

Merkblatt zur privaten Krankenversicherung (Stand 01.2025)

Systematik und Familienversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht vom festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Als Begrenzung für die Beitragserhebung gilt die Beitragsbemessungsgrenze. Unter bestimmten Voraussetzungen können Familienmitglieder beitragsfrei mitversichert werden.

In der privaten Krankenversicherung (PKV) ist für jede versicherte Person ein **eigener Beitrag** zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, dem Geschlecht und dem individuellen Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben. **Eine beitragsfreie Familienversicherung gibt es in der PKV nicht.**

Gesundheitsprüfung

In der PKV gilt die sogenannte risikogerechte Kalkulation. Das bedeutet, dass der individuelle monatliche Beitrag nach Alter und der persönlichen gesundheitlichen Situation berechnet wird. Um diese gesundheitliche Situation möglichst fair einschätzen zu können, werden im Versicherungsantrag Gesundheitsfragen gestellt. Die Fragestellungen sind offen formuliert und beziehen sich auf ärztliche Untersuchungen und Behandlungen der letzten Jahre. Da hier keine Differenzierung nach ernsthaften oder chronischen Erkrankungen vorgenommen wird, müssen unbedingt alle Arztkontakte bzw. Kontakte mit anderen Therapeuten aufgeführt werden – auch, wenn es sich um Bagatellerkrankungen handelt. Für einen reibungslosen Vertragsablauf ist die ausführliche und vollständige Beantwortung existenziell. Eine gute Gedankenstütze kann der Auszug aus der Patientenakte bei der Vorversicherung sein.

Alterungsrückstellung

Krankenversicherungsverträge sind auf Lebenszeit angelegt. Daher enthält bereits die Beitragskalkulation der privaten Krankenversicherung Rückstellungen für das mit dem Alter steigende Krankheitsrisiko. Dies sind die sogenannten Alterungsrückstellungen. Die Alterungsrückstellung dient dazu, die Aufwendungen für das Kollektiv der in einem Tarif versicherten Personen auf Dauer aufbringen zu können. Dazu wird – dem Versicherungsgedanken entsprechend – während der Versicherungszeit die Alterungsrückstellung zunächst kollektiv auf- und dann abgebaut. Nun ist es z.B. bei Beitragsanpassungen bzw. Tarifwechseln notwendig, dem Einzelnen rechnerisch eine Alterungsrückstellung zuzuordnen zu können. Die Höhe der rechnerischen Alterungsrückstellung spiegelt die über die zurückgelegte Versicherungsdauer erworbenen Rechte wieder. Diese erworbenen Rechte bestehen darin, im Kollektiv einen günstigeren Beitrag zu entrichten als Neukunde. Dies wird durch die Alterungsrückstellung ermöglicht. Fazit ist, dass die Alterungsrückstellung vom Kollektiv gebildet wird und einer ständigen Änderung unterliegt. Unabhängig davon, wie sich die Alterungsrückstellung ändert, ist sie immer die für die Versichertengemeinschaft berechnete Rückstellung und nicht die des einzelnen Versicherten. Sie stellt also kein persönliches Guthaben dar. Die Nennung eines Wertes wäre daher ohne Aussagekraft. Im Übrigen hat der Eintritt einzelner Leistungsfälle keine negativen Auswirkungen auf die Höhe der Alterungsrückstellung. Die Differenz zwischen dem aktuell zu zahlenden Beitrag ohne Risikozuschläge und dem Tarifbeitrag zum erreichten Alter ist ganz konkret der Vorteil der bereits zurückgelegten Versicherungszeit und der in dieser Zeit aufgebauten Alterungsrückstellung.

Die Übertragung eines Teils der Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherers ist für Verträge möglich, die nach dem 01.01.2009 geschlossen wurden. Die Übertragung findet in Form eines monatlichen Abschlags auf den neu gewählten Tarif beim nächsten Krankenversicherer statt. Bei einem Wechsel des Tarifs innerhalb eines Krankenversicherers findet immer eine komplette Anrechnung der bereits erworbenen Rückstellungen statt.

PKV und Elternzeit

In der Elternzeit besteht der private Krankenversicherungsschutz unter laufender Beitragszahlung weiter. In der Regel haben PKV-Versicherte Angestellte und Selbständige keinen Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung bei Ihren Ehepartnern. Für Beamte, deren Beihilfeanspruch während der Elternzeit ruht, besteht wiederum ein Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung.

Arbeitslosigkeit

Für den Zeitraum des Bezuges von Arbeitslosengeld I tritt die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Während dieser Zeit kann der private Krankenversicherungsvertrag beitragsfrei ruhen. Sofern vor Eintritt der Arbeitslosigkeit der private Krankenversicherungsvertrag mindestens fünf Jahre bestanden hat, ist eine Befreiung von der Versicherungspflicht und die Übernahme der Beiträge durch die Bundesagentur für Arbeit möglich.

Kinder von PKV-Versicherten

Bei Verheirateten entfällt der Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung in der GKV für die gemeinsamen Kinder, wenn der Elternteil, dessen Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze und dessen Einkommen das regelmäßig Höhere ist, in der privaten Krankenversicherung versichert ist. Dieses gilt auch für Selbstständige. Der Versicherungsschutz kann in der PKV oder in der GKV zu einem eigenen Beitrag vereinbart werden.

Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung

Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist nur im Rahmen der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung möglich sowie bei Bezug von Arbeitslosengeld I – beides nur bis zum Alter 55. In einigen wenigen Fällen kann auch die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit mit gleichzeitiger Familienversicherung beim Ehegatten zu einer Rückkehr das System der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Eine Rückkehr in die freiwillige Mitgliedschaft ist ausgeschlossen.

Abrechnungsprozess

In der privaten Krankenversicherung erfolgt die Leistungsabrechnung nach dem sog. Kostenerstattungsprinzip. Dabei stellt der Arzt dem Patienten die erbrachten Leistungen in Rechnung. Der Patient reicht diese dann bei seiner privaten Krankenversicherung ein, welcher die Rechnung dann im tariflichen Umfang erstattet. Aufgrund der Freiheit der Vertragsgestaltung erfolgt beim Arzt bzw. Behandler keine Beurteilung, inwiefern der individuelle Versicherungsschutz die Kosten für die Behandlung beinhaltet.

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, auch unbezahlte Rechnungen zur Erstattung einzureichen. Bei einem Krankenhausaufenthalt kann die Abrechnung auch direkt zwischen Krankenhaus und Versicherungsunternehmen erfolgen.

Beitragsanpassungen

In der PKV werden risikogerechte Beiträge erhoben. Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch die Alterungsrückstellung berücksichtigt. Was zu Beginn einer Kalkulation nicht feststeht, die zukünftigen Kosten im Gesundheitswesen. Hierbei spielt der medizinische Fortschritt und die damit einhergehenden neuen Therapie- und Behandlungsverfahren eine Rolle. Aber auch Sondereffekte wie z.B. Epidemien verursachen außerplanmäßig steigende Kosten. Damit das Gleichgewicht zwischen Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen wieder hergestellt wird, müssen die Beiträge bei Bedarf nachkalkuliert werden. Im Durchschnitt steigen die Beiträge in der PKV jährlich um 3,1% (von 2005 - 2025).

Krankenversicherung im Alter

In der GKV versicherte Rentner

Pflichtversicherte Rentner

Rentner, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und die so genannte Vorversicherungszeit erfüllen (das heißt mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens in der GKV versichert waren), sind in der „Krankenversicherung der Rentner (KVdR)“ **p f l i c h t** versicherte Rentner. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem allgemeinen Beitragssatz.

Beitragspflichtig sind die gesetzliche Rente sowie Versorgungsbezüge (= der Rente vergleichbare Bezüge; dazu zählen z. B. Betriebsrenten sowie Direktversicherungen), und zwar bis zur jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze. Liegen die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung in der KVdR nicht vor, wird das Mitglied freiwillig in der KVdR versichert.

Freiwillig in der KVdR versicherte Rentner

Bei freiwillig in der KVdR versicherten Rentnern werden zur Beitragsberechnung dagegen alle Einkünfte herangezogen. Dazu zählen neben Renten und Versorgungsbezügen auch andere Einkünfte, z. B. aus Miete, Pacht und Kapitalerträgen.

Beitragszuschuss

Bei in der KVdR **pflicht**versicherten Rentnern wird der sich aus der Rente ergebende Krankenversicherungsbeitragsteil von beiden – Rentner und Rentenversicherungsträger – je zur Hälfte getragen. Allerdings muss der Versicherte den Beitragsteil, der sich aus den Versorgungsbezügen ergibt, in voller Höhe alleine zahlen.

Auf Antrag zahlt der Rentenversicherungsträger für freiwillig in der GKV versicherte Rentner einen Beitragszuschuss in Höhe der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der jeweiligen Krankenkasse. Bemessungsgrundlage für den Zuschuss ist ausschließlich die Rente des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers (= Rentenzahlbetrag). Alle anderen Einkunftsarten bleiben für den Zuschuss unberücksichtigt; Beiträge hieraus sind also vom Versicherten in voller Höhe selbst zu zahlen.

Pflegepflichtversicherung

Für die Pflegepflichtversicherung gilt: Der Beitrag wird weder für pflichtversicherte noch für freiwillig versicherte Rentner bezuschusst und ist daher in voller Höhe alleine zu tragen.

In der PKV versicherte Rentner

Wegfall der Krankentagegeldabsicherung und des gesetzlichen Zuschlags

Mit dem Eintritt in den Ruhestand endet die bisher benötigte Krankentagegeldversicherung (Absicherung gegen Verdienstausschlag bei Krankheit oder Unfall). Um diesen Anteil reduziert sich der Krankenversicherungsbeitrag automatisch. Weiterhin entfällt ab dem Alter 60 auch der Anteil für den sog. Gesetzlichen Zuschlag.

Ältere Versicherte, deren Renteneinkünfte nicht ausreichen, um den PKV-Beitrag im Alter zu zahlen, haben die Möglichkeit in einen Standard- bzw. Basistarif zu wechseln. Dieser bildet das Leistungsniveau der GKV ab. Beide Tarife garantieren, dass der Beitrag nicht höher ist als der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es findet die volle Anrechnung der gebildeten Alterungsrückstellung statt, so dass bei einer entsprechend langen Vertragsdauer eine deutliche Reduzierung erreicht werden kann.

Beitragszuschuss

Auf Antrag zahlt der Rentenversicherungsträger auch für privat versicherte Rentner einen Beitragszuschuss zur Krankenversicherung (2025: 8,55%). Voraussetzung ist, dass eine gesetzliche Rente bezogen wird. Ist das der Fall, können Rentner, ggf. auch ehemalige Freiberufler und Selbstständige, einen Beitragszuschuss erhalten. Bemessungsgrundlage für den Zuschuss ist ausschließlich die Rente des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers (= Rentenzahlbetrag).

Pflegepflichtversicherung

Der Beitrag zur privaten Pflegepflichtversicherung ändert sich durch den Eintritt in den Ruhestand nicht. Wie bei in der GKV versicherten Rentnern auch, zahlen die Rentenversicherungsträger hierfür keinen Beitragszuschuss. Der Gesetzgeber hat durch die verpflichtende Einführung des Basistarifs zum 01.01.2009 – wie auch bereits zuvor durch die Einführung des Standardtarifs zum 01.07.1994 – eine weitere Möglichkeit für ältere Versicherte geschaffen. Beide Tarife garantieren, dass der Beitrag nicht höher ist als der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung.

.....
 Datum

.....
 Unterschrift