

Wissenswertes zur Privaten Krankenversicherung

Private Krankenversicherung: Arbeitgeberzuschuss erhalten

Die Teilung des Beitrags zur Krankenversicherung (und auch zur Pflegeversicherung) ist eines der Grundprinzipien der deutschen Sozialversicherung. Der Grundgedanke ist, dass alle Beteiligten, also Arbeitnehmer und Arbeitgeber, von einer adäquaten Krankenversicherung und damit von einem guten Gesundheitszustand des Arbeitnehmers profitieren.

Arbeitgeber investieren mit ihrem Anteil gewissermaßen in die Gesundheit und damit in die Arbeitskraft der Angestellten. Heutzutage wird der prozentuale Krankenversicherungsbeitrag weitgehend paritätisch, d.h. zu gleichen Teilen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgeteilt.

Auch privat versicherte Angestellte erhalten einen Arbeitgeberzuschuss bis zur Hälfte der monatlichen Beiträge. Voraussetzung ist, dass die private Krankenkasse Leistungen anbietet,

Aktuelle Arbeitgeberanteile für die private Krankenversicherung

Beitragsbemessungsgrenze: 4.687 Euro monatlich (2016)

Arbeitgeberzuschuss 2016: 7,3 Prozent von 4.125 Euro = 301,13 Euro

Zuschuss für Familienangehörige: Wird der maximale Zuschuss nicht ausgereizt, kann die Differenz für Ehepartner oder Kinder genutzt werden.

Was zahlt der Arbeitgeber maximal für die private Krankenversicherung?

Der Arbeitgeberzuschuss ist nach oben hin gedeckelt, einerseits durch den maximalen Zuschuss von 301,13 Euro (siehe oben). Außerdem gilt die Deckelung von 50 Prozent des tatsächlichen PKV-Monatsbeitrags. Sollten 50 Prozent des Beitrags den Betrag von 301,13 überschreiten, empfiehlt es sich, durch eine Tarifoptimierung den Gesamtbeitrag zu reduzieren. Folgende weitere Regelungen gelten in Bezug auf den Arbeitgeberbeitrag:

- der Arbeitgeberzuschuss wird auch gezahlt, sofern der Versicherte nur über ein geringes Einkommen von bis zu 450,01 bis 850,00 € pro Monat verfügt
- die Kostenbeteiligung des Arbeitgebers geht nicht direkt an das private Versicherungsunternehmen, sondern wird dem Versicherungsnehmer mit seinem Gehalt ausgezahlt
- wird der Arbeitgeberzuschuss nicht in voller Höhe ausgeschöpft, kann es auch einen weiteren Zuschuss, bis zur Erreichung des Maximums, für Familienangehörige geben (dies gilt für privat Versicherte, nicht berufstätige Familienangehörige)

Vorteile einer Anwartschaft in der privaten Krankenversicherung

Mit einer Anwartschaft bleiben auch nach einer Unterbrechung der PKV die Beiträge konstant

In bestimmten Fällen kann es vorkommen, dass eine private Krankenversicherung (PKV) in einem gewissen Zeitraum nicht gebraucht wird. Würde man für diese Zeitspanne die private Krankenversicherung kündigen, hätte dies jedoch negative Folgen: Die Altersrückstellung würde entfallen und der Betroffene hätte bei Wiedereintritt in die Krankenversicherung erheblich höhere Beiträge zu zahlen.

Eine Anwartschaft ist insbesondere für Personen empfehlenswert, die in absehbarer Zeit planen in die PKV einzutreten, momentan aber noch daran gehindert sind. Hier besteht die Möglichkeit vorab eine Anwartschaftsversicherung abzuschließen. Darüber hinaus kann die Anwartschaft auch mögliche Nachteile (z.B. Gesundheitsprüfung oder höheres Eintrittsalter) für Versicherte bei der Rückkehr oder dem tatsächlichen Eintritt in die PKV vermeiden. Die Anwartschaftsversicherung bezieht sich auf folgende Zeiträume:

- Dauer einer Krankenversicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit
- Dauer eines Anspruchs auf Familienhilfe oder freie Heilfürsorge
- Wirtschaftliche Notlage oder Arbeitslosigkeit
- Ein längerer Auslandsaufenthalt

Die Anwartschaftsversicherung ist eine spezielle Tarifform, bei der dem Anwärter ein Versicherungsschutz im Voraus zugesichert wird, selbst wenn sich sein Gesundheitszustand verschlechtern sollte.

Definition der Anwartschaft

In der Zeit der Anwartschaft zahlt der Versicherte einen geringen Beitrag mit dem weiterhin die Altersrückstellung aufgebaut werden kann und alle Verwaltungskosten gedeckt sind. Zusätzlich verpflichten sich die Vertragspartner (Versicherung und Versicherter), dass alle ursprünglichen Rechte und Pflichten ruhen. Daher wird die Anwartschaftsversicherung auch Ruheversicherung genannt. Man unterscheidet die kleine Anwartschaft und die große Anwartschaft.

<u>Anwartschaftsversicherung</u>	<u>Kleine</u>	<u>Große</u>
Zeitraum	bei kurzer Dauer der Anwartschaft bzw. wenn bereits Beitragsvorteile durch die Altersrückstellung bestehen	erstreckt sich meist über mehrere Jahre
Beiträge bei Umstellung in den privaten Volltarif	Versicherter zahlt wieder den günstigeren Beitrag	Entrichtung des altersgerechten Beitrags
erneute Gesundheitsprüfung	keine	keine
Beitragskalkulation	mit neuem Eintrittsalter	mit ursprünglichem Eintrittsalter

Das Anwartschaftsdeckungsverfahren

Grundlage für die Altersrückstellung bildet das sogenannte Anwartschaftsdeckungsverfahren. Der Versicherungsbeitrag bleibt durch dieses Kalkulationsverfahren in der Regel über die Versicherungsdauer konstant. Ausschließlich unerwartete Entwicklungen bei Änderungen im Gesundheitsbereich können eine Beitragsanpassung notwendig machen. Dazu zählen:

- die Kosteninflation im Gesundheitswesen
- oder Kostensteigerungen durch eine allgemein gestiegene Lebenserwartung

Durch das Anwartschaftsdeckungsverfahren sorgt jeder Versicherte für sich selbst vor. Die später benötigten Leistungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit spart er sich selbst. Der Versicherungsnehmer erhält dadurch eine Absicherung im Krankheitsfall im hohen Alter. Dies macht den Unterschied zum Umlageverfahren bei der Sozialversicherung aus.

Was ist die Anwartschaft in der privaten Krankenversicherung?

Der Zugang in die private Krankenversicherung ist im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung nur über eine Prüfung des Gesundheitszustandes möglich. In der privaten Krankenversicherung besteht auch kein Annahmewang, sodass es für ältere Personen mit entsprechenden Vorerkrankungen ein Problem darstellt, in die PKV überhaupt wechseln zu können. Schon geringe Vorerkrankungen in den letzten 10 Jahren können zur Ablehnung oder Risikozuschlägen führen. Daher ist es umso besser, wenn möglichst in jungen Jahren in die private Krankenversicherung gewechselt wird, oder keine gravierenden Vorerkrankungen eingetreten sind.

Mit einer Anwartschaft können Sie sich schon vor Beitritt in die private Krankenversicherung ein "verbindliches Versprechen zur Aufnahme" erkaufen. Man sichert sich bereits heute den später erforderlichen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung. Grundlegend ist hier der Gesundheitszustand zu Beginn der Anwartschaft. Die Anwartschaftsversicherung kann für alle Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankentagegeldtarife beantragt werden. Sie empfiehlt sich unter anderem für folgende Zielgruppen:

- Angestellte, die mit dem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen, und sich erst in absehbarer Zeit privat versichern können
- Personen, die eine selbstständige oder Freiberufliche Tätigkeit in Aussicht gestellt haben
- Studenten mit Ausbildung zu einer Tätigkeit als Beamter
- Personen mit einem längeren Auslandsaufenthalt
- bei kurzzeitiger Arbeitslosigkeit
- Berufssoldaten

Man unterscheidet zwischen der kleinen und großen Anwartschaft. In der kleinen Anwartschaftsversicherung wird lediglich auf eine spätere Gesundheitsprüfung verzichtet, wohingegen in der großen Anwartschaftsversicherung sich auch der spätere Beitrag nach dem Datum der Anwartschaftsversicherung bemisst.

Der Beitrag ist hier auch entsprechend höher. Besonders für Berufssoldaten und Polizisten ist die große Anwartschaft besonders sinnvoll, weil hier erst 20-30 Jahre vergehen, ehe von der freien Heilfürsorge in die private Krankenversicherung gewechselt werden kann. Bei Zeitsoldaten empfiehlt sich eher eine kleine Anwartschaft.

Tipp: Achten Sie auf den Folgebeitrag!

Die Beiträge für eine Anwartschaftsversicherung sind günstig, vorausgesetzt Sie sind beim richtigen Anbieter. Hier gilt: Vergleichen Sie nicht nur den Beitrag für die Anwartschaftsversicherung, sondern auch den für die spätere Vollversicherung. Der vermeintlich günstige Beitrag bringt Ihnen nämlich keine Ersparnis, wenn der spätere Vollversicherungstarif das übliche Kostenniveau übersteigt.

Welche Gesundheitsfragen muss man bei Beantragung einer privaten Krankenversicherung beantworten?

Bevor Sie in die private Krankenversicherung wechseln, müssen Sie bereits bei Stellung eines Antrages ausführliche Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand machen. Denn anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung kann in der privaten Krankenversicherung über die Annahme oder Ablehnung Ihres Antrages frei entschieden werden (Ausnahme gilt hier nur für den Basistarif). Zwar stellt nicht jede beliebige Vorerkrankung den Versicherungsschutz in Frage, dennoch können gewisse gesundheitliche Vorbelastungen gut und schnell zu Risikozuschlägen (Beitragserhöhungen), Ablehnungen oder Ausschlüssen führen. Auch das vorsätzliche Verschweigen von irgendwelchen Erkrankungen bringt wenig – aufgrund der dichten Verflechtung des Gesundheitssystems würde dies früher oder später mit hoher Wahrscheinlichkeit auffallen.

Sie sollten daher schon vor Beantragung einer privaten Krankenvollversicherung oder Krankenzusatzversicherung in Ruhe Ihre individuelle Krankheitsgeschichte zurückrecherchieren und sich markante Einzelheiten notieren. Damit Sie sich hierauf schon einmal vorbereiten können, haben wir hier die gängigsten Fragen aufgeführt. Beachten Sie, dass diese Auflistung nur ein Beispiel dessen ist, was für Fragen gestellt werden können. Die Fragen weichen daher in Form und Inhalt von den tatsächlich gestellten Fragen ab.

Gefragt werden kann für einen Vollversicherungstarif unter anderem, ob

- ein Antrag oder Vertrag von einer privaten Krankenversicherung bereits abgelehnt, beendet oder gekündigt wurde
- jemals eine HIV-Infektion vorlag
- Arbeitsunfähigkeit besteht
- zurzeit Beschwerden, Krankheiten oder dauerhafte Gesundheitsstörungen bestehen
- innerhalb der letzten 10 Jahre eine ambulante oder stationäre Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation erfolgte (wichtig: auch Kontrolluntersuchungen müssen angegeben werden!) oder Krankenhausaufenthalte erfolgten
- innerhalb der letzten 10 Jahre gesundheitliche Beschwerden, Krankheiten, Krankheits- oder Unfallfolgen bestanden

- innerhalb der letzten 10 Jahren oder aktuell Medikamente, Beruhigungsmittel oder Drogen eingenommen wurden
- Behandlungen, Untersuchungen oder Operationen vorgesehen oder ärztlich angeraten wurden
- innerhalb der letzten 10 Jahre eine psychotherapeutische Behandlung oder Suchtbehandlung angeraten oder durchgeführt wurde
- innerhalb der letzten 10 Jahre eine Krebserkrankung vorlag oder aktuell vorliegt
- körperliche Gebrechen, Behinderungen, Organfehler, Sterilität oder Wehrdienstbeschädigung vorliegen

Wenn Sie auch nur eine Frage bejahen müssen Sie in der Regel genauere Angaben zur jeweiligen Erkrankung dahingehend machen,

- welche Art der Beschwerde, Krankheit, Diagnose, Verletzung, Untersuchung oder Behandlung vorlag und wie lange Sie behandelt wurden
- ob die Erkrankung bereits ausgeheilt ist, oder noch Folgen oder Beeinträchtigungen bestehen
- welcher der behandelnde Arzt, Psychotherapeut, Zahnarzt, Heilpraktiker, welches Heilstätte oder Krankenhaus war

Notieren Sie sich zudem den Namen und Anschrift ihres Hausarztes. Schreiben Sie auch, dass Sie die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht haben, jedoch für genaue und fundierte Einzelheiten direkt bei den behandelnden Ärzten nachgefragt werden soll. Oftmals reicht der Platz zum Ausfüllen des Antrages nicht aus. Verwenden Sie daher immer ein separates Blatt, auf dem Sie die Erkrankungen schildern. Unterschreiben Sie dieses Dokument, und fügen dies dem Antrag bei.

Kann man Risikozuschläge oder Ausschlüsse umgehen?

Bereits die geringste Vorerkrankung kann in der privaten Krankenversicherung zu einem Risikozuschlag führen. Sie sollten daher immer vor Wechsel in die private Krankenversicherung über einen unabhängigen Versicherungsexperten anfragen, der die Angebote mehrerer Gesellschaften im Überblick hat und im Vorfeld die Risikopunkte abklären kann. Denn wenn Sie erst einmal ein Versicherer abgelehnt hat, wird es umso schwerer für Sie, überhaupt noch in die PKV zu kommen.

Die private Krankenversicherung für Studenten - was ist zu beachten?

Studenten sind dem Grunde nach versicherungspflichtig und müssen bereits vor Einschreiben an einer Hochschule oder Universität einen Versicherungsnachweis erbringen. Auf Antrag kann man sich als Student jedoch von der Versicherungspflicht befreien lassen, und sich privat krankenversichern. Der sogenannte "Befreiungsantrag" kann in dem Fall nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht (Einschreibung im ersten Semester, Ausscheiden aus einer anderweitigen Versicherungspflicht oder aus der Familienversicherung) bei der bisherigen Krankenkasse gestellt werden. Es ist nur einmal ein unwiderruflicher Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht zu stellen. Schließt man als Student eine private Krankenversicherung ab, muss man keinen Nachweis für Versicherungsschutz erbringen - die Befreiungs-Bescheinigung der letzten Krankenkasse reicht hier aus.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht gilt rückwirkend zum Beginn der Versicherungspflicht, sofern noch keine Leistungen in Anspruch genommen worden sind. Nach Beendigung des Studiums werden die meisten Hochschulabsolventen durch die Aufnahme einer Beschäftigung mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze vorerst wieder versicherungspflichtig und können nicht weiter privat versichert bleiben sondern müssen in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln. Allerdings sollte man darüber nachdenken, das Recht auf spätere Weiterversicherung in der privaten Krankenversicherung durch eine Anwartschaft zu erhalten.

Die meisten privaten Krankenversicherungen bieten spezielle Studententarife an, die günstiger sind als die üblichen Normaltarife der PKV. Ist es jedoch von vornherein absehbar, dass die private Krankenversicherung nach dem Studium weitergeführt werden kann, sollte man den Normaltarif wählen, weil hierin schon frühzeitig Altersrückstellungen gebildet werden - im Studententarif ist dies für gewöhnlich nicht der Fall. Stattdessen begrenzt dieser die Erstattung ärztlicher Leistungen auf das 1,7 fache der Gebührenordnung für ärztliche Leistungen, bei zahnärztlichen Leistungen auf das 2,0 fache der Gebührenordnung für zahnärztliche Leistungen. Im Krankenhaus enthält der Studententarif zwar die allgemeinen Krankenhausleistungen, nicht aber die Wahlleistungen für z.B. Chefarztbehandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer. Es ist daher umso wichtiger, die Tarife mehrerer Versicherungsgesellschaften zu vergleichen, um so festzustellen, welche private Krankenversicherung wirklich die bessere Wahl ist. Einen Vergleich können Studenten über unseren kostenlosen Vergleichsrechner durchführen.

Der Beitrag für die Normaltarife in der privaten Krankenversicherung hängt vom gewählten Tarif, dem Eintrittsalter, dem Geschlecht, sowie den Gesundheitszustand bei Antragstellung ab. Grundsätzlich können Vorerkrankungen zu Einschränkungen oder Ausschlüssen im Versicherungsschutz führen. Daher ist es umso wichtiger, schon früh in die private Krankenversicherung zu wechseln. Für einen Student ist dies letztlich nur eine Kostenfrage. Dass die private Krankenversicherung im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung die eindeutig bessere Wahl ist, zeigen die enormen Unterschiede im Gesundheitssystem.

Als Student zählen Sie zu einer stark umworbenen Zielgruppe in der privaten Krankenversicherung. Einige Versicherer locken mit vermeintlich günstigen Studententarifen, die sich im Nachhinein zur Kostenfalle entpuppen mit versteckten Eigenanteilen. Vergleichen Sie daher immer die Angebote und Leistungen mehrerer Anbieter miteinander.

Was sind die Unterschiede zwischen “Jahresarbeitentgeltgrenze”, “Versicherungspflichtgrenze” und “Beitragsbemessungsgrenze”?

Wenn man sich über die private Krankenversicherung informiert, führt kein Weg an die Begriffe Jahresarbeitentgeltgrenze, Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze vorbei. Häufig werden diese Begriffe wahllos verwendet und auch in Fachbüchern und Zeitschriften zu häufig verwechselt.

Es ist jedoch einfacher, als man denkt. Hier eine kurze Zusammenfassung:

Versicherungspflichtgrenze

Die Versicherungspflichtgrenze bezeichnet das jährliche Bruttoeinkommen eines Arbeitnehmers bis zu der Höhe, in der eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt. Vor 2011 galt, dass das Bruttojahreseinkommen mindestens 3 aufeinanderfolgende Jahre oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen musste, bevor ein Wechsel in die private Krankenversicherung möglich wurde. Mit der Gesundheitsreform 2011 wurde diese Dreijahresfrist abgeschafft und es reicht aus, wenn das Vorjahreseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Ein Befreiungsantrag kann bei der Krankenkasse gestellt werden. Die Versicherungspflichtgrenze wird jährlich durch das Bundesarbeitsministerium neu festgelegt. Für das Jahr 2011 liegt diese bei 4.125 Euro Einkommen im Monat. (49.500 Euro / Jahr)

Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze ist ein anderer Begriff für die Versicherungspflichtgrenze. Bedeutung s.o.

Beitragsbemessungsgrenze

In der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich der Beitrag unter anderem nach dem Einkommen des Versicherten. Die Beitragsbemessungsgrenze legt hier fest, bis zu welchem Betrag vom Einkommen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung entrichtet werden müssen. Mit der Beitragsbemessungsgrenze wird eine Grenzgröße geschaffen, mit der nach Erreichen der Verdienstgrenze die Beiträge konstant bleiben und der Beitragssatz nicht prozentual weiter steigt. Im Jahr 2016 liegt die Beitragsbemessungsgrenze bei 4.687,50 Euro Bruttomonatseinkommen (56.250 Euro / Jahr)

Altersrückstellungen in der PKV

Im Gegensatz zur GKV werden in der PKV Altersrückstellungen gebildet

Mit zunehmendem Alter steigt im Gesundheitsbereich das individuelle Risiko zu erkranken bzw. medizinische Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen kontinuierlich an. Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung (PKV) sorgen dafür, dass der Fakt des Älterwerdens nicht automatisch zu steigenden Beiträgen führt.

Ziel der PKV-Altersrückstellungen ist es, frühzeitig ein "Polster" anzusparen, damit auch im Ruhestand die Versicherungsprämien bezahlbar bleiben. Dafür werden in jungen Jahren bestimmte Beitragsanteile verzinst und für die Beitragsentlastung eingesetzt. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden dagegen keine persönlichen Rückstellungen gebildet.

GKV

Beitragskalkulation gesamte Versichertengemeinschaft
übernimmt den Risikoanteil des
Einzelnen (Solidargemeinschaft)

Altersrückstellung keine

PKV

Versicherter trägt selbst seinen
Risikoanteil durch die
Gesundheit

Altersrückstellungen als
Sparanteil für das im Alter
steigende Gesundheitsrisiko

Rückstellungen können vollständig übertragen werden, wenn ein Tarifwechsel innerhalb der eigenen Gesellschaft erfolgt. Voraussetzung ist, dass der neue Tarif beim selben Anbieter denselben Leistungsumfang vorweist, wie der alte Tarif, bei dem die Altersrückstellungen angespart wurden.

Regelungen seit 2009

Ausscheiden eines Versicherten aus der
Tarifgemeinschaft: übrige Versicherte eines
Alterskollektivs kamen in den Genuss von
Altersrückstellungen, die sie selbst nicht angespart
hatten

kaum Wettbewerb durch fehlende Portabilität der
Altersrückstellungen

Höhe der Rückstellungen

Folgende Tabelle zeigt sowohl die Entwicklung der Altersrückstellungen als auch die
Entwicklung der PKV-Versichertenzahlen im Laufe der Zeit:

Jahr	angesparte Rückstellungen	Anzahl PKV Versicherte
1990	15,34 Mrd. € (30 Mrd. DM)	6,6 Millionen
2000	59,57 Mrd. € (116,5 Mrd DM)	7,5 Millionen
2010	158,00 Mrd. €	8,9 Millionen

Die PKV im Alter - Bezahlbare Beiträge auch im hohen Alter

Immer wieder ist in den Medien von zum Teil hohen Beitragssteigerungen in Tarifen der privaten Krankenversicherung die Rede. Viele Versicherte fragen sich daher zu Recht, ob ihre private Krankenversicherung auch im Alter bezahlbar bleibt. Neben der Bildung der Altersrückstellungen werden von den Versicherungsunternehmen folgende Vorkehrungen getroffen, damit die Beiträge auch im Alter stabil bleiben:

Alte Regelungen vor 2009

Neuvertrag in beliebigem Tarif eines
zweiten Versicherers möglich,
Rückstellungen können im Umfang des
Basistarifs mitgenommen werden

deutliches Mehr an Wettbewerb und
Vorteile für PKV-Versicherte

- Zinserträge aus Altersrückstellungen: Die Anbieter kalkulieren die Rückstellungen mit einem bestimmten Zins (je nach Tarif und Gesellschaft zwischen 2,5 und 3,5 Prozent). Geht die tatsächliche Nettoverzinsung über diesen Wert hinaus, müssen 90 Prozent dessen, was über den Wert hinausgeht für zusätzliche Maßnahmen zur Beitragsentlastung älterer Versicherter zurückgelegt werden.
- 10-prozentiger Zuschlag: Dieser wurde im Zuge der Gesundheitsreform eingeführt und verpflichtet private Kassen seit dem 1. Januar 2000 dazu, einen 10-prozentigen Zuschlag auf den Beitrag bei Versicherten zwischen 20 und 60 Jahren zu erheben. Dieser darf von der Versicherung nur dazu verwendet werden, die Beiträge im Rentenalter zu reduzieren.

Im Vergleich zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung können junge, ledige und gutverdienende Kunden in der PKV Beiträge sparen. Für Versicherte, die sich eine Familie und Kinder wünschen und langfristig von keinem gesicherten Einkommen ausgehen können, ist meist jedoch die gesetzliche Alternative vorteilhafter.

Tipps für ältere PKV-Kunden

- Selbstbehalt erhöhen: Verminderungen der laufenden Beiträge durch Erhöhung des Eigenanteils in der PKV
- Tarifwechsel nach § 204 VVG: Wechsel in einen kostengünstigeren Tarif der gleichen Versicherungsgesellschaft
- Wechsel in den Basistarif: Dieser gewährleistet die gesetzliche Regelversorgung

Auswirkungen bei Renteneintritt

Die Verwendung der Altersrückstellungen ist kalkulatorisch nicht an den etwaigen Eintritt der Rente geknüpft. Gleichwohl gibt es einige Mechanismen, die im Umfeld des Rentenalters zum Tragen kommen und die die PKV-Beiträge entlasten:

- Der Beitragsanteil für das Krankentagegeld fällt weg
- Schon mit Vollendung des 60. Lebensjahres fällt der gesetzliche 10-%-Zuschlag weg. Seit dem 1. Januar 2000 müssen Neuversicherte diesen zusätzlichen Zuschlag von 10 Prozent auf ihren Beitrag zahlen. Der Zuschlag wird in der Regel ab dem 22. Lebensjahr und bis zum 61. Lebensjahr berechnet. Die daraus resultierenden Mittel werden verzinslich angelegt und – ohne Abzug etwaiger Kosten – dafür verwendet, Beitragserhöhungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres aufzufangen.
- Die Alterungsrückstellungen werden mit fortschreitendem Alter der Versicherten gemäß der Tarifikalkulation immer stärker zur Dämpfung künftiger Beitragsanpassungen und später dann zur Senkung des Versichertenbeitrags eingesetzt. Wann genau und in welchem Umfang das der Fall ist, hängt aber vom jeweiligen Tarif ab.

Studie: Ältere privat Krankenversicherte finanziell nur selten überfordert

Wie die Zeitschrift Versicherungswesen in ihrer 3. Ausgabe 2014 berichtet, kam der Arbeitskreis "Finanzierbarkeit" des "Zukunftskreises Gesundheit" zu dem Schluss, dass ältere Versicherungsnehmer nur selten Beiträge über 500 Euro monatlich entrichten müssen.

Abgefragt wurden die Bestandsdaten älterer Versicherter über 50 Jahre bei 6 großen Versicherern (HUK, Hallesche, SDK, Barmenia, Central, Debeka), was mehr als ein Viertel des derzeitigen Marktes ausmacht. Im Ergebnis steht fest, dass 83 Prozent der älteren Versicherten weniger als 500 Euro monatlich für ihren Versicherungsschutz bezahlen. 7,8 Prozent zahlen über 600 Euro, über 800 Euro nur noch 0,9 Prozent der älteren Versicherten. Damit sieht die Zeitschrift es als erwiesen an, dass ältere Versicherte in der Regel zu moderaten Beitragssätzen versichert sind und keine finanzielle Überforderung vorliegt.

WISSENSWERTES ZUR ANWARTSCHAFTSVERSICHERUNG ANWARTSCHAFT

IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Seit dem 1. April 2007 besteht für angestellte Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren eine Versicherungspflicht in der GKV. Für Personen, die aus dem Ausland zurück nach Deutschland kommen, bedeutet dies, dass sie ab dem ersten Tag im Inland Anspruch auf Krankenversicherungsschutz haben. Insofern ist die gesetzliche Anwartschaftsversicherung nicht mehr zwingend notwendig. Der BDAE empfiehlt Ihnen jedoch, im Zweifel dennoch eine Anwartschaftsversicherung abzuschließen, denn die Erfahrung zeigt, dass sich die Gesetzeslage – insbesondere nach Regierungswechseln – ändern kann. Zwar gilt auch in diesem Zusammenhang, dass Besitzstände zu wahren sind, der BDAE warnt aber dennoch davor, sich darauf zu verlassen. Mit einer Anwartschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung stellen Sie sicher, bei der Rückkehr nach Deutschland in jedem Fall wieder von Ihrer Kasse aufgenommen zu werden.

Wichtig

: Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Leistungsanspruch; das heißt, Krankenhaus- und Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel etc. zahlt die Krankenkasse nicht. Achtung: Bleiben Ihre in der GKV mitversicherten Familienangehörigen in Deutschland, sollten Sie keine Anwartschaftsversicherung abschließen, da für diese sonst kein Versicherungsschutz mehr besteht. Deshalb ist es ratsam, die bestehende Versicherung weiterlaufen zu lassen. PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG

Bei Abschluss einer Anwartschaftsversicherung in der GKV wird auch automatisch die Pflegepflichtversicherung ruhend gestellt. Der Vorteil: Die gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit von zwei Jahren bleibt erhalten. Der Gesetzgeber hat nämlich bestimmt, dass im Pflegefall nur derjenige sofort Anspruch auf Leistungen hat, der innerhalb der letzten zehn Jahre mindestens zwei Jahre lang Beiträge für die Pflegeversicherung gezahlt hat.

ANWARTSCHAFT IN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (PKV)

Seit dem 1. Januar 2009 besteht auch in der PKV eine Versicherungspflicht für beruflich selbstständige Personen, die beispielsweise keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt privat versichert waren.

Personen, die aus dem Ausland zurück nach Deutschland kommen und vor ihrem Aufenthalt privat abgesichert waren, müssen dann in der Regel in den so genannten Basis-Tarif aufgenommen werden. Zu den Voraussetzungen dafür befragen Sie bitte Ihren Krankenversicherer. Wichtig: Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Leistungsanspruch; das heißt, Krankenhaus- und Arztbesuche, Medikamente, Hilfsmittel etc. zahlt die Krankenkasse nicht. Der Beitrag für eine Anwartschaftsversicherung hängt von der Art der Anwartschaft und dem Geschlecht ab. In der Regel liegt dieser zwischen fünf bis 40 Prozent der ursprünglich gezahlten Prämie.

PFLEGEPLICHTVERSICHERUNG

Auch in der PKV besteht die Pflicht, eine Pflegeversicherung abzuschließen. Anders als jedoch bei der GKV kann für diese keine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden. Um kein Risiko einzugehen und sich die gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit von zwei Jahren zu erhalten, sollte die Pflegepflichtversicherung auch bei einem Auslandsaufenthalt fortgeführt werden. Achtung: Bei einer privaten Anwartschaftsversicherung sind zwei Arten zu beachten - die kleine und die große Anwartschaft:

KLEINE ANWARTSCHAFTSVERSICHERUNG

Die kleine Anwartschaftsversicherung sorgt dafür, dass Krankheiten, die während des Auslandsaufenthaltes auftreten, mit in den auf die Anwartschaft folgenden Versicherungsschutz einbezogen werden, so dass keine erneute Risikoprüfung erfolgt und auch keine Zuschläge erhoben werden können. Der Gesundheitszustand wird gewissermaßen „eingefroren“. Außerdem wird die Dauer der Anwartschaftsversicherung mit eventuell bestehenden Wartezeiten eines Versicherungstarifs verrechnet. Wird der Versicherungsschutz wieder aktiviert, erfolgt eine neue Berechnung des Versicherungsbeitrags auf der Basis des bis dahin erreichten Eintrittsalters.

GROSSE ANWARTSCHAFTSVERSICHERUNG

Der einzige Unterschied zur kleinen Anwartschaftsversicherung besteht darin, dass bei der großen Variante Alterungsrückstellungen gebildet werden. Damit bleibt das ursprüngliche Eintrittsalter des Versicherten erhalten. Im übertragenen Sinn werden der Gesundheitszustand und das ursprüngliche Eintrittsalter zum Zeitpunkt des Beginns der Anwartschaftsversicherung „eingefroren“.

KLEINE ANWARTSCHAFT VS GROSSE ANWARTSCHAFT

Sichert die Rückkehr in den alten Versicherungsvertrag ohne Risikoprüfung und den Einschluss von während des Auslandsaufenthaltes auftretenden Erkrankungen.

Sichert die Rückkehr in den alten Versicherungsvertrag ohne Risikoprüfung und den Einschluss von während des Auslandsaufenthaltes auftretenden Erkrankungen. Während der Anwartschaft werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Deshalb wird der Beitrag beim Wiederaufleben des Versicherungsschutzes auf der Basis des erreichten Alters neu berechnet. Sichert bei Wiederaufleben einen Beitrag zu, der sich auf der Grundlage des ursprünglichen Eintrittsalters berechnet – so als wäre der Versicherungsvertrag nie ruhend gestellt worden. Dennoch kann es unter Umständen Prämien erhöhungen geben. Der monatliche Beitrag besteht nur aus einem kleinen prozentualen Anteil der Versicherungsprämie. Der monatliche Beitrag besteht für gewöhnlich aus einem höheren prozentualen Anteil der Versicherungsprämie als bei der kleinen Anwartschaft.

*Herausgeber und Verfasser: Kanzlei Rösler - Peter Rösler, Unabhängiger Versicherungsberater,
Fon 0231-1889828 Fax 1889829, www.kanzlei-roesler.com, Mail: info@kanzlei-roesler.com*

***Achtung:** Nachdrucke, Vervielfältigungen auch Kopieren, Weitergabe und Verteilungen sowie Änderungen auch Veröffentlichungen von Textpassagen und Auszüge sind ohne die ausdrückliche Zustimmung des Verfassers verboten und werden nach Bekanntwerden oder Nichtbeachtung ohne vorheriger Androhung sofort strafrechtlich verfolgt.*

KANZLEI RÖSLER

Kirchhörder Str. 28

44229 Dortmund

Tel.: 0231 / 1889828

Fax: 0231 / 1889829