird der durchschnittliche GKV-Beitragssatz in drei Jahrzehnten, wenn die Generation der heute 40-Jährigen in Rente geht, auf 25 bis 27 Prozent des Bruttoeinkommens steigen. Dies ist arbeitsmarktpolitisch aber nicht durchsetzbar. Die Folge werden weitere Einschnitte im Leistungskatalog sein; für viele Leistungen fehlt in Zukunft das Geld.

In der PKV gilt das Individualprinzip, und die Beiträge werden nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert. Im Gegensatz zur GKV spielt das Einkommen grundsätzlich keine Rolle. Die Beiträge sind abhängig vom Eintrittsalter und Gesundheitszustand bei Eintritt in die PKV sowie vom gewünschten Versicherungsschutz. Sie werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen für die gesamte Laufzeit kalkuliert. Es kommt nicht zu Umverteilungen innerhalb des Systems. Jede Altersgruppe finanziert ihren eigenen Bedarf. Über Alterungsrückstellungen wird gewährleistet, dass die Beiträge auch im Alter bezahlbar bleiben.

Allerdings bewegt sich die Verzinsung von Kapitalanlagen seit Jahren gegen null. Von dieser Entwicklung bleiben auch private Krankenversicherer nicht verschont. Die meisten Unternehmen können den in der Vergangenheit kalkulierten Zins nicht mehr erwirtschaften. Deshalb legen sie zumindest für neue Verträge eine niedrigere Verzinsung zugrunde. Sinkt der kalkulierte Zins, müssen die Alterungsrückstellungen neu bewertet werden. Je niedriger die Verzinsung, umso mehr Kapital ist erforderlich, um die künftigen Verpflichtungen zu erfüllen. Das hatte in den letzten Jahren deutliche Beitragssteigerungen zur Folge.

Die Corona-Pandemie wird Spuren hinterlassen – in der GKV ebenso wie in der PKV. Noch sind die finanziellen Auswirkungen allerdings nur schwer zu beziffern. Auch mögliche Folgen von „Long Covid“ auf Sozialversicherungsträger und private Versicherer können noch nicht benannt werden.



7. Bausteine einer PKV

7.1. Krankheitskostenversicherung

Die Krankheitskostenversicherung gilt als Krankheitskosten**voll**versicherung, sofern sie Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlungen abdeckt. Bei einer Krankheitskosten**teil**versicherung ist **entweder** der stationäre **oder** der ambulante Bereich versichert. Insbesondere die stationäre Teilversicherung wird meist als Zusatzversicherung von GKV-Versicherten gewählt, die im Krankenhaus wie ein Privatpatient behandelt und untergebracht werden wollen, beispielsweise in einem Einzelzimmer.

Ambulante Heilbehandlung

Zum Beispiel Behandlung durch einen Arzt oder Heilpraktiker, ärztlich verordnete Arzneimittel, Brillen, Massagen, Vorsorgeuntersuchungen

Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Behandlung sowie Unterbringung und Verpflegung während eines stationären Krankenhausaufenthaltes

Zahnärztliche Behandlung

Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen

Je nach Tarifwerk werden die Krankheitskosten in einem Tarif abgesichert (Kompakttarife) oder in die einzelnen Bausteine aufgeteilt. Für neue Krankenvollversicherungen wird ein gesetzlicher Zuschlag in Höhe von zehn Prozent berechnet (seit 2000). Dieser dient der Stabilisierung der Beiträge im Alter und wird von allen Unternehmen der privaten Krankenversicherung erhoben.

Seit 2009 darf ein absoluter oder prozentualer Selbstbehalt in der Krankheitskostenvollversicherung 5.000 Euro pro Kalenderjahr nicht übersteigen. Für Beihilfeberechtigte reduziert sich der maximale Selbstbehalt entsprechend dem prozentualen Anteil des Versicherungsschutzes (zum Beispiel: 70 Prozent Beihilfe -> 30 Prozent Versicherungsschutz -> 1.500 Euro maximaler Selbstbehalt). Eine Vollversicherung, welche die Pflicht zur Versicherung erfüllt, kann der Versicherte nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer eine entsprechende Vollversicherung nachweist.

7.2. Basistarif

Im Jahr 2009 wurde der Basistarif in der privaten Krankenversicherung eingeführt. Der Basistarif ist in seinem Leistungsumfang mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Ehepartner und Kinder ohne Einkommen können im Basistarif allerdings nicht kostenlos mitversichert werden.

Jede private Krankenversicherung muss den Basistarif anbieten, und zwar als 100 Prozent-Tarif (mit den Selbstbehaltstufen 0 Euro, 300 Euro, 600 Euro, 900 Euro und 1.200 Euro) ebenso wie in einer Beihilfeversion. Für den Basistarif gilt Kontrahierungszwang. Das bedeutet, der Versicherer muss jeden Antrag annehmen. Beitragszuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht möglich. Neben dem Basistarif dürfen Zusatzversicherungen abgeschlossen werden.

Zugang zum Basistarif haben alle Personen, die

- ihren Wohnsitz in Deutschland haben und
- weder in der GKV pflichtversichert sind, noch einen Beihilfeanspruch oder Anspruch auf Heilfürsorge, noch eine private Krankheitskostenvollversicherung haben, oder
- einen Beihilfeanspruch haben, wenn sie einen beihilfekonformen Versicherungsschutz benötigen, oder
- seit dem 01.01.2009 eine private Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen haben.

Nach einem Wechsel in den Basistarif ist der Versicherte 18 Monate an den Vertrag gebunden. Danach kann er gegebenenfalls in einen Tarif mit besseren Leistungen wechseln. Der Beitrag für den Basistarif darf den Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen (bei Beihilfeberechtigten reduziert sich dieser Höchstbeitrag entsprechend dem Beihilfebemessungssatz). Für die Dauer finanzieller Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches halbiert sich der Beitrag; unter bestimmten Voraussetzungen sind Beitragszuschüsse des Sozialversicherungsträgers möglich.

Privatversicherte, die infolge der Corona-Pandemie hilfebedürftig werden und in den Basistarif wechseln müssen, haben innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel ein Rückkehrrecht in den Normalbeziehungswise Ursprungstarif. Eine erneute Risikoprüfung ist ausgeschlossen. Einzelheiten regelt das „Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ vom 19. Mai 2020.

Die bis zur Einführung des Basistarifes geltenden Standardtarife wurden geschlossen. PKV-Versicherte können jedoch unter Berücksichtigung ihrer Altersrückstellungen in den Standardtarif wechseln, wenn sie bereits vor dem 01.01.2009 privat versichert waren.

7.3. Tagegeldversicherung

In der Tagegeldversicherung zahlt der Versicherer für jeden Tag, an dem die vereinbarten Voraussetzungen erfüllt sind, einen festen Betrag.

Die Krankentagegeldversicherung (Verdienstauffangversicherung) dient zur Absicherung des Einkommens bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall. Das Tagegeld wird in der Regel erst nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit gezahlt. Der Versicherte muss somit eine vereinbarte Anzahl von Tagen ununterbrochen wegen der gleichen Krankheit arbeitsunfähig sein, bevor sein Anspruch auf das versicherte Tagegeld beginnt. Ein Arbeitnehmer wählt die Karenzzeit in Abhängigkeit

zu seinem Anspruch auf Gehaltsfortzahlung. Für Selbstständige und Freiberufler gibt es Tarife mit unterschiedlichen Karenzzeiten. Je länger die vertragliche Karenzzeit, desto geringer ist der Beitrag für diesen Versicherungsschutz.

Die Krankenhaustagegeldversicherung leistet für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes einen bei Vertragsabschluss vereinbarten Geldbetrag. Dieser ist unabhängig von allen anderen Leistungen und wird zeitlich unbegrenzt und steuerfrei gezahlt, auch wenn durch den Krankenhausaufenthalt keine zusätzlichen Kosten entstanden sind. Mit der Leistung können beispielsweise besondere Aufwendungen wie Taxikosten der Besucher, Haushaltshilfen oder Annehmlichkeiten für den Patienten bestritten werden.

7.4. Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist eine Pflichtversicherung, der auch freiwillig Versicherte unterworfen sind. Grundsätzlich muss die Pflegeversicherung bei der Versicherung abgeschlossen werden, bei der die Krankenversicherung besteht. Von dieser Vorschrift gibt es zwar Ausnahmen, eine Aufteilung auf verschiedene Versicherer ist aber in der Regel nicht empfehlenswert.

Die Leistungen der sozialen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) unterscheiden sich nicht. Die Beiträge sind für den Versicherungsnehmer auf den Höchstbetrag der sozialen Pflegeversicherung (SPV) begrenzt. Für einen mitversicherten, nicht berufstätigen Ehegatten müssen zusätzlich bis zu 50 Prozent dieses Beitrages gezahlt werden. Die Begrenzung gilt für Personen, die am 01.01.1995 privat krankenversichert waren. Personen, die erst danach der privaten Krankenversicherung beigetreten sind, erhalten die Sicherheit der Beitragsbegrenzung erst nach fünf Jahren. Im Basistarif gibt es keine Begrenzung auf 150 Prozent des Beitrags. Kinder sind in der Regel in der sozialen und in der privaten Pflegepflichtversicherung beitragsfrei mitversichert.

Um die Leistungen der Pflichtversicherung aufzubessern, bieten private Versicherungsunternehmen Zusatztarife an. Zum einen besteht die Möglichkeit, ein Pfl egetagegeld zu vereinbaren. Die Leistungen bemessen sich am Grad der Pflegebedürftigkeit. Bei einer Pflegekostenversicherung werden im vertraglich vereinbarten Umfang Pflegekosten erstattet, die über die Leistungen der sozialen bzw. privaten Pflegepflichtversicherung hinausgehen. Darüber hinaus gibt es auch Pflegerentenversicherungen, die von Lebensversicherern angeboten werden. Je nach Tarif muss ein Mindestgrad der Pflegebedürftigkeit erreicht sein, bevor Leistungen fällig werden. Die Beiträge für Pflegezusatzversicherungen sind im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen steuerlich absetzbar.

Seit Januar 2013 beziehen Demenzkranke höhere Leistungen von der Pflegeversicherung (Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung PNG). Mit dem Pflegestärkungsgesetz I wurden zum Januar 2015 die Leistungen in den einzelnen Pflegestufen erhöht sowie Verbesserungen bei Demenz eingeführt. Im Gegenzug stieg seinerzeit der vom Versicherten zu zahlende Beitrag um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent.

Das Pflegestärkungsgesetz II wurde zum Januar 2016 eingeführt. Im Vordergrund der neuen Regelungen steht der individuelle Unterstützungsbedarf eines jeden Einzelnen. Statt bislang drei Pflegestufen gibt es seit 2017 fünf Pflegegrade. Diese orientieren sich am Grad der verbliebenen Selbstständigkeit. Der Beitragssatz beträgt jetzt 3,05 Prozentpunkte. Kinderlose Versicherte zahlen seit 2022 einen Zuschlag von 0,35 Prozentpunkten. Weitere ausführliche Informationen zum Thema Pflegeversicherungen haben wir für Sie in der Broschüre „Blickpunkt Pflegevorsorge“ zusammengestellt.

8. Wie finde ich die richtige PKV?

Bevor Sie sich für eine private Krankenversicherung entscheiden, sollten Sie anhand ausgewählter Qualitätsmerkmale prüfen, welches Angebot für Sie infrage kommt. Welcher Tarif bei welchem Versicherungsunternehmen ist für Sie, Ihre Wünsche und Ihren Bedarf geeignet? Wir haben für Sie fünf Merkmale herausgearbeitet, die nach unserer Erfahrung besonders wichtig sind. Sie können Ihnen bei der Vorbereitung Ihrer Entscheidung helfen, ersetzen aber nicht unsere qualifizierte und unabhängige Beratung.

Fünf wichtige Qualitätsmerkmale und ihre Beurteilung:

- 1. Preis-/Leistungs-Verhältnis und Beitragsstabilität:** Entscheiden Sie vor Vertragsschluss, welches Leistungsniveau Sie wünschen und bezahlen möchten. Bietet ein Versicherer hohe Leistungen zu einem besonders niedrigen Beitrag an, wird sich dies im Zeitablauf mit überdurchschnittlichen Beitragserhöhungen bemerkbar machen. Am Ende kann dieser Versicherer deutlich teurer sein als Anbieter, die bei Vertragsbeginn höhere Beiträge verlangt haben. Ein niedriger Beitrag kann darin begründet sein, dass es sich um einen neu aufgelegten Tarif handelt – sei es von einem jungen oder einem etablierten Versicherer. Wir haben die Beobachtung gemacht, dass manch teurer Versicherer immer wieder neue, anfänglich niedrig kalkulierte Tarife auflegt, um im Wettbewerb mithalten zu können. Aus Wettbewerbsgründen kommt es vor, dass Versicherer bei Vorerkrankungen keine ausreichenden Risikobeiträge erheben. Für die Versichertengemeinschaft bedeutet auch dies mittel- und langfristig Beitragssteigerungen, da im Durchschnitt mehr Kosten auf den Versicherer zukommen als kalkuliert. Wichtig für die Bewertung sind:
 - Umfang des Versicherungsschutzes
 - Historie und Erfahrung des Versicherers und seiner Tarife
 - Anzahl gleichartiger Tarife eines Versicherers (keine Paralleltarife)
 - Einhaltung Annahmerichtlinien, konsequente Risikoprüfung, auskömmliche Beitragskalkulation
- 2. Erfolgreiche Unternehmensführung:** Die Qualität eines Krankenversicherers zeigt sich auch darin, wie erfolgreich dieser sein Versicherungsgeschäft betreibt. Kann er angemessene Erträge erwirtschaften? Die Rendite der Kapitalanlagen ist eine wichtige Quelle für Überschüsse, die beitragsmindernd eingesetzt werden können. Niedrige Kosten und effiziente Unternehmensführung tragen ebenso dazu bei, ein nachhaltig günstiges Beitragsniveau zu sichern. Auch hier zeigen sich enorme Unterschiede am Markt.
- 3. Reserven:** Je nachdem, wie erfolgreich ein Versicherer wirtschaftet, ist er in der Lage, neben den vorgeschriebenen Alterungsrückstellungen weitere Reserven für künftige Leistungen zu bilden. Diese können Beitragserhöhungen abfedern oder für Beitragserstattungen an Kunden eingesetzt werden, die keine Leistungen in Anspruch genommen haben.
- 4. Wirtschaftliche Substanz:** Dem Versicherer müssen ausreichende Sicherheitsmittel zur Verfügung stehen, um mögliche Verluste ausgleichen zu können. Nur so kann die Existenz des Versicherers dauerhaft gewährleistet werden.
- 5. Wachstum/Attraktivität am Markt:** Positiv ist zu bewerten, wenn sich viele neue Kunden für einen Versicherer entscheiden. Wächst ein Versicherer hingegen nur, weil er seine Beiträge erhöht, ist dies kein Zeichen für gestiegene Attraktivität.



Wichtige Tipps zum Abschluss:

- Beantworten Sie die Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgemäß.
- Kündigen Sie eine bestehende Krankenversicherung erst dann, wenn die neue Gesellschaft eine verbindliche Annahmestätigung abgegeben hat.
- Fragen Sie uns als Ihren Berater immer dann, wenn Sie etwas nicht verstehen.
- Ändern sich Ihre Lebensumstände, sprechen Sie uns an. Auch Ihr Bedarf an Versicherungsschutz könnte sich verändert haben.

Haftungsausschluss/ Nutzungsbestimmungen

Die Inhalte dieser Beratungsbroschüre wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet. Aktualisierungen finden regelmäßig statt. Dennoch sind Fehler nicht auszuschließen. Hinweise und Korrekturen senden Sie bitte an den Herausgeber. Eine Haftung für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität dieser Beratungsbroschüre kann trotz sorgfältiger Prüfung nicht übernommen werden. Der Herausgeber übernimmt insbesondere keinerlei Haftung für eventuelle Schäden oder Konsequenzen, die durch die Nutzung der angebotenen Inhalte entstehen. Etwaige rechtliche Hinweise, Empfehlungen und Auskünfte sind unverbindlich; eine Rechtsberatung findet nicht statt.

Hinweis: Diese Broschüre wurde auf nachhaltigem PEFC-Papier gedruckt.

Urheberrechte

Alle in dieser Beratungsbroschüre veröffentlichten Inhalte (Texte, Grafiken, Bilder, Layout usw.) unterliegen dem Urheberrecht. Jede vom Urheberrechtsgesetz nicht zugelassene Verwertung bedarf vorheriger schriftlicher Zustimmung der jeweiligen Berechtigten. Downloads und Fotokopien für den privaten, nicht kommerziellen Gebrauch sind grundsätzlich zulässig. Die unerlaubte Reproduktion oder Weitergabe einzelner Inhalte oder kompletter Seiten wird straf- und zivilrechtlich verfolgt.

© Texte, Grafiken/Illustrationen: germanBroker.net Aktiengesellschaft
© Fotos: stock.adobe.com (Titel, S. 25, 34); unsplash.com (S. 14, 19, 28, 38)

Redaktionsstand März 2022



Redakteur und Herausgeber dieser Informationen

germanBroker.net Aktiengesellschaft
Feithstraße 129
58097 Hagen
Tel: 02331 8045-0
Fax: 02331 8045-3100
E-Mail: info@germanbroker.net
Homepage: www.germanbroker.net

Ihr Versicherungsmakler

heesen finanz- und versicherungsmakler gmbh

Tiergartenstr. 76
30559 Hannover
T: 0511/953930
F: 0511/959333
info@heesen.de
www.heesen.de