

PKV

Wir bringen deine Entscheidung zum Thema private Krankenversicherung gemeinsam auf den richtigen Weg!

Die 3 größten Irrtümer in der privaten Krankenversicherung, die dich bisher davor abgehalten haben, dass du für dich und deine Familie die bestmögliche Entscheidung triffst.

Erfahre in einem kostenlosen Beratungsgespräch, warum meine Kunden entspannt in die Zukunft schauen können und die bestmögliche medizinische Versorgung für ihre Familien genießen.

JA, ICH MÖCHTE JETZT EIN KOSTENLOSES BERATUNGSGESPRÄCH!

WARUM ES SINN MACHT, DICH JETZT SOFORT DARUM ZU KÜMMERN?

- Wir Menschen werden im Laufe ihres Lebens nicht gesünder. Umso länger du wartest, umso eher besteht die Gefahr, dass du aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen dir nicht mehr deinen gewünschten Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung sichern kannst.
- Mit unserem Alter steigen auch die Einstiegsbeiträge. Wenn du früher einsteigst, kannst du viel Geld sparen.
- Mit einem früheren Einstieg in die private Krankenversicherung sicherst du dir in der privaten Krankenversicherung Beitragsvorteile im Alter.

EXPERTISE: DARUM BIST DU BEI MIR GENAU RICHTIG:

- Ausbildung bei einer der größten deutschen privaten Krankenversicherungen zum Versicherungskaufmann
- 25 Jahre Berufserfahrung im Thema Krankenversicherung
- Versicherungsfachwirt und Betriebswirt
- Integrativer Coach
- Krankenversicherungsspezialist

Finde heraus, wie du für dich das Thema private Krankenversicherung final klären kannst, ohne weiter lange im Internet recherchieren zu müssen und x Beratungsgespräche führen zu müssen.

DIE VORTEILE:

1. BESTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

2. SCHNELLERE ARZT-TERMINE

3. BEVORZUGTE BEHANDLUNG BEIM ARZT

Exzellenter Schutz mit attraktiven Mehrwerten

Mit der privaten Krankenversicherung hast du einen exzellenten Versicherungsschutz mit attraktiven Mehrwerten wie digitale Gesundheitsanwendungen und Leistungen in besonderen Lebenssituationen (z. B. Haushaltshilfe nach einer Operation)

Individuelle Tarifgestaltung

Du kannst je nach Leistungs- und Beitragswunsch zwischen verschiedenen Tarifen wählen und dir dadurch deinen gewünschten Versicherungsschutz zur Absicherung von ambulanten, stationären oder zahnärztlichen Behandlungen zusammenstellen.

Ein Leben lang

Die vereinbarten Leistungen sind ein Leben lang garantiert. Das ist einer der großen Unterschiede zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Weitere Vorteile: Als Privatpatient profitierst du immer vom medizinischen Fortschritt. Deinen Arzt wählst du frei aus.

Preis und Leistungen stimmen

In der GKV hängt der Beitrag vom Einkommen ab. Der Höchstbeitrag beträgt derzeit rund 736 Euro im Monat (Stand: 2020). In der PKV ist das anders: Dein Beitrag hängt von deiner Gesundheit und deinem Alter bei Vertragsabschluss ab. Durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen sind die Beiträge unabhängig von demographischen Entwicklungen und damit verlässlicher.

Dein wirtschaftliches Verhalten wird belohnt

Starke private Krankenversicherungen leisten eine Beitragsrückerstattung von bis zu 6 Monatsbeiträgen, wenn du keine Rechnungen einreichst. Ein cleveres Selbstbeteiligungskonzept ermöglicht dir deine Selbstbeteiligung zu steuern und niedrig zu halten.

Top Zusatzleistungen

Darüber hinaus steht dir ein verlässlicher Service rund um die Uhr zur Verfügung:

Rechnung via Rechnungs-App einreichen

24-Stunden-Gesundheits-Service

Gesundheitsmagazin

Online-Auskünfte

Und vieles mehr.

Bist du bereit, deine ideale private Krankenversicherung für dich oder deine Familie zu finden?

In dem Beratungsgespräch werden wir gemeinsam klären, ob und wie die private Krankenversicherung dir und deiner Familie einen Mehrwert bieten kann. Damit du endlich die Lebensentscheidung Krankenversicherung treffen kannst.

Dein Sascha Übler

Sichere dir jetzt deinen Termin!

Voraussetzungen:

Du bist Selbständig oder Freiberufler

Du bist Angestellte(r), dein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze 64.350 EUR (2021)



Sascha Übler

Mein Name ist Sascha Übler, und ich lebe seit 2019 mit meiner Familie in Obermichelbach.

Nach meinem Abitur startete ich im Herbst 1995 bei der Continentale Krankenversicherung in Nürnberg meine Ausbildung zum Versicherungskaufmann.

Erste medizinische Erfahrungen sammelte ich in meiner aktiven Zeit als Rettungssanitäter. In rund 15 Jahren habe ich dabei kuriose Situationen, Todesfälle, gesundheitlich kritische Situationen und persönliche Schicksalsschläge erlebt. Diese haben vor allem meine Einstellung zum Leben geprägt: nichts ist selbstverständlich – und genieße und nutze jeden Tag, so gut du kannst!

Mein Bestreben war es und ist es, stetig weiter dazuzulernen, um meinen Kunden immer bestmöglich weiterzuhelfen. So absolvierte ich meine Weiterbildungen zum Versicherungsbetriebswirt, Betriebswirt, zur Führungskraft und zum integrativen Coach erfolgreich. Als Spezialist zum Thema Krankenversicherung spreche ich täglich mit Menschen und gebe mein Bestes, damit sie für sich die richtigen Entscheidungen treffen können.

Seit 18 Jahren unterstütze ich meine Kunden erfolgreich zum Thema Krankenversicherung.

Profitiere jetzt auch du!

Das sagen meine Kunden:

FAQs zur privaten Krankenversicherung

Die 3 größten Irrtümer in der privaten Krankenversicherung, die dich bisher davor abgehalten haben, dass du für dich und deine Familie die bestmögliche Entscheidung triffst.

1. Im Alter ist die private Krankenversicherung unbezahlbar.
2. Wenn du älter wirst, steigen laufend die Beiträge.
3. Die private Krankenversicherung kann mich kündigen, wenn ich zu viele Kosten verursache.

Die Antworten:

1. Nein. Im Alter sind die Beiträge in der privaten Krankenversicherung nicht unbezahlbar. Im Folgenden findest du sämtliche Maßnahmen und Möglichkeiten in der PKV, dass die Beiträge für dich auch im Alter bezahlbar sind.
2. Nein. Nach Beginn deiner privaten Krankenversicherung steigt dein Beitrag nicht automatisch, nur weil du älter wirst. Es sind sogar schon etliche Maßnahmen vereinbart, damit der Beitrag im Alter nicht automatisch steigt.
3. Nein. Die guten privaten Krankenversicherungsunternehmen verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht. Das heißt, der Versicherer kann dich nicht

einfach kündigen, nur weil du viele Leistungen in Anspruch nimmst bzw. nehmen musst.

Unterschiede zwischen GKV und PKV

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GRV) ist vereinheitlicht im Sozialgesetzbuch festgelegt.

Dagegen steht die private Krankenversicherung (PKV) für umfangreiche Wahlmöglichkeiten.

Die Beitragssituation

- in der gesetzlichen Krankenversicherung (Grundlage: das Einkommen): Die Beitragshöhe richtet sich nach dem jeweiligen Einkommen der Arbeitnehmer und wird prozentual vom Einkommen berechnet. Bei der umlagefinanzierten GKV werden die Beiträge der jüngeren Versicherten sofort für die höheren Krankheitskosten der Älteren ausgegeben. Diese Umlage funktioniert aber nur, solange sich der Altersaufbau der Bevölkerung relativ ausgewogen entwickelt. Dies ist in Deutschland aber nicht der Fall. Es gibt mehr alte als junge Menschen.

Die animierte Bevölkerungspyramide (Quelle: destatis.de):

<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html>

- in der privaten Krankenversicherung (Generationengerechtigkeit): Jede Generation sorgt selbst für die höheren Kosten im Alter vor, da die Beiträge nach dem Kapitaldeckungsverfahren berechnet werden. Dabei werden die über die gesamte Versicherungsdauer zu erwartenden Kosten im Beitrag bereits berücksichtigt. Die steigenden Gesundheitsausgaben der älteren Generation gehen nicht zu Lasten der jüngeren Generation, denn jede Generation finanziert ihre eigenen Gesundheitsausgaben.

Leistungsunterschiede

In der privaten Krankenversicherung genießt du Wahlfreiheit. Du entscheidest, welcher Versicherungsschutz zu deinem Leben und deinem Wohlbefinden passt. Deine gewählten Leistungen sind lebenslang garantiert. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung können nicht individuell vereinbart werden. Den gesetzlichen Leistungskatalog bestimmt die Politik, die diese in der Vergangenheit immer wieder gekürzt hat.

PKV

- Leistungen: lebenslang vertraglich garantiert
- Versicherungsschutz: nach persönlichem Bedarf
- Erstattung: medizinisch notwendiger Leistungen
- Arztversorgung: Freie Wahl unter allen Kassen- und Privatärzten
- Facharzt: Direktzugang zu Fachärzten ohne Überweisung
- Arztwechsel: jederzeit möglich
- Status: als Privatpatient
- Auslandsschutz: Europaweit und (zeitlich begrenzt) weltweit, Rücktransport
- Arzneimittel: Alle zugelassenen Arzneimittel
- Krankenhauswahl: freie Krankenhauswahl
- Wahlleistungen: privatärztliche Behandlung durch den Arzt deines Vertrauens
Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer

GKV (§ 12 SGB V)

- Leistungen: Änderungen möglich
- Versicherungsschutz: vom Gesetzgeber festgelegt
- Erstattung: ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Leistungen
- Arztversorgung: Versorgung durch Kassenärzte
- Facharzt: Überweisungsvorbehalt bei bestimmten Behandlungsfällen
- Arztwechsel: eingeschränkt möglich
- Status: als Kassenpatient
- Auslandsschutz: nur EU / Europäischer Wirtschaftsraum und Länder mit Sozialabkommen,
Abrechnung auf Inlandniveau, kein Rücktransport
- Arzneimittel: Nicht rezeptpflichtige Arzneimittel nur in Ausnahmefällen
Rabattverträge legen erstattungsfähige Medikamente fest
Erstattung meist durch Festbetrag begrenzt
- Krankenhauswahl: In der Regel ärztlicher Einweisungsvorbehalt
keine freie Krankenhauswahl: Arzt gibt auf der Einweisung die zwei
nächstgelegenen und geeigneten Krankenhäuser an
- Wahlleistungen: Keine freie Arztwahl
Mehr-Bett-Zimmer

Wer kann sich für die private Krankenversicherung entscheiden?

Der Zugang ist grundsätzlich möglich für (§ 6 SGB V):

- Höherverdienende Arbeitnehmer
- Versicherungsfreie Personen (Selbständige und Freiberufler)
- Beamte und Heilfürsorgeempfänger (auch z.B. Beamtenanwärter und Referendare)
- Versicherungsfreie Gesellschafter / Geschäftsführer
- Von der Versicherungspflicht in der GKV befreite Personen (z.B. Studenten)
- Nichtversicherte, die der PKV zuzurechnen sind

Arbeitnehmer können in die PKV wechseln, wenn sie die Jahresarbeitsentgeltgrenze (in 2020: 62.550 Euro) mit ihrem Jahreseinkommen überschreiten. Einmalige Einnahmen, von deren Zahlung z.B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld mit hinreichender Sicherheit einmal jährlich ausgegangen werden kann, sind bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts zu berücksichtigen. Dies gilt nicht für spezielle Familienzuschläge.

Fällt der Arbeitnehmer mit seinem Jahreseinkommen wieder unter die Versicherungspflichtgrenze, gilt wieder die gesetzliche Versicherungspflicht.

Studenten

Krankenversicherung

Studierende sind im Allgemeinen bis zum 25. Lebensjahr beitragsfrei über ihre Eltern versichert, wenn diese gesetzlich krankenversichert sind (§ 10 SGB V). Besteht kein Anspruch auf eine Familienversicherung, sind immatrikulierte Studenten selbst versicherungspflichtig in der GKV.

Maßgebend ist der für diese Studenten festgesetzte Bafög-Bedarfssatz, der bundesweit aktuell 861 Euro monatlich (Wintersemester 2020/2021) beträgt. Veränderungen des Bafög-Bedarfssatzes werden immer vom Beginn des nächsten Semesters an berücksichtigt. Als Beitragssatz für versicherungspflichtige Studenten gelten in der Krankenversicherung 70 % des einheitlichen

allgemeinen Beitragssatzes (2021: $14,6\% \times 7/10 = 10,22\%$). Der kassenindividuelle Beitragssatz wird in voller Höhe (ohne die 7/10 Regelung) hinzugerechnet. Der Beitrag zur studentischen Krankenversicherung beträgt monatlich 76,85 Euro (Wintersemester 2020/2021) **zuzüglich** des kassenindividuellen Zusatzbeitrages.

Ab dem ersten Semester nach der Versicherungspflicht (Vollendung des 30. Lebensjahres oder 14. Fachsemesters) ist der Beitrag für die freiwillige Weiterversicherung vom Studierenden zu zahlen (für 2021: monatlicher KV-Beitragsbemessungswert für freiwillig Krankenversicherte 1.096,67 Euro x ermäßigter Beitragssatz 14,0 % = 153,53 Euro zuzüglich dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag.

Studenten *als von der Versicherungspflicht in der GKV befreite Personen* müssen sich privat krankenversichern, wenn sie innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht einen Antrag auf Befreiung stellen. Diese Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an. Eine Befreiung kann nicht widerrufen werden und erstreckt sich für die Dauer es zugrunde liegenden Tatbestands.

Pflegeversicherung

Folgender monatlicher Pflegeversicherungsbeitrag ist in der GKV zu zahlen:

- bis Vollendung des 23. Lebensjahres 33,45 Euro
- ab Vollendung des 23. Lebensjahres, kinderlos 36,19 Euro

Wie setzt sich der Beitrag zur PKV zusammen?

Der Grundsatz von Beitrag und Leistung ist das Äquivalenzprinzip. Die PKV berechnet einen individuellen Beitrag für jedes Versichertenkollektiv. Anders als in der GKV hängt der Beitrag nicht vom Einkommen ab, sondern vom individuellen Krankheitsrisiko und vom Umfang des Versicherungsschutzes.

Folgende drei Parameter bestimmen die Höhe des Beitrags: Alter, Gesundheitszustand und Tarifleistungen. Nur für Versicherte, deren Vertrag vor dem 21.12.2012 geschlossen wurde, gilt als vierter Parameter das Geschlecht.

Alter

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigt mit dem Lebensalter. Deshalb spielt das Eintrittsalter eine große Rolle bei der Beitragskalkulation. Je früher sich jemand für eine private Krankenversicherung entscheidet, desto niedriger sind die Beiträge. Er hat noch viele Jahre Zeit, Rückstellungen für sein Alter und die dann anfallenden Gesundheitsleistungen anzusparen.

Gesundheitszustand

Die PKV überprüft den aktuellen Gesundheitszustand des Antragstellers. Bereits vorhandene Erkrankungen sind zusätzliche Gesundheitsrisiken, die zu einer höheren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen führen können. Nach dem Äquivalenzprinzip können Vorerkrankungen nur dann mitversichert werden, wenn für das Risiko auch zusätzliche Beiträge (Risikozuschläge) berücksichtigt werden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Abschluss des Vertrages führt nicht zu einer Erhöhung des Tarifbeitrages.

Liegt eine schwerwiegende Erkrankung des Antragstellers vor, kann die PKV entscheiden, den Antrag abzulehnen. Anders sieht es seit dem 01.01.2009 im neu geschaffenen Basistarif aus. Hier besteht

Kontrahierungszwang, und der Versicherer darf auch bei erhöhtem Risiko des Versicherten keinen Risikozuschlag erheben.

In so genannten Öffnungsaktionen, wie z.B. für erstmals Beihilfeberechtigte bei den Beamten, wird der notwendige Risikozuschlag limitiert.

Wenn der Versicherungsschutz im Vertragsverlauf ausgeweitet wird, findet eine erneute Gesundheitsprüfung für den dazukommenden Versicherungsteil statt.

Tarifleistungen

Die Beitragshöhe hängt vom Umfang der versicherten Leistungen ab. So ist z.B. ein Versicherungsschutz mit den Wahlleistungen Ein-Bett-Zimmer mit privatärztlicher Behandlung i.d.R. teurer als ein Versicherungsschutz mit Unterbringung in einem Mehr-Bett-Zimmer ohne Privatarzt.

Übertrittsmöglichkeiten GKV / PKV

Laufendes Jahr	Folgejahr (voraussichtlich)	Übertrittsbedingungen
<ul style="list-style-type: none"> Freiwillig GKV-versichert Kündigungsfristen der GKV 	Einkommen über der JAEG*	Ein Übertritt zur PKV ist jederzeit möglich, beachten.
<ul style="list-style-type: none"> Freiwillig GKV-versichert Folgejahr 	Einkommen unter der JAEG (von JAEG eingeholt) Befreiungsantrag versichert zu bleiben,	Übertritt im laufenden Jahr möglich; Wenn Einkommen im von JAEG eingeholt wird, innerhalb von 3 Monaten bei der zuständigen Krankenkasse stellen um PKV-ansonsten Beginn der GKV-Pflicht.
<ul style="list-style-type: none"> Zunächst GKV-pflicht-Automatische versichert / im Laufe des Mitglied, es sei Jahres wird die JAEG Hinweis der überschritten seinen Austritt. Der Austritt 	Einkommen über JAEG	Versicherungspflicht endet am 31.12. (§ 6 Abs. 4 SGB V); Fortsetzung der Mitgliedschaft in der GKV als freiwilliges denn, das Mitglied erklärt innerhalb von 2 Wochen nach Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird (§ 188 Abs. 4 SGB V). → PKV-Mitgliedschaft möglich.
<ul style="list-style-type: none"> Zunächst GKV-pflicht-selbständigen Tätigkeit; Versichert / im Laufe des freiwilliges Mitglied, Jahres selbständig Hinweis der 	Selbständigkeit	Die Versicherungspflicht endet mit Aufnahme der Automatische Fortsetzung der GKV-Mitgliedschaft als außer das Mitglied erklärt innerhalb von 2 Wochen nach Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines
Austritt. Der Austritt anderweitigen Anspruchs auf		Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird (§ 188 Abs. 4 SGB V). → PKV-Mitgliedschaft möglich.
<ul style="list-style-type: none"> Zunächst freiwillig GKV-beachten; Kann als versichert / im Laufe des Jahres selbständig 	Selbständigkeit	Übertritt zur PKV jederzeit möglich, Kündigungsfristen freiwilliges Mitglied in der GKV bleiben.
<ul style="list-style-type: none"> Selbständigkeit, bis V). 31.07.2007 nicht versichert / ab 01.04.2007 	Selbständigkeit	Übertritt zur PKV jederzeit möglich (§ 190 Abs. 13 SGB

GKV-pflichtversichert,
da früher GKV-Mitglied

JAEG* : Jahresarbeitsentgeltsgrenze

Arbeitnehmer: Wie beteiligt sich der Arbeitgeber am Beitrag?

Beitragszuschuss zur PKV

Beitragszuschuss zur PKV durch den Arbeitgeber

Arbeitnehmer, die privat krankenversichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung. Anspruch besteht nur dann, wenn der privat Krankenversicherte für sich und seine Angehörigen Leistungen aus der PKV beanspruchen kann, die der GKV vergleichbar sind. Die Beitragsentlastungsprogramme der PKV sind als integrierter Bestandteil der Krankenversicherung ebenfalls durch den Arbeitgeber zuschussfähig, somit ergibt sich: Arbeitgeberzuschussfähig sind der Tarifbeitrag (z. B. für die substitutive Krankheitskostenvollversicherung, das Krankentagegeld und die Pflegepflichtversicherung) plus Beitragsentlastungstarif maximal bis zum Höchstbetrag ohne Zusatzbeitragssatz der GKV.

Maximale Arbeitgeberzuschüsse ab 01.01.2021:

- **KV:**
50 % vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung,
max. 50 % vom Höchstbeitrag zur GKV (mit Zusatzbeitragssatz).
Der Zuschuss beträgt max. 384,58 Euro/Monat.

Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung durch den Arbeitgeber

Der Arbeitgeber zahlt den Beschäftigten zur Privaten Pflegepflichtversicherung einen Zuschuss in Höhe des Beitrags, den er bei Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung als Arbeitgeberanteil zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags. Das PKV-Unternehmen bescheinigt dem Versicherten, dass ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, die Pflegeversicherung nach den vom Gesetzgeber bestimmten Voraussetzungen zu betreiben. Diese Bescheinigung muss der Versicherungsnehmer dem Arbeitgeber vorlegen, um den Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung zu erhalten. Bei Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde zum Ausgleich der zusätzlichen Belastungen für die Arbeitgeber ein Feiertag, der Buß- und Betttag, gestrichen. Lediglich in Sachsen blieb dieser Tag als Feiertag bestehen, deshalb ist dort der Anteil der Arbeitnehmer am Beitrag höher. Für Schüler und Studenten, die verpflichtet sind, bei einem privaten Versicherungsunternehmen eine Pflegeversicherung zu unterhalten, und die nicht beitragsfrei bei ihren Eltern oder einem Elternteil mitversichert sind und außerdem BAföG erhalten, gibt es vom Amt für Ausbildungsförderung einen monatlichen Zuschuss zur Pflegepflichtversicherung. Rentner erhalten seit dem 1. April 2004 von der Rentenversicherung keinen Zuschuss mehr zum Beitrag.

Maximaler Arbeitgeberzuschuss ab 2021:

- **PV:**
50 % vom Beitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung,
max. 50 % vom Höchstbeitrag der gesetzlichen PV (ohne Kinderlosenzuschlag)
Der Zuschuss beträgt max. 73,77 Euro/Monat.

Was passiert mit meinen Beiträgen, wenn ich arbeitslos werde?

Beitragszuschuss bei Arbeitslosigkeit zur PKV

Privat Krankenversicherte, die arbeitslos werden, Arbeitslosengeld I beziehen und sich von der Versicherungspflicht in der GKV haben befreien lassen, erhalten von der Agentur für Arbeit einen Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung (§ 174 SGB III). Der Zuschuss wird wie folgt berechnet:

- **KV:**
80 % des Durchschnittseinkommens der letzten 52 Wochen, max. 80 % der BBG, multipliziert mit dem Beitragssatz der KV (14,6 % + durchschnittlicher Zusatzbeitrag von 1,1 %).
Der Zuschuss beträgt ab 2020 max. 588,75 Euro/Monat.
- **PV:**
80 % des Durchschnittseinkommens der letzten 52 Wochen, max. 80 % der BBG, multipliziert mit dem Beitragssatz der PV (3,05 %)
Der Zuschuss beträgt ab 2020 max. 114,38 Euro/Monat.

Bei Bezug von Arbeitslosengeld II wird ebenfalls ein Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gezahlt. Der Zuschuss wird gemäß dem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 18.01.2011 wie folgt berechnet:

- **KV:**
50 % vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung,
max. 50 % vom Beitrag zum Basistarif.
Der Zuschuss beträgt ab 2020 max. 367,97 Euro/Monat.
- **PV:**
50 % vom Beitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung,
max. 50 % vom Höchstbeitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung
Der Zuschuss beträgt ab 2020 max. 71,48 Euro/Monat.

Welche Vorteile bietet die private Krankenvollversicherung?

Unser körperliches und geistiges Wohlbefinden hat den höchsten Stellenwert. Um unsere eigene Gesundheit so lange wie möglich zu erhalten, möchten die wenigsten von uns bei der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung Kompromisse eingehen.

Die PKV bietet umfangreiche Leistungen und Vorteile für eine optimale Versorgung:

- die PKV zahlt für zahlreiche Behandlungsmethoden, bei denen die gesetzlichen Krankenversicherungen keine Kosten übernehmen.
- Status Privatpatient: bei Ärzten oder im Krankenhaus wirst du exklusiv behandelt: du bekommst deutlich schneller einen Termin und hast kürzere Wartezeiten.
- Bei Wahl des entsprechenden Tarifes erfolgt die Behandlung im Krankenhaus im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer und inklusive Chefarzt

- verschiedene Leistungen sind frei wählbar, wie z.B. Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld, Kurtarife, Pflegezusatztarife
- Die Höhe des Einkommens ist für den zu kalkulierenden Beitrag unerheblich.
- Du profitierst von den medizinischen Neuerungen jetzt und in der Zukunft.
- Durch die Vereinbarung einer Selbstbeteiligung kannst du deinen Beitrag reduzieren.
- Altersrückstellungen sorgen dafür, dass die Beiträge zur PKV im Alter niedrig bleiben.
- Wenn du in einem Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen hast, bekommst du im darauf folgenden Kalenderjahr eine Beitragsrückerstattung.

Kann ich meine Familie mitversichern?

Eine Familienversicherung ist in der privaten Krankenvollversicherung nicht kostenlos enthalten. Jeder, der privat versichert ist, zahlt einen eigenen Beitrag. So ist es möglich, dass jedes Familienmitglied einen Versicherungsschutz wählt, der ganz individuell auf die eigenen Bedürfnisse zugeschnitten ist.

Beiträge für Kinder

Kinder werden in der Regel bei dem Elternteil versichert, der das höhere Einkommen erzielt. In der GKV sind Kinder über die beitragsfreie Familienversicherung mitversichert. In der PKV zahlst du einen eigenen Beitrag, der aber deutlich günstiger ist als ein Erwachsenenbeitrag. Für Studenten sind ebenfalls reduzierte Beiträge möglich. Sowohl Kinder- als auch Studentenbeiträge sind arbeitgeberzuschussfähig.

Wie ist das Kind zu versichern – GKV oder PKV?

1. Hat das Kind ein regelmäßiges monatliches Einkommen von mehr als 455 Euro (450 Euro für geringfügig Beschäftigte)? Ja? Dann besteht für das Kind kein Anspruch auf Familienversicherung (GKV) → PKV
2. Wo ist Elternteil 1 krankenversichert? Mitglied in der GKV – familienversichert in der GKV – in der PKV?
3. Wo ist Elternteil 2 krankenversichert? Mitglied in der GKV – familienversichert in der GKV – in der PKV?
4. Sind die Eltern verheiratet?
5. Wessen Einkommen ist höher? Elternteil 1 oder Elternteil 2?
6. Ist ein Elternteil seit dem 31.12.2002 ununterbrochen als Arbeitnehmer PKV-versichert? Welches?
7. Wenn dieses Elternteil seit dem 31.12.2002 ununterbrochen als Arbeitnehmer PKV-versichert ist: Liegt das monatliche Einkommen dieses Elternteils über 4.687,50 Euro?
8. Wenn nein, liegt das monatliche Einkommen dieses Elternteils über 5.212,50 Euro?

Bist du privat krankenversichert, **und** hast das von beiden Elternteilen höhere monatliche Einkommen **und** verdienst über der für dich geltenden Jahresarbeitsentgeltsgrenze (JAEG), dann ist das Kind nicht familienversichert. Ist dein Ehepartner / deine Ehepartnerin gesetzlich krankenversichert, kann das Kind gegen einen eigenen Beitrag entweder freiwillig in der GKV oder in der PKV versichert werden.

Seid ihr beide PKV versichert, kann das Kind entweder bei Elternteil 1 oder bei Elternteil 2 in der PKV gegen einen eigenen Beitrag versichert werden. Die jeweilige Höhe des Einkommens spielt dann keine Rolle.

Wie kannst du die PKV-Beiträge im Alter in den Griff bekommen?

Wegfall des Krankentagegeldes

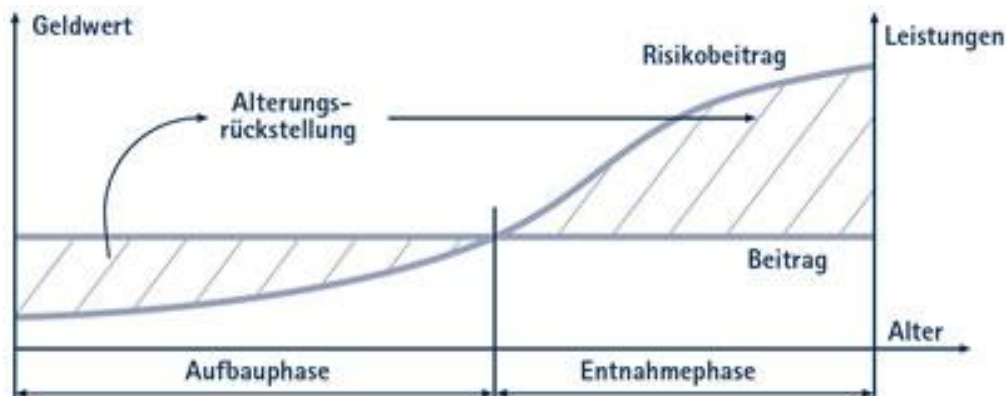
Mit Beendigung der Erwerbstätigkeit und Bezug einer Rente, spätestens mit dem 67. Lebensjahr, fällt das Krankentagegeld, und damit der entsprechende Beitrag dafür weg.

Grundsätzliches

Die privaten Krankenversicherer haben zur Sicherstellung der dauerhaften Finanzierbarkeit der Beiträge und zur Begrenzung von Beitragsanpassungen bereits in der Vergangenheit wirkungsvolle Maßnahmen ergriffen. So wurden branchenweit Alterungsrückstellungen von rund 245 Mrd. Euro (davon für die Krankenversicherung 210,50 Mrd. Euro und für die Pflegeversicherung 34,50 Mrd. Euro, Stand 2017) gebildet. Seit 1995 werden 80 % der über die garantierte Verzinsung hinausgehenden Überschüsse aus den Alterungsrückstellungen zur Beitragsentlastung im Alter eingesetzt (begrenzt auf max. 2,5 % der Alterungsrückstellung). Seit dem 01.01.2000 wurde diese Zuschreibung auf 90 % erhöht, und zwar ohne Begrenzung.

Alterungsrückstellung

Mit dem Alter steigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In der PKV ist das Risiko der mit dem Alter steigenden Leistungen in der Vollversicherung und bei den meisten Zusatzversicherungsprodukten bereits in der Kalkulation enthalten, d.h., das Versichertenkollektiv bildet für die Versicherten eine Alterungsrückstellung, damit die Beiträge trotz der steigenden Leistungen konstant gehalten werden können. Damit hat die PKV eine Vorsorge für den Versichertenbestand geschaffen.



Systematik der Alterungsrückstellung

Gesetzlicher Zuschlag

Seit dem 01.01.2000 müssen Neuversicherte in der PKV einen gesetzlichen Zuschlag (GZ) von 10 % auf ihren Beitrag – ab dem vollendeten 21. Lebensjahr und bis zum vollendeten 60. Lebensjahr zahlen. Die daraus resultierenden Mittel werden verzinslich angelegt und – ohne Abzug etwaiger Kosten – dafür verwendet, Beitragserhöhungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres aufzufangen.

Beitragszuschuss der Rentenversicherung

In der GKV freiwillig versicherte Rentner und in der PKV versicherte Rentner erhalten einen Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der GKV, berechnet aus der Rente. Er beträgt maximal die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen.

Beitragszuschuss für das Jahr 2020:

Rente

1.800 EUR

Allgemeiner Beitragssatz zur GKV	14,60 %
davon Beitragszuschuss 50 %	7,30 %
→ Beitragszuschuss	131,40 EUR

Beitragsentlastungstarif

Um die Beiträge im höheren Alter dauerhaft auf einem niedrigen Niveau halten zu können, empfiehlt es sich daher, ergänzend unbedingt einen Beitragsentlastungstarif abzuschließen. Ein solcher kann, in Abhängigkeit des vereinbarten Umfangs, potentiellen Beitragserhöhungen im Laufe des Versicherungsverhältnisses entgegenwirken oder den zu zahlenden Beitrag zu Alter reduzieren.

Umtarifierungsangebote

Bei jeder Beitragsanpassung werden den älteren Versicherten (ab dem 60. Lebensjahr) Umtarifierungsangebote unterbreitet, die zu einer Beitragsreduzierung führen. Dabei muss der verkaufstärkste Tarif des Unternehmens berücksichtigt werden. Dieser Personenkreis hat außerdem das Recht, sich für den Standardtarif bzw. den Basistarif zu entscheiden.

- Basistarif (für Versicherte, die ihre PKV nach dem 31.12.2008 abgeschlossen haben – neue Welt)
- Standardtarif (für Versicherte, die ihre PKV vor dem 01.01.2009 abgeschlossen haben – alte Welt)
- Notlagentarif (für Versicherte, die nach entsprechendem Mahnbescheid Ihre Beiträge nicht mehr bezahlen können).

In der Vergangenheit wurde der Standardtarif nur selten in Anspruch genommen, da die meisten Versicherten im Alter nur in Ausnahmefällen auf das GKV-Leistungsniveau zurückkehren wollen, und damit auf ihren bisherigen Leistungsstandard verzichten wollen. Im Übrigen gibt es manchmal Tarif-Alternativen, die bessere Leistungen bei gleichzeitig günstigeren Beiträgen als der Standardtarif bzw. der Basistarif vorsehen.

Wenn ich die private Krankenversicherung wechsle, welchen Vorteil kann ich dann mitnehmen?

Mitgabe der Alterungsrückstellungen

Mit dem GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes) gilt seit 01.01.2009, dass bei einem Wechsel innerhalb der PKV Teile der Alterungsrückstellung einer Vollversicherung mitgegeben werden. Dies gilt für Tarife, die seit 2009 abgeschlossen werden (Tarife der neuen Welt). Es werden maximal die Teile der Alterungsrückstellung mitgegeben, die sich bei einer Versicherung im Basistarif ergeben. Diese mitgabefähigen Teile der Alterungsrückstellung werden als Übertragungswerte bezeichnet. Anders wird in der privaten Pflegepflichtversicherung die gesamte Alterungsrückstellung mitgegeben. Dies gilt für alle Verträge, auch für die vor dem 01.01.2009 abgeschlossenen. Ebenfalls wird seit dem 01.01.2009 bei einem Wechsel innerhalb der PKV der gesetzliche Beitragszuschlag mitgegeben. Hier wird nicht limitiert.

Übertragungswert

Grundsätzliche Informationen

Unter dem Übertragungswert oder der Wechselleistung ist der Teil der angesparten Alterungsrückstellung zu verstehen, der bei einem Wechsel des privaten Krankenversicherers mitgenommen werden kann.



Tarifwelten der Krankenvollversicherung

Krankenvollversicherungstarife

Bezüglich der Mitnahmefähigkeit müssen die angesparten Alterungsrückstellungen in der substitutiven Krankenversicherung wie folgt unterschieden werden:

- Alterungsrückstellungen, die **durch den gesetzlichen Zuschlag (GZ) aufgebaut** wurden. Diese Alterungsrückstellungen sind in voller Höhe an den neuen Versicherer des Kunden zu übertragen.
- Alterungsrückstellungen, die **aus dem Tarifbeitrag aufgebaut** wurden. Der Übertragungswert ist in seiner Höhe auf den Wert begrenzt, der sich ergeben hätte, wenn die versicherte Person von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre.

Die Ermittlung des Übertragungswertes und die Mitgabevoraussetzungen sind vom Gesetzgeber für alle Versicherer verbindlich im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) festgelegt.

Bestandskunden erhalten jährlich eine Information über die Höhe des Übertragungswertes ihrer Krankenvollversicherung, soweit diese ab dem 01.01.2009 abgeschlossen wurde. Grundlage dafür ist § 6 der Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV).

Pflegepflichtversicherung

Auch in der Pflegeversicherung wird ein Übertragungswert aufgebaut, der bei einem Wechsel des Versicherers an den neuen Versicherer portabel ist.

Voraussetzung zur Mitgabe

Nur bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen privaten Vertrages (substitutiven Krankenversicherung § 12 VAG) kann die Alterungsrückstellung übertragen werden.

Beitragserhöhungen gibt es doch nur in der PKV?

Nein. Egal, ob du in der PKV oder GKV versichert bist, um Beitragsanpassungen kommt kein Versicherter herum. Kosten durch z.B. den medizinischen Fortschritt und die steigende Lebenserwartung wirken sich in beiden Systemen auf den Beitrag aus. In der PKV muss dann der Beitrag des betroffenen Tarifs angepasst werden. In der GKV gibt es direkte und versteckte Beitragserhöhungen, die alle Versicherten treffen:

GKV: Direkte Beitragserhöhungen:

In der Regel zum 01.01. eines Jahres, Erhöhung des Beitragssatzes, Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, Einführung von Zusatz- und Sonderbeiträgen

GKV: Versteckte Beitragserhöhungen:

Beitragsanstieg durch Gehaltserhöhung, Einführung von Zuzahlungen (z.B. Arzneimittel, Zahnersatz), Reduzierung von Leistungen

Was sind Wartezeiten und was bedeuten sie für mich?

Wartezeiten in der PKV

In der Regel keine (bei Anrechnung der Vorversicherung). Grundsätzlich gilt: Bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages muss der Versicherte Wartezeiten ableisten. Die Wartezeiten sind die leistungsfreien Zeiten des Versicherers. Sie dienen

- zur Einschränkung des subjektiven Risikos, d.h., damit der Versicherer keine Leistungen für Krankheitsfälle erbringen muss, die sich bereits vor Vertragsbeginn abzeichneten,
- zur Deckung eines Teils der Abschlusskosten.

Beginn und Dauer der Wartezeiten (§ 3 MB/KK 2009 bzw. MB/KT 2009)

Die Wartezeiten rechnen vom beantragten Versicherungsbeginn an. Die Musterbedingungen unterscheiden zwischen der allgemeinen Wartezeit (drei Monate) und den besonderen Wartezeiten (acht Monate).

Die **allgemeine Wartezeit** gilt für alle medizinisch notwendigen Heilbehandlungen einer versicherten Person wegen Krankheit

Die **besonderen Wartezeiten** gelten bei der

- Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 3 Abs. 3 MB/KK 2009) für Entbindung, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Psychotherapie.
- Krankentagegeldversicherung (§ 3 Abs. 3 MB/KT 2009) für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Psychotherapie. Für Entbindungen sind keine Leistungen vorgesehen.

Beispiel: Ab dem 01.09. besteht uneingeschränkter Versicherungsschutz!

01.01.	bis 31.03	bis 31.08
Versicherungsbeginn (technischer)	Allgemeine Wartezeit	besondere Wartezeit

Unter welchen Voraussetzungen komme ich zurück in die GKV?

Rückkehr in die GKV

Grundvoraussetzung für die Rückkehr in die GKV ist, dass das Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze der GKV liegt. Die GKV nimmt Versicherte einer PKV nur dann wieder auf, wenn diese versicherungspflichtig werden beispielsweise nach Aufgabe einer selbstständigen Tätigkeit und Aufnahme einer nichtselbstständigen Beschäftigung, unter 55 Jahre alt sind und ihr Einkommen unter die geltende Versicherungspflichtgrenze gesunken ist. Hier greift die Versicherungspflicht gemäß § 5 SGB V in Verbindung mit § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren (vgl. § 6 Abs. 3a SGB V).

Damit können Versicherte, die bereits das 55. Lebensjahr überschritten haben und seit Jahren Mitglied einer privaten Krankenversicherung sind, auch dann nicht mehr in eine GKV zurückkehren, wenn bei Ihnen alle Voraussetzungen zur (neuen) Versicherungspflicht erfüllt sind.

Ich kann nicht in die PKV wechseln, wie kann ich meine Krankenschutz dennoch verbessern?

Wenn du die gesetzliche Versicherung nicht verlassen kannst oder möchtest, hast du dennoch die Möglichkeit, deinen persönlichen Krankenschutz auf das Niveau von Privatpatienten zu heben. Verschiedene private Zusatzversicherungen sorgen dafür, dass du bei einem Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen beanspruchen können, die gesetzlich Versicherte nicht erhalten.

FAQs zur privaten Krankenversicherung

Die 3 größten Irrtümer in der privaten Krankenversicherung, die dich bisher davor abgehalten haben, dass du für dich und deine Familie die bestmögliche Entscheidung triffst.

4. Im Alter ist die private Krankenversicherung unbezahlbar.
5. Wenn du älter wirst, steigen laufend die Beiträge.
6. Die private Krankenversicherung kann mich kündigen, wenn ich zu viele Kosten verursache.

Die Antworten:

4. Nein. Im Alter sind die Beiträge in der privaten Krankenversicherung nicht unbezahlbar. Im Folgenden findest du sämtliche Maßnahmen und Möglichkeiten in der PKV, dass die Beiträge für dich auch im Alter bezahlbar sind.
5. Nein. Nach Beginn deiner privaten Krankenversicherung steigt dein Beitrag nicht automatisch, nur weil du älter wirst. Es sind sogar schon etliche Maßnahmen vereinbart, damit der Beitrag im Alter nicht automatisch steigt.
6. Nein. Die guten privaten Krankenversicherungsunternehmen verzichten auf das ordentliche Kündigungsrecht. Das heißt, der Versicherer kann dich nicht einfach kündigen, nur weil du viele Leistungen in Anspruch nimmst bzw. nehmen musst.

Unterschiede zwischen GKV und PKV

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GRV) ist vereinheitlicht im Sozialgesetzbuch festgelegt.

Dagegen steht die private Krankenversicherung (PKV) für umfangreiche Wahlmöglichkeiten.

Die Beitragssituation

- in der gesetzlichen Krankenversicherung (Grundlage: das Einkommen):
Die Beitragshöhe richtet sich nach dem jeweiligen Einkommen der Arbeitnehmer und wird prozentual vom Einkommen berechnet. Bei der umlagefinanzierten GKV werden die Beiträge der jüngeren Versicherten sofort für die höheren Krankheitskosten der Älteren ausgegeben. Diese Umlage funktioniert aber nur, solange sich der Altersaufbau der Bevölkerung relativ ausgewogen entwickelt. Dies ist in Deutschland aber nicht der Fall. Es gibt mehr alte als junge Menschen.

Die animierte Bevölkerungspyramide (Quelle: destatis.de):

<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html>

- in der privaten Krankenversicherung (Generationengerechtigkeit):

Jede Generation sorgt selbst für die höheren Kosten im Alter vor, da die Beiträge nach dem Kapitaldeckungsverfahren berechnet werden. Dabei werden die über die gesamte Versicherungsdauer zu erwartenden Kosten im Beitrag bereits berücksichtigt. Die steigenden Gesundheitsausgaben der älteren Generation gehen nicht zu Lasten der jüngeren Generation, denn jede Generation finanziert ihre eigenen Gesundheitsausgaben.

Leistungsunterschiede

In der privaten Krankenversicherung genießt du Wahlfreiheit. Du entscheidest, welcher Versicherungsschutz zu deinem Leben und deinem Wohlbefinden passt. Deine gewählten Leistungen sind lebenslang garantiert. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung können nicht individuell vereinbart werden. Den gesetzlichen Leistungskatalog bestimmt die Politik, die diese in der Vergangenheit immer wieder gekürzt hat.

PKV

- Leistungen: lebenslang vertraglich garantiert
- Versicherungsschutz: nach persönlichem Bedarf
- Erstattung: medizinisch notwendiger Leistungen
- Arztversorgung: Freie Wahl unter allen Kassen- und Privatärzten
- Facharzt: Direktzugang zu Fachärzten ohne Überweisung
- Arztwechsel: jederzeit möglich
- Status: als Privatpatient
- Auslandsschutz: Europaweit und (zeitlich begrenzt) weltweit, Rücktransport
- Arzneimittel: Alle zugelassenen Arzneimittel
- Krankenhauswahl: freie Krankenhauswahl
- Wahlleistungen: privatärztliche Behandlung durch den Arzt deines Vertrauens
Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer

GKV (§ 12 SGB V)

- Leistungen: Änderungen möglich
- Versicherungsschutz: vom Gesetzgeber festgelegt
- Erstattung: ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Leistungen
- Arztversorgung: Versorgung durch Kassenärzte
- Facharzt: Überweisungsvorbehalt bei bestimmten Behandlungsfällen
- Arztwechsel: eingeschränkt möglich
- Status: als Kassenpatient
- Auslandsschutz: nur EU / Europäischer Wirtschaftsraum und Länder mit Sozialabkommen,
Abrechnung auf Inlandniveau, kein Rücktransport
- Arzneimittel: Nicht rezeptpflichtige Arzneimittel nur in Ausnahmefällen
Rabattverträge legen erstattungsfähige Medikamente fest
Erstattung meist durch Festbetrag begrenzt
- Krankenhauswahl: In der Regel ärztlicher Einweisungsvorbehalt
keine freie Krankenhauswahl: Arzt gibt auf der Einweisung die zwei
nächstgelegenen und geeigneten Krankenhäuser an
- Wahlleistungen: Keine freie Arztwahl
Mehr-Bett-Zimmer

Wer kann sich für die private Krankenversicherung entscheiden?

Der Zugang ist grundsätzlich möglich für (§ 6 SGB V):

- Höherverdienende Arbeitnehmer
- Versicherungsfreie Personen (Selbständige und Freiberufler)
- Beamte und Heilfürsorgeempfänger (auch z.B. Beamtenanwärter und Referendare)
- Versicherungsfreie Gesellschafter / Geschäftsführer
- Von der Versicherungspflicht in der GKV befreite Personen (z.B. Studenten)
- Nichtversicherte, die der PKV zuzurechnen sind

Arbeitnehmer können in die PKV wechseln, wenn sie die Jahresarbeitsentgeltgrenze (in 2020: 62.550 Euro) mit ihrem Jahreseinkommen überschreiten. Einmalige Einnahmen, von deren Zahlung z.B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld mit hinreichender Sicherheit einmal jährlich ausgegangen werden kann, sind bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts zu berücksichtigen. Dies gilt nicht für spezielle Familienzuschläge.

Fällt der Arbeitnehmer mit seinem Jahreseinkommen wieder unter die Versicherungspflichtgrenze, gilt wieder die gesetzliche Versicherungspflicht.

Studenten

Krankenversicherung

Studierende sind im Allgemeinen bis zum 25. Lebensjahr beitragsfrei über ihre Eltern versichert, wenn diese gesetzlich krankenversichert sind (§ 10 SGB V). Besteht kein Anspruch auf eine Familienversicherung, sind immatrikulierte Studenten selbst versicherungspflichtig in der GKV.

Maßgebend ist der für diese Studenten festgesetzte BaföG-Bedarfssatz, der bundesweit aktuell 861 Euro monatlich (Wintersemester 2020/2021) beträgt. Veränderungen des BaföG-Bedarfssatzes werden immer vom Beginn des nächsten Semesters an berücksichtigt. Als Beitragssatz für versicherungspflichtige Studenten gelten in der Krankenversicherung 70 % des einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes (2021: $14,6\% \times 7/10 = 10,22\%$). Der kassenindividuelle Beitragssatz wird in voller Höhe (ohne die 7/10 Regelung) hinzugerechnet. Der Beitrag zur studentischen Krankenversicherung beträgt monatlich 76,85 Euro (Wintersemester 2020/2021) **zuzüglich** des kassenindividuellen Zusatzbeitrages.

Ab dem ersten Semester nach der Versicherungspflicht (Vollendung des 30. Lebensjahres oder 14. Fachsemesters) ist der Beitrag für die freiwillige Weiterversicherung vom Studierenden zu zahlen (für 2021: monatlicher KV-Beitragsbemessungswert für freiwillig Krankenversicherte 1.096,67 Euro x ermäßigter Beitragssatz 14,0 % = 153,53 Euro zuzüglich dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag).

Studenten *als von der Versicherungspflicht in der GKV befreite Personen* müssen sich privat krankenversichern, wenn sie innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht einen Antrag auf Befreiung stellen. Diese Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an. Eine Befreiung kann nicht widerrufen werden und erstreckt sich für die Dauer es zugrunde liegenden Tatbestands.

Pflegeversicherung

Folgender monatlicher Pflegeversicherungsbeitrag ist in der GKV zu zahlen:

- bis Vollendung des 23. Lebensjahres 33,45 Euro
- ab Vollendung des 23. Lebensjahres, kinderlos 36,19 Euro

Wie setzt sich der Beitrag zur PKV zusammen?

Der Grundsatz von Beitrag und Leistung ist das Äquivalenzprinzip. Die PKV berechnet einen individuellen Beitrag für jedes Versichertenkollektiv. Anders als in der GKV hängt der Beitrag nicht vom Einkommen ab, sondern vom individuellen Krankheitsrisiko und vom Umfang des Versicherungsschutzes.

Folgende drei Parameter bestimmen die Höhe des Beitrags: Alter, Gesundheitszustand und Tarifleistungen. Nur für Versicherte, deren Vertrag vor dem 21.12.2012 geschlossen wurde, gilt als vierter Parameter das Geschlecht.

Alter

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigt mit dem Lebensalter. Deshalb spielt das Eintrittsalter eine große Rolle bei der Beitragskalkulation. Je früher sich jemand für eine private Krankenversicherung entscheidet, desto niedriger sind die Beiträge. Er hat noch viele Jahre Zeit, Rückstellungen für sein Alter und die dann anfallenden Gesundheitsleistungen anzusparen.

Gesundheitszustand

Die PKV überprüft den aktuellen Gesundheitszustand des Antragsstellers. Bereits vorhandene Erkrankungen sind zusätzliche Gesundheitsrisiken, die zu einer höheren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen führen können. Nach dem Äquivalenzprinzip können Vorerkrankungen nur dann mitversichert werden, wenn für das Risiko auch zusätzliche Beiträge (Risikozuschläge) berücksichtigt werden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Abschluss des Vertrages führt nicht zu einer Erhöhung des Tarifbeitrages.

Liegt eine schwerwiegende Erkrankung des Antragstellers vor, kann die PKV entscheiden, den Antrag abzulehnen. Anders sieht es seit dem 01.01.2009 im neu geschaffenen Basistarif aus. Hier besteht Kontrahierungszwang, und der Versicherer darf auch bei erhöhtem Risiko des Versicherten keinen Risikozuschlag erheben.

In so genannten Öffnungsaktionen, wie z.B. für erstmals Beihilfeberechtigte bei den Beamten, wird der notwendige Risikozuschlag limitiert.

Wenn der Versicherungsschutz im Vertragsverlauf ausgeweitet wird, findet eine erneute Gesundheitsprüfung für den dazukommenden Versicherungsteil statt.

Tarifleistungen

Die Beitragshöhe hängt vom Umfang der versicherten Leistungen ab. So ist z.B. ein Versicherungsschutz mit den Wahlleistungen Ein-Bett-Zimmer mit privatärztlicher Behandlung i.d.R. teurer als ein Versicherungsschutz mit Unterbringung in einem Mehr-Bett-Zimmer ohne Privatarzt.

Übertrittsmöglichkeiten GKV / PKV

Laufendes Jahr	Folgejahr (voraussichtlich)	Übertrittsbedingungen
<ul style="list-style-type: none">Freiwillig GKV-versichert Kündigungsfristen der GKV	Einkommen über der JAEG*	Ein Übertritt zur PKV ist jederzeit möglich, beachten.
<ul style="list-style-type: none">Freiwillig GKV-versichert Folgejahr	Einkommen unter der JAEG	Übertritt im laufenden Jahr möglich; Wenn Einkommen im

	(von JAEG eingeholt) Befreiungsantrag	von JAEG eingeholt wird, innerhalb von 3 Monaten bei der zuständigen Krankenkasse stellen um PKV-ansonsten Beginn der GKV-Pflicht.
	versichert zu bleiben,	
• Zunächst GKV-pflicht-Automatische versichert / im Laufe des Mitglied, es sei Jahres wird die JAEG Hinweis der überschritten seinen Austritt. Der Austritt	Einkommen über JAEG	Versicherungspflicht endet am 31.12. (§ 6 Abs. 4 SGB V); Fortsetzung der Mitgliedschaft in der GKV als freiwilliges denn, das Mitglied erklärt innerhalb von 2 Wochen nach Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird (§ 188 Abs. 4 SGB V). → PKV-Mitgliedschaft möglich.
• Zunächst GKV-pflicht-selbständigen Tätigkeit; Versichert / im Laufe des freiwilliges Mitglied, Jahres selbständig Hinweis der	Selbständigkeit	Die Versicherungspflicht endet mit Aufnahme der Automatische Fortsetzung der GKV-Mitgliedschaft als außer das Mitglied erklärt innerhalb von 2 Wochen nach Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird (§ 188 Abs. 4 SGB V). → PKV-Mitgliedschaft möglich.
Austritt. Der Austritt anderweitigen Anspruchs auf		
• Zunächst freiwillig GKV-beachten; Kann als versichert / im Laufe des Jahres selbständig	Selbständigkeit	Übertritt zur PKV jederzeit möglich, Kündigungsfristen freiwilliges Mitglied in der GKV bleiben.
• Selbständigkeit, bis 31.07.2007 nicht versichert / ab 01.04.2007 GKV-pflichtversichert, da früher GKV-Mitglied	Selbständigkeit	Übertritt zur PKV jederzeit möglich (§ 190 Abs. 13 SGB

JAEG* : Jahresarbeitsentgeltsgrenze

Arbeitnehmer: Wie beteiligt sich der Arbeitgeber am Beitrag?

Beitragszuschuss zur PKV

Beitragszuschuss zur PKV durch den Arbeitgeber

Arbeitnehmer, die privat krankenversichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung. Anspruch besteht nur dann, wenn der privat Krankenversicherte für sich und seine Angehörigen Leistungen aus der PKV beanspruchen kann, die der GKV vergleichbar sind. Die Beitragsentlastungsprogramme der PKV sind als integrierter Bestandteil der Krankenversicherung ebenfalls durch den Arbeitgeber zuschussfähig, somit ergibt sich: Arbeitgeberzuschussfähig sind der Tarifbeitrag (z. B. für die substitutive Krankheitskostenvollversicherung, das Krankentagegeld und die Pflegepflichtversicherung) plus Beitragsentlastungstarif maximal bis zum Höchstbetrag ohne Zusatzbeitragssatz der GKV.

Maximale Arbeitgeberzuschüsse ab 01.01.2021:

- **KV:**
50 % vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung,
max. 50 % vom Höchstbeitrag zur GKV (mit Zusatzbeitragssatz).
Der Zuschuss beträgt max. 384,58 Euro/Monat.

Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung durch den Arbeitgeber

Der Arbeitgeber zahlt den Beschäftigten zur Privaten Pflegepflichtversicherung einen Zuschuss in Höhe des Beitrags, den er bei Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung als Arbeitgeberanteil zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags. Das PKV-Unternehmen bescheinigt dem Versicherten, dass ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, die Pflegeversicherung nach den vom Gesetzgeber bestimmten Voraussetzungen zu betreiben. Diese Bescheinigung muss der Versicherungsnehmer dem Arbeitgeber vorlegen, um den Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung zu erhalten. Bei Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde zum Ausgleich der zusätzlichen Belastungen für die Arbeitgeber ein Feiertag, der Buß- und Betttag, gestrichen. Lediglich in Sachsen blieb dieser Tag als Feiertag bestehen, deshalb ist dort der Anteil der Arbeitnehmer am Beitrag höher. Für Schüler und Studenten, die verpflichtet sind, bei einem privaten Versicherungsunternehmen eine Pflegeversicherung zu unterhalten, und die nicht beitragsfrei bei ihren Eltern oder einem Elternteil mitversichert sind und außerdem BAföG erhalten, gibt es vom Amt für Ausbildungsförderung einen monatlichen Zuschuss zur Pflegepflichtversicherung. Rentner erhalten seit dem 1. April 2004 von der Rentenversicherung keinen Zuschuss mehr zum Beitrag.

Maximaler Arbeitgeberzuschuss ab 2021:

- **PV:**
50 % vom Beitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung,
max. 50 % vom Höchstbeitrag der gesetzlichen PV (ohne Kinderlosenzuschlag)
Der Zuschuss beträgt max. 73,77 Euro/Monat.

Was passiert mit meinen Beiträgen, wenn ich arbeitslos werde?

Beitragszuschuss bei Arbeitslosigkeit zur PKV

Privat Krankenversicherte, die arbeitslos werden, Arbeitslosengeld I beziehen und sich von der Versicherungspflicht in der GKV haben befreien lassen, erhalten von der Agentur für Arbeit einen Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung (§ 174 SGB III). Der Zuschuss wird wie folgt berechnet:

- **KV:**
80 % des Durchschnittseinkommens der letzten 52 Wochen, max. 80 % der BBG, multipliziert mit dem Beitragssatz der KV (14,6 % + durchschnittlicher Zusatzbeitrag von 1,1 %).
Der Zuschuss beträgt ab 2020 max. 588,75 Euro/Monat.
- **PV:**
80 % des Durchschnittseinkommens der letzten 52 Wochen, max. 80 % der BBG, multipliziert mit dem Beitragssatz der PV (3,05 %)
Der Zuschuss beträgt ab 2020 max. 114,38 Euro/Monat.

Bei Bezug von Arbeitslosengeld II wird ebenfalls ein Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gezahlt. Der Zuschuss wird gemäß dem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 18.01.2011 wie folgt berechnet:

- **KV:**
50 % vom Beitrag zur privaten Krankenversicherung,
max. 50 % vom Beitrag zum Basistarif.
Der Zuschuss beträgt ab 2020 max. 367,97 Euro/Monat.
- **PV:**
50 % vom Beitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung,
max. 50 % vom Höchstbeitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung
Der Zuschuss beträgt ab 2020 max. 71,48 Euro/Monat.

Welche Vorteile bietet die private Krankenvollversicherung?

Unser körperliches und geistiges Wohlbefinden hat den höchsten Stellenwert. Um unsere eigene Gesundheit so lange wie möglich zu erhalten, möchten die wenigsten von uns bei der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung Kompromisse eingehen.

Die PKV bietet umfangreiche Leistungen und Vorteile für eine optimale Versorgung:

- die PKV zahlt für zahlreiche Behandlungsmethoden, bei denen die gesetzlichen Krankenversicherungen keine Kosten übernehmen.
- Status Privatpatient: bei Ärzten oder im Krankenhaus wirst du exklusiv behandelt: du bekommst deutlich schneller einen Termin und hast kürzere Wartezeiten.
- Bei Wahl des entsprechenden Tarifes erfolgt die Behandlung im Krankenhaus im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer und inklusive Chefarzt
- verschiedene Leistungen sind frei wählbar, wie z.B. Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld, Kurtarife, Pflegezusatztarife
- Die Höhe des Einkommens ist für den zu kalkulierenden Beitrag unerheblich.
- Du profitierst von den medizinischen Neuerungen jetzt und in der Zukunft.
- Durch die Vereinbarung einer Selbstbeteiligung kannst du deinen Beitrag reduzieren.
- Altersrückstellungen sorgen dafür, dass die Beiträge zur PKV im Alter niedrig bleiben.
- Wenn du in einem Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen hast, bekommst du im darauf folgenden Kalenderjahr eine Beitragsrückerstattung.

Kann ich meine Familie mitversichern?

Eine Familienversicherung ist in der privaten Krankenvollversicherung nicht kostenlos enthalten. Jeder, der privat versichert ist, zahlt einen eigenen Beitrag. So ist es möglich, dass jedes Familienmitglied einen Versicherungsschutz wählt, der ganz individuell auf die eigenen Bedürfnisse zugeschnitten ist.

Beiträge für Kinder

Kinder werden in der Regel bei dem Elternteil versichert, der das höhere Einkommen erzielt. In der GKV sind Kinder über die beitragsfreie Familienversicherung mitversichert. In der PKV zahlst du einen eigenen Beitrag, der aber deutlich günstiger ist als ein Erwachsenenbeitrag. Für Studenten sind ebenfalls reduzierte Beiträge möglich. Sowohl Kinder- als auch Studentenbeiträge sind arbeitgeberzuschussfähig.

Wie ist das Kind zu versichern – GKV oder PKV?

9. Hat das Kind ein regelmäßiges monatliches Einkommen von mehr als 455 Euro (450 Euro für geringfügig Beschäftigte)? Ja? Dann besteht für das Kind kein Anspruch auf Familienversicherung (GKV) → PKV
10. Wo ist Elternteil 1 krankenversichert? Mitglied in der GKV – familienversichert in der GKV – in der PKV?
11. Wo ist Elternteil 2 krankenversichert? Mitglied in der GKV – familienversichert in der GKV – in der PKV?
12. Sind die Eltern verheiratet?
13. Wessen Einkommen ist höher? Elternteil 1 oder Elternteil 2?
14. Ist ein Elternteil seit dem 31.12.2002 ununterbrochen als Arbeitnehmer PKV-versichert? Welches?
15. Wenn dieses Elternteil seit dem 31.12.2002 ununterbrochen als Arbeitnehmer PKV-versichert ist: Liegt das monatliche Einkommen dieses Elternteils über 4.687,50 Euro?
16. Wenn nein, liegt das monatliche Einkommen dieses Elternteils über 5.212,50 Euro?

Bist du privat krankenversichert, **und** hast das von beiden Elternteilen höhere monatliche Einkommen **und** verdienst über der für dich geltenden Jahresarbeitsentgeltsgrenze (JAEG), dann ist das Kind nicht familienversichert. Ist dein Ehepartner / deine Ehepartnerin gesetzlich krankenversichert, kann das Kind gegen einen eigenen Beitrag entweder freiwillig in der GKV oder in der PKV versichert werden.

Seid ihr beide PKV versichert, kann das Kind entweder bei Elternteil 1 oder bei Elternteil 2 in der PKV gegen einen eigenen Beitrag versichert werden. Die jeweilige Höhe des Einkommens spielt dann keine Rolle.

Wie kannst du die PKV-Beiträge im Alter in den Griff bekommen?

Wegfall des Krankentagegeldes

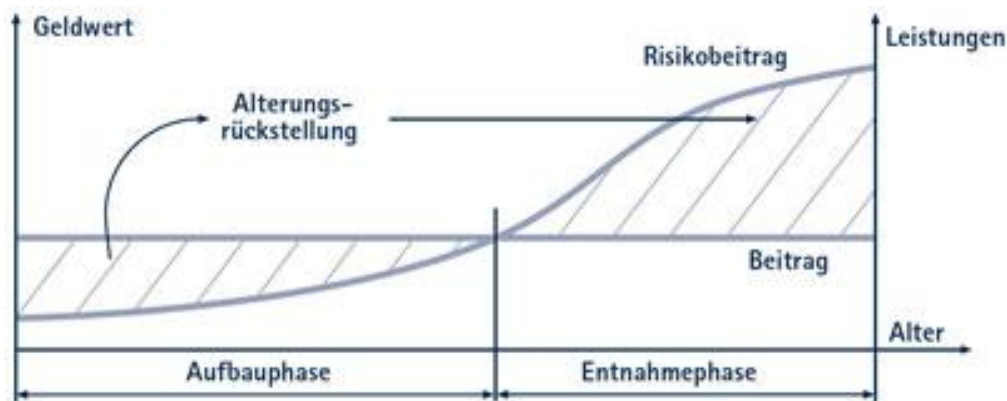
Mit Beendigung der Erwerbstätigkeit und Bezug einer Rente, spätestens mit dem 67. Lebensjahr, fällt das Krankentagegeld, und damit der entsprechende Beitrag dafür weg.

Grundsätzliches

Die privaten Krankenversicherer haben zur Sicherstellung der dauerhaften Finanzierbarkeit der Beiträge und zur Begrenzung von Beitragsanpassungen bereits in der Vergangenheit wirkungsvolle Maßnahmen ergriffen. So wurden branchenweit Alterungsrückstellungen von rund 245 Mrd. Euro (davon für die Krankenversicherung 210,50 Mrd. Euro und für die Pflegeversicherung 34,50 Mrd. Euro, Stand 2017) gebildet. Seit 1995 werden 80 % der über die garantierte Verzinsung hinausgehenden Überschüsse aus den Alterungsrückstellungen zur Beitragsentlastung im Alter eingesetzt (begrenzt auf max. 2,5 % der Alterungsrückstellung). Seit dem 01.01.2000 wurde diese Zuschreibung auf 90 % erhöht, und zwar ohne Begrenzung.

Alterungsrückstellung

Mit dem Alter steigt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In der PKV ist das Risiko der mit dem Alter steigenden Leistungen in der Vollversicherung und bei den meisten Zusatzversicherungsprodukten bereits in der Kalkulation enthalten, d.h., das Versichertenkollektiv bildet für die Versicherten eine Alterungsrückstellung, damit die Beiträge trotz der steigenden Leistungen konstant gehalten werden können. Damit hat die PKV eine Vorsorge für den Versichertenbestand geschaffen.



Systematik der Alterungsrückstellung

Gesetzlicher Zuschlag

Seit dem 01.01.2000 müssen Neuversicherte in der PKV einen gesetzlichen Zuschlag (GZ) von 10 % auf ihren Beitrag – ab dem vollendeten 21. Lebensjahr und bis zum vollendeten 60. Lebensjahr zahlen. Die daraus resultierenden Mittel werden verzinslich angelegt und – ohne Abzug etwaiger Kosten – dafür verwendet, Beitragserhöhungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres aufzufangen.

Beitragszuschuss der Rentenversicherung

In der GKV freiwillig versicherte Rentner und in der PKV versicherte Rentner erhalten einen Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der GKV, berechnet aus der Rente. Er beträgt maximal die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen.

Beitragszuschuss für das Jahr 2020:

Rente	1.800 EUR
Allgemeiner Beitragssatz zur GKV	14,60 %
davon Beitragszuschuss 50 %	7,30 %
→ Beitragszuschuss	131,40 EUR

Beitragsentlastungstarif

Um die Beiträge im höheren Alter dauerhaft auf einem niedrigen Niveau halten zu können, empfiehlt es sich daher, ergänzend unbedingt einen Beitragsentlastungstarif abzuschließen. Ein solcher kann, in Abhängigkeit des vereinbarten Umfangs, potentiellen Beitragserhöhungen im Laufe des Versicherungsverhältnisses entgegenwirken oder den zu zahlenden Beitrag zu Alter reduzieren.

Umtarifierungsangebote

Bei jeder Beitragsanpassung werden den älteren Versicherten (ab dem 60. Lebensjahr) Umtarifierungsangebote unterbreitet, die zu einer Beitragsreduzierung führen. Dabei muss der verkaufstärkste Tarif des Unternehmens berücksichtigt werden. Dieser Personenkreis hat außerdem das Recht, sich für den Standardtarif bzw. den Basistarif zu entscheiden.

- Basistarif (für Versicherte, die ihre PKV nach dem 31.12.2008 abgeschlossen haben – neue Welt)
- Standardtarif (für Versicherte, die ihre PKV vor dem 01.01.2009 abgeschlossen haben – alte Welt)
- Notlagentarif (für Versicherte, die nach entsprechendem Mahnbescheid Ihre Beiträge nicht mehr bezahlen können).

In der Vergangenheit wurde der Standardtarif nur selten in Anspruch genommen, da die meisten Versicherten im Alter nur in Ausnahmefällen auf das GKV-Leistungsniveau zurückkehren wollen, und damit auf ihren bisherigen Leistungsstandard verzichten wollen. Im Übrigen gibt es manchmal Tarif-Alternativen, die bessere Leistungen bei gleichzeitig günstigeren Beiträgen als der Standardtarif bzw. der Basistarif vorsehen.

Wenn ich die private Krankenversicherung wechsele, welchen Vorteil kann ich dann mitnehmen?

Mitgabe der Alterungsrückstellungen

Mit dem GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes) gilt seit 01.01.2009, dass bei einem Wechsel innerhalb der PKV Teile der Alterungsrückstellung einer Vollversicherung mitgegeben werden. Dies gilt für Tarife, die seit 2009 abgeschlossen werden (Tarife der neuen Welt). Es werden maximal die Teile der Alterungsrückstellung mitgegeben, die sich bei einer Versicherung im Basistarif ergeben. Diese mitgabefähigen Teile der Alterungsrückstellung werden als Übertragungswerte bezeichnet. Anders wird in der privaten Pflegepflichtversicherung die gesamte Alterungsrückstellung mitgegeben. Dies gilt für alle Verträge, auch für die vor dem 01.01.2009 abgeschlossenen. Ebenfalls wird seit dem 01.01.2009 bei einem Wechsel innerhalb der PKV der gesetzliche Beitragszuschlag mitgegeben. Hier wird nicht limitiert.

Übertragungswert

Grundsätzliche Informationen

Unter dem Übertragungswert oder der Wechselleistung ist der Teil der angesparten Alterungsrückstellung zu verstehen, der bei einem Wechsel des privaten Krankenversicherers mitgenommen werden kann.



Krankenvollversicherungstarife

Bezüglich der Mitnahmefähigkeit müssen die angesparten Alterungsrückstellungen in der substitutiven Krankenversicherung wie folgt unterschieden werden:

- Alterungsrückstellungen, die **durch den gesetzlichen Zuschlag (GZ) aufgebaut** wurden. Diese Alterungsrückstellungen sind in voller Höhe an den neuen Versicherer des Kunden zu übertragen.
- Alterungsrückstellungen, die **aus dem Tarifbeitrag aufgebaut** wurden. Der Übertragungswert ist in seiner Höhe auf den Wert begrenzt, der sich ergeben hätte, wenn die versicherte Person von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre.

Die Ermittlung des Übertragungswertes und die Mitgabevoraussetzungen sind vom Gesetzgeber für alle Versicherer verbindlich im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) festgelegt.

Bestandskunden erhalten jährlich eine Information über die Höhe des Übertragungswertes ihrer Krankenvollversicherung, soweit diese ab dem 01.01.2009 abgeschlossen wurde. Grundlage dafür ist § 6 der Versicherungsvertragsgesetz-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV).

Pflegepflichtversicherung

Auch in der Pflegeversicherung wird ein Übertragungswert aufgebaut, der bei einem Wechsel des Versicherers an den neuen Versicherer portabel ist.

Voraussetzung zur Mitgabe

Nur bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen privaten Vertrages (substitutiven Krankenversicherung § 12 VAG) kann die Alterungsrückstellung übertragen werden.

Beitragserhöhungen gibt es doch nur in der PKV?

Nein. Egal, ob du in der PKV oder GKV versichert bist, um Beitragsanpassungen kommt kein Versicherter herum. Kosten durch z.B. den medizinischen Fortschritt und die steigende Lebenserwartung wirken sich in beiden Systemen auf den Beitrag aus. In der PKV muss dann der Beitrag des betroffenen Tarifs angepasst werden. In der GKV gibt es direkte und versteckte Beitragserhöhungen, die alle Versicherten treffen:

GKV: Direkte Beitragserhöhungen:

In der Regel zum 01.01. eines Jahres, Erhöhung des Beitragssatzes, Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, Einführung von Zusatz- und Sonderbeiträgen

GKV: Versteckte Beitragserhöhungen:

Beitragsanstieg durch Gehaltserhöhung, Einführung von Zuzahlungen (z.B. Arzneimittel, Zahnersatz), Reduzierung von Leistungen

Was sind Wartezeiten und was bedeuten sie für mich?

Wartezeiten in der PKV

In der Regel keine (bei Anrechnung der Vorversicherung). Grundsätzlich gilt: Bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages muss der Versicherte Wartezeiten ableisten. Die Wartezeiten sind die leistungsfreien Zeiten des Versicherers. Sie dienen

- zur Einschränkung des subjektiven Risikos, d.h., damit der Versicherer keine Leistungen für Krankheitsfälle erbringen muss, die sich bereits vor Vertragsbeginn abzeichneten,
- zur Deckung eines Teils der Abschlusskosten.

Beginn und Dauer der Wartezeiten (§ 3 MB/KK 2009 bzw. MB/KT 2009)

Die Wartezeiten rechnen vom beantragten Versicherungsbeginn an. Die Musterbedingungen unterscheiden zwischen der allgemeinen Wartezeit (drei Monate) und den besonderen Wartezeiten (acht Monate).

Die **allgemeine Wartezeit** gilt für alle medizinisch notwendigen Heilbehandlungen einer versicherten Person wegen Krankheit

Die **besonderen Wartezeiten** gelten bei der

- Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 3 Abs. 3 MB/KK 2009) für Entbindung, Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Psychotherapie.
- Krankentagegeldversicherung (§ 3 Abs. 3 MB/KT 2009) für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Psychotherapie. Für Entbindungen sind keine Leistungen vorgesehen.

Beispiel: Ab dem 01.09. besteht uneingeschränkter Versicherungsschutz!

01.01.	bis 31.03	bis 31.08
Versicherungsbeginn (technischer)	Allgemeine Wartezeit	besondere Wartezeit

Unter welchen Voraussetzungen komme ich zurück in die GKV?

Rückkehr in die GKV

Grundvoraussetzung für die Rückkehr in die GKV ist, dass das Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze der GKV liegt. Die GKV nimmt Versicherte einer PKV nur dann wieder auf, wenn diese versicherungspflichtig werden beispielsweise nach Aufgabe einer selbstständigen Tätigkeit und Aufnahme einer nichtselbstständigen Beschäftigung, unter 55 Jahre alt sind und ihr Einkommen unter die geltende Versicherungspflichtgrenze gesunken ist. Hier greift die Versicherungspflicht gemäß § 5 SGB V in Verbindung mit § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren (vgl. § 6 Abs. 3a SGB V).

Damit können Versicherte, die bereits das 55. Lebensjahr überschritten haben und seit Jahren Mitglied einer privaten Krankenversicherung sind, auch dann nicht mehr in eine GKV zurückkehren, wenn bei Ihnen alle Voraussetzungen zur (neuen) Versicherungspflicht erfüllt sind.

Ich kann nicht in die PKV wechseln, wie kann ich meine Krankenschutz dennoch verbessern?

Wenn du die gesetzliche Versicherung nicht verlassen kannst oder möchtest, hast du dennoch die Möglichkeit, deinen persönlichen Krankenschutz auf das Niveau von Privatpatienten zu heben. Verschiedene private Zusatzversicherungen sorgen dafür, dass du bei einem Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen beanspruchen können, die gesetzlich Versicherte nicht erhalten.