

Systemcheck: GKV oder PKV?



HALLESCHÉ

Private Krankenversicherung

Morgen so gut wie heute.



**Ihr persönliches Krankenversicherungs-Navi –
wegweisend, zielführend, zukunftsorientiert.**

KV-NAVI

GKV ODER PKV?

Stimmen aus der Presse zur Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung.

In der Presse wird sowohl die Gesetzliche (GKV) als auch die Private Krankenversicherung (PKV) immer wieder kritisch auf den Prüfstand gestellt. Was steckt dahinter und welche Bedenken sind berechtigt? Was ist nur ein aufgewärmtes Vorurteil? Und was hält einer sachlichen Überprüfung stand?



Frankfurter Allgemeine

Explodieren die Beiträge für ältere Krankenversicherte?

01.03.2017

STUTTGARTER
NACHRICHTEN

Kostendruck: Fast jeder zweite Arzt spart an Therapien. 22.09.2016

Ärzte Zeitung

Innovationsblocker GKV-System?

Bis telemedizinische Leistungen in den GKV-Katalog aufgenommen werden, vergeht häufig viel Zeit.

25.11.2016

Handelsblatt

Es drohen deutlich höhere Zusatzbeiträge

Die Krankenkassen schlagen Alarm: Ihrer Meinung nach drohen bis 2020 Zusatzbeiträge von durchschnittlich 1,8 Prozent.

09.02.2017

DIE WELT

Eine Million Euro für 9000 Termine

Kassenpatienten sollen schnell zum Facharzt. Das kostet Geld und klappt selten.

18.01.2017

RHEINISCHE POST

Die Bürgerversicherung schadet den Bürgern.

31.12.2016

Ärzte Zeitung

PKV-Beiträge steigen weniger als in der GKV.

22.02.2017

Persönliche Fragestellungen für die Wahl der Krankenversicherung.

Ist die PKV für Sie das richtige System? Auf den folgenden Seiten finden Sie Informationen zu den wichtigsten Fragestellungen, die Ihnen helfen, die passende Entscheidung zu treffen.

Was unterscheidet eigentlich die Private von der Gesetzlichen Krankenversicherung?

Welche Leistungen sind abgesichert?

Wie sicher sind die Beiträge kalkuliert?

Wie sieht es mit den Beiträgen im Rentenalter aus?

Wie versichere ich am besten meine Familie?

Welche Bedeutung hat die PKV für das deutsche Gesundheitssystem?

Grundsätzliche Unterschiede zwischen GKV und PKV.

Die Beitragssituation in der GKV.

Eines der großen Probleme in Deutschland ist der demografische Wandel.

Im Umlageverfahren der GKV werden die Einnahmen direkt für die Leistungsausgaben verwendet, es werden keine Rückstellungen für das Alter gebildet. Die höheren Kosten der Älteren müssen dabei von den Jüngeren mitfinanziert werden. Es wird keine Vorsorge für die demografische Entwicklung getroffen.

Die Beitragshöhe richtet sich in der GKV nach dem Einkommen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert; seit 2010 können sie auch insolvent gehen.



keine Rücklagen
im Umlageverfahren

Die PKV bildet Rückstellungen für ihre Versicherten.

In der PKV sorgt jede Generation 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. In jungen Jahren werden so durch einen Sparanteil Alterungsrückstellungen aufgebaut, die zur Finanzierung der höheren Ausgaben im Alter dienen. Daher ist für die Beitragshöhe der gewählte Tarif sowie Alter und Gesundheitszustand zu Beginn der Versicherung maßgeblich.

Die privaten Krankenversicherungsgesellschaften in Deutschland werden entweder als Aktiengesellschaft oder wie z. B. die HALLESCHER als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG) geführt. Dabei orientiert sich vor allem die Rechtsform VVaG stark an den Interessen der Versicherten, da diese Eigentümer der Gesellschaft sind und Überschüsse nicht an Aktionäre ausgeschüttet werden, sondern den Mitgliedern zugutekommen.



Kapitaldeckungs-
verfahren



Versicherungs-
verein

GKV: Leistungen nach »Wirtschaftlichkeitsgebot«	PKV: Leistungen nach »allen Regeln der Kunst«
<p>§ 12 Sozialgesetzbuch (SGB) V (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.</p>	<p>§ 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Keine Wahlfreiheit: Den Umfang der Leistung bestimmt weitestgehend der Gesetzgeber. ■ Per Gesetz müssen sie »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« sein. ■ Ein Plus an medizinischer Leistung kann nur über private Zusatzversicherungen erreicht werden. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wahlfreiheit: Den Umfang der Leistungen bestimmen Sie selbst. ■ Sie sichern sich Leistungen nach den »Regeln der ärztlichen Kunst« ... ■ ... und damit Versorgung auf hohem Niveau.

In der GKV unterliegen Ärzte den Budgetbestimmungen.

Nicht selten erleben gesetzlich Versicherte, dass am Ende eines Quartals von ihrer Arztpraxis außer in Notfällen keine Termine mehr angenommen werden. Im Hintergrund steht dabei oft, dass die niedergelassenen Ärzte zusammen nur ein gedeckeltes Gesamtbudget von den Kassen erhalten und unter sich aufteilen müssen.

Rationierung der Behandlung – § 87 b (2) SGB V:

Es müssen Regelungen getroffen werden, »die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers (...) übermäßig ausgedehnt wird«.

So gibt es für jede Praxis ein »Regelleistungsvolumen«, das sich aus einer Art Standardvergütung pro Patient (z. B. für Hausärzte rund 40 € im Quartal) und einer maximalen Patientenzahl zusammensetzt. Für **darüber hinausgehende Leistungen** wird **nur noch ein Teil** der normalen Vergütung gezahlt. Lediglich einige Leistungen, wie beispielsweise die Brustkrebsvorsorge, sind davon ausgenommen.

Rationierung der Medikamente – § 106 (5a) SGB V:

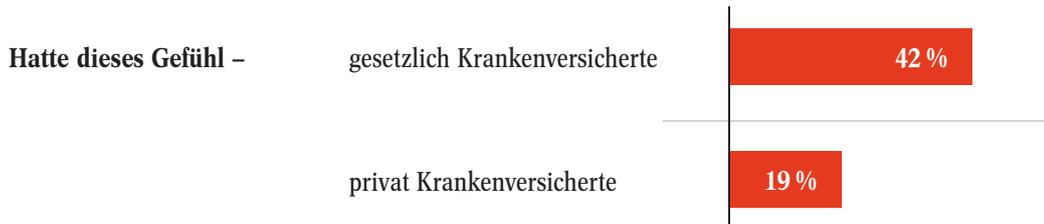
»Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt (...) den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten.«

Auch das Volumen an Arzneimitteln und Heilmitteln wird jährlich festgelegt und budgetiert. Liegen ärztliche Verordnungen mehr als 25 % über dem Budget, ohne dass dies durch Praxisbesonderheiten begründet ist, müssen die Ärzte den Mehrbetrag ab dem zweiten Überschreiten selbst bezahlen.

Die PKV bietet Ärzten Therapie- und Verordnungsfreiheit.

Alle ärztlichen Honorare für Ihre Behandlung als Privatpatient sind in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) geregelt. Abhängig von der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den Umständen Ihrer individuellen Behandlung kann ein erhöhter Gebührensatz abgerechnet werden. Er ist damit wesentlich flexibler, z. B. um auf Ihr persönliches Krankheitsbild, Ihre Bedürfnisse und Wünsche einzugehen.

»Hatten Sie beim Arzt schon mal das Gefühl, dass Ihnen aus Kostengründen eine bestimmte Behandlung oder ein bestimmtes Medikament vorenthalten wurde?«



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre

Quelle: MLP Gesundheitsreport 2016



Regelleistungsvolumen

GKV/PKV



Rationierung der Medikamente



Verordnungsfreiheit



Therapiefreiheit

Leistungsunterschiede zwischen GKV und PKV.

	GKV	PKV
Im Krankenhaus:		
Krankenhausleistungen	Behandlung ohne Mehrkosten nur in einem der zwei nächst erreichbaren zugelassenen Krankenhäuser	Je nach Tarif frei wählbar, in der Regel freie Wahl unter allen Krankenhäusern
	Behandlung durch Belegarzt oder Dienst habenden Arzt	Je nach Tarif freie Arztwahl (auch Spezialist/Privatarzt)
	In der Regel Mehrbettzimmer	Je nach Tarif Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer
	Zuzahlung von 10 €/Tag bis max. 28 Tage/Jahr	Keine Zuzahlung
Beim Arzt:		
Ambulante ärztliche Behandlung	Behandlung ausschließlich durch Ärzte mit Kassenzulassung	Freie Arztwahl
Fahrten zum Arzt	Nur in zwingend medizinisch notwendigen Fällen, nur nach Genehmigung; Zuzahlung 10 %, mind. 5 € bis max. 10 €	Je nach Tarif, z. B. auch bei Gehunfähigkeit
Vorsorgeuntersuchung	Auf gesetzlich festgeschriebene Vorsorgeuntersuchungen (auch auf Alter) beschränkt	Je nach Tarif, auch außerhalb gesetzlicher Programme
Arznei- und Verbandmittel	Soweit nicht von Verordnung ausgeschlossen; Zuzahlung 10 % , mind. 5 €, max. 10 €	Erstattung in tariflich gewählter Höhe
Heilmittel	Zuzahlung von 10 % plus 10 € Rezeptgebühr	Erstattung in tariflich gewählter Höhe
Hilfsmittel	Zuzahlung von 10 %, mind. 5 €, max. 10 €; Hilfsmittel zum Verbrauch: 10 % max. 10 € für Monatsbedarf	Je nach Tarif in der Regel bei medizinischer Notwendigkeit ohne Einschränkung auf einen engen Hilfsmittelkatalog
Sehhilfen	Keine Leistungen ; Ausnahme: Personen mit schweren Sehbeeinträchtigungen und Kinder	In tariflich gewählter Höhe mitversichert
Augen-Lasern	Keine Leistungen für Lasik-Behandlungen	Je nach Tarif mitversichert
Heilpraktiker	Keine Leistungen	Je nach Tarif mitversichert
Beim Zahnarzt:		
Zahnärztliche Behandlung	Einfache Versorgungsform , z. B. Amalgam, Kunststoff-Füllungen im Frontzahnbereich	Keine Beschränkung auf einfache Versorgungsformen
Zahnersatz	Befundbezogene Festzuschüsse (50 % bis 65 % der einfachsten Versorgungsform), vorherige Genehmigung der Heil- und Kostenpläne durch die Kasse	Keine Beschränkung auf einfache Versorgungsformen. Erstattung in tariflich gewählter Höhe
Weitere Leistungen:		
Ausland	Keine Leistung ; Ausnahme: EU-Länder und Länder mit Sozialversicherungsabkommen; teilweise hohe Eigenbeteiligungen	Je nach Tarif frei wählbar , z. B. weltweiter Versicherungsschutz bei einem vorübergehenden Aufenthalt
Rücktransport aus dem Ausland	Keine Leistung	Je nach Tarif frei wählbar , z. B. erstattungsfähig, soweit es sich um Reismehrkosten handelt; auch Überführung oder Bestattung im Ausland
Krankentagegeld	Krankengeld schließt Absicherungslücke nicht vollständig, endet nach 78 Wochen	Individuelle Absicherung des monatlichen Nettoeinkommens möglich
Zuzahlungen/Selbstbehalte	Zuzahlungen bis 2 % des Jahresbruttoeinkommens des Haushaltes möglich. Bei chronisch Kranken bis 1%, dies gilt ab Jahrgang 1972 nur bei regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen	Je nach Tarif individuell wählbar
Beitragsrückerstattung	Nur im Rahmen von speziellen Wahltarifen	Bei Leistungsfreiheit Beitragsrückerstattung bis zu mehreren Monatsbeiträgen möglich

Leistungsentwicklung in der GKV und PKV.

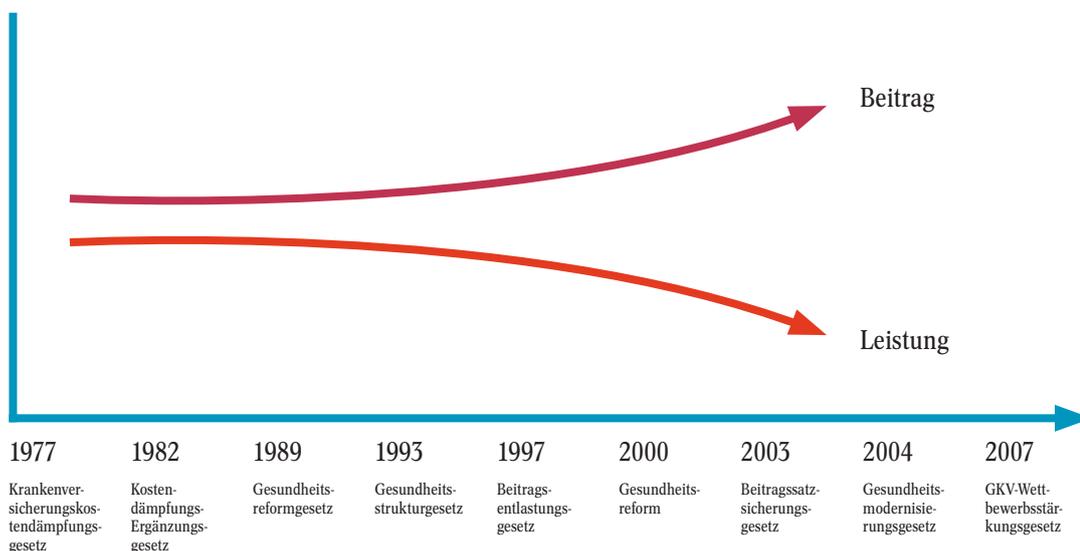
Die Krankenversicherungsbeiträge steigen in beiden Systemen u. a. aufgrund des medizinischen Fortschritts und der steigenden Lebenserwartung. Gleichzeitig wurden in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch zahlreiche Reformgesetze die Eigenbeteiligungen für die Versicherten sukzessive erhöht. Diese greifen vor allem im höheren Lebensalter, in dem chronische Krankheiten tendenziell deutlich zunehmen.

Das Leistungsniveau der GKV ist abhängig vom Gesetzgeber.

Noch vor rund 15 Jahren erhielten gesetzlich Versicherte z. B. Leistungen für Brillen. Heute sieht die Welt anders aus, denn vertraglich garantierte Leistungen kennt das gesetzliche System nicht. Die Leistungen werden durch den Gesetzgeber bestimmt und wurden immer wieder durch Reformgesetze geändert.



Leistungseinschränkungen



1977 Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz
 1982 Kostendämpfung-Ergänzungsgesetz
 1989 Gesundheitsreformgesetz
 1993 Gesundheitsstrukturgesetz
 1997 Beitragsentlastungsgesetz
 2000 Gesundheitsreform
 2003 Beitragsatzsicherungsgesetz
 2004 Gesundheitsmodernisierungsgesetz
 2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Leistung

Die Leistungen in der PKV sind individuell und vertraglich garantiert.

Als Privatversicherter können Sie durch die richtige Tarifwahl Ihren Versicherungsschutz exakt an Ihren Bedürfnissen ausrichten. Sie bestimmen selbst, welche Leistungen Sie wünschen oder brauchen: sei es die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus, seien es Sehhilfen, Heilpraktikerleistungen oder vieles mehr. **Diese Leistungen sind vertraglich garantiert. Sie können nicht willkürlich durch den Versicherer gekürzt werden.**

Dabei haben Sie grundsätzlich die freie Wahl zwischen allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern sowie Kassen- und Privatärzten. Da in der PKV das Kostenerstattungsprinzip gilt, erhalten Sie für alle Leistungen eine Rechnung, die Sie selbst überprüfen können und die Grundlage für die Leistungserstattung Ihrer Krankenversicherung ist. So begegnen Sie Ihrem Arzt »auf Augenhöhe« – **eigenverantwortlich und unabhängig.**



Vertraglich garantierte Leistungen



Frei wählbarer Tarifumfang

GKV: Mehrverdienst gleich Mehrbeitrag.

In der GKV orientiert sich der Beitrag am Einkommen.

Bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze gilt: Je höher das Einkommen, desto höher auch der Krankenkassenbeitrag. Einen Bezug zum versicherten Leistungsumfang gibt es nicht. Da sich die Beitragsbemessungsgrenze jährlich entsprechend der durchschnittlichen Lohnentwicklung ändert, steigt damit in der Regel auch der (durchschnittliche) Höchstbeitrag in der GKV immer weiter an. Im Jahr 2017 beträgt er bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 1,1 % einschließlich Pflegepflichtversicherung **785,37 €** für Personen mit Kindern; für Personen ohne Kinder beträgt er 796,12 €.

Die Höhe des GKV-Beitrags **steigt automatisch** bei:

- jeder Lohn- bzw. Gehaltserhöhung, wenn das Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt.
- Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zu Jahresbeginn.
- Erhöhung des Beitragssatzes bzw. des kassenindividuellen Zusatzbeitrags.

Zusätzlich wird die GKV durch einen Steuerzuschuss gestützt. Die Höhe ist von der Politik- und Haushaltslage abhängig. Nach aktuellen Planungen wird der Bund jährlich 14,5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds überweisen.

Unser Tipp:

Wenn das Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht reicht, erheben die Krankenkassen einen Zusatzbeitrag. Dieser ist einkommensabhängig und der Arbeitgeber beteiligt sich nicht daran. Falls Ihre Kasse einen hohen Zusatzbeitrag erhebt, lohnt sich für Sie oft ein Wechsel zu einer günstigeren Kasse. Die Ersparnis können Sie zur Finanzierung einer privaten Zusatzversicherung einsetzen.



Steigende Beiträge

GKV: zunehmende Herausforderungen in der Finanzierung.

Die **Einnahmenseite** ist abhängig von:

- der Anzahl der versicherungspflichtig Beschäftigten (demografische Entwicklung).
- der allgemeinen Lohnentwicklung (wirtschaftliche Entwicklung).
- der Höhe der staatlichen Steuerzuschüsse (politische Entscheidungen).
- der Höhe von Beitragssatz und Zusatzbeitrag (kassenindividuelle Entscheidung).

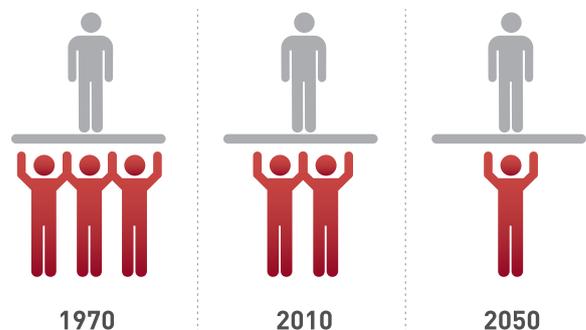
Die **Ausgabenseite** ist abhängig von:

- dem Umfang der GKV-Leistungen (politische Entscheidung).
- der Anzahl der Kranken, die aufgrund der Überalterung der Bevölkerung stark zunehmen wird.
- dem medizinisch-technischen Fortschritt und Anstieg der Kosten.

Bevölkerung in Deutschland

Demografische Veränderung von 1970 bis 2050

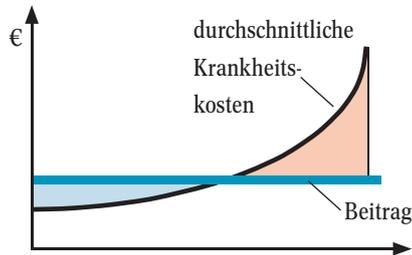
So viele Erwerbstätige »tragen« einen Rentner



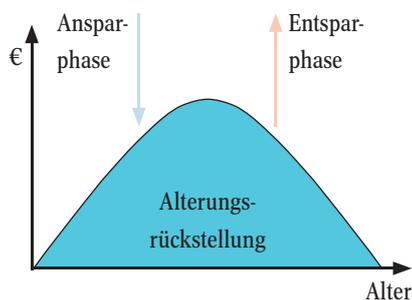
Quelle: Statistisches Bundesamt und PKV-Verband

PKV: individueller Beitrag mit Vorsorge fürs Alter.

In der PKV bestimmt sich Ihr Beitrag nach Ihren versicherten Leistungen sowie Ihrem Alter und Gesundheitszustand zu Beginn der Versicherung.



In der PKV werden Ihre Beiträge von Anfang an mit einem Sparanteil, der sogenannten Alterungsrückstellung, berechnet. Damit ist der Beitrag zunächst höher, als es zur Deckung Ihrer Krankheitskosten erforderlich wäre. Aus den anfangs nicht benötigten Beitragsteilen wird die Alterungsrückstellung aufgebaut.



Mit zunehmendem Alter sind die anfallenden Leistungen höher als der zu entrichtende Beitrag; die Differenz wird durch die aufgebauten Rückstellungen ausgeglichen.

2017 beläuft sich die Gesamthöhe der von der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen insgesamt auf rund 240 Milliarden Euro. Die aktuelle Höhe können sie unter www.zukunftsuhr.de sehen.

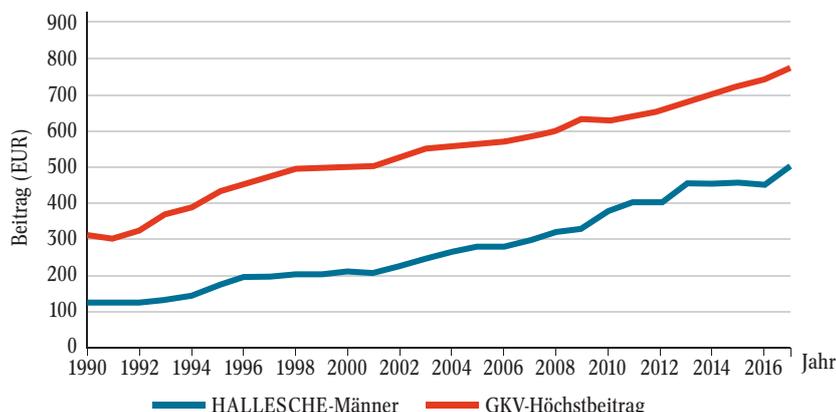
PKV 240 Mrd. Euro Alterungsrückstellungen

PKV: Der Versicherungsschutz wächst automatisch mit.

Natürlich orientiert sich auch die Beitragskalkulation in der PKV an den aktuell bestehenden Kostenverhältnissen im Gesundheitssystem. Zukünftige Entwicklungen sind hierbei – bei aller Sorgfalt – für die Versicherer jedoch nicht exakt vorhersehbar und damit statistisch nicht erfassbar. So ermöglicht es der medizinisch-technische Fortschritt, dass viele Krankheiten heute erkannt und behandelt werden können, bei denen dies früher noch nicht möglich war. Daher sind auch Beitragsanpassungen in der PKV notwendig, um das Gleichgewicht zwischen Versicherungsleistungen und Beitrag auf Dauer zu erhalten. Diese sichern Ihnen einen Versicherungsschutz, der mit den immer besseren medizinischen Behandlungsmethoden und Versorgungsmöglichkeiten mitwachsen kann. Um im Rentenalter dadurch entstehende Kostensteigerungen abzdämpfen, ist im Beitrag bereits ein Zuschlag von 10 % enthalten. Dieser wird als Vorsorge für den medizinischen Fortschritt zusätzlich angespart.

PKV Steigende Leistung entsprechend medizinischem Fortschritt

Beitragsentwicklung in GKV und PKV



Trotz notwendiger Beitragsanpassungen liegt der HALLESCHER-Beitrag über Jahrzehnte hinweg deutlich unter dem GKV-Höchstbeitrag.

Bestandsbeitragsentwicklung eines Mannes in Tarif NK 2, der sich 1990 im Alter von 33 Jahren versichert hat, inkl. Pflegepflichtversicherung ab 1995.

Krankenversichert im Rentenalter.

Da die GKV keine Rücklagen für ihre älteren Versicherten bildet und deren höhere Krankheitskosten stets von den Jüngeren mitfinanziert werden müssen, ist es kein Wunder, dass auch die Beiträge für Rentner in der GKV kontinuierlich gestiegen sind. Beispielsweise durch die Einbeziehung von immer mehr »Einkunftsarten« in die Beitragsermittlung.

Die GKV belastet Ihre Renteneinkünfte.

Dies liegt vor allem auch daran, dass die Bemessungsgrundlagen in der GKV für ihre berenteten Versicherten in der Vergangenheit mehr und mehr ausgeweitet wurden. So werden zur Beitragsermittlung nicht nur die laufende Rente, sondern seit 2004 auch sonstige Versorgungsbezüge oder einmalige Kapitalzahlungen bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen.

Kapitalleistungen wie zum Beispiel Auszahlungen aus Direktversicherungen werden dabei gleichmäßig über zehn Jahre verteilt mit dem vollen Beitragssatz angerechnet.



Ausgeweitete
Bemessungs-
grundlagen

Beiträge als pflichtversicherter Rentner in der GKV – ein Beispiel:

	Einkünfte	Beitrag (18,25 %)*
Gesetzliche Rente	1.750 €	319 €
Betriebliche Altersrente	500 €	91 €
Direktversicherung Einmalzahlung 50.000 € verteilt auf 120 Monate	417 €	76 €
Selbstständige Tätigkeit	200 €	37 €
Monatsbeitrag		523 €
Zuschuss Rentenversicherung	7,3 % von 1.750 €	-128 €
Beitragsanteil Rentner		395 €

Stand 02/2017

* 14,6 % allgemeiner Beitragssatz, 1,1 % Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung und 2,55 % zur Pflegepflichtversicherung.

Hinzu kommt für kinderlose Rentner, die ab dem 1.1.1940 geboren sind, noch ein Zuschlag von 0,25 %.

Pflichtversicherter als Rentner ist, wer 90 % der zweiten Hälfte des Erwerbslebens in der GKV versichert war.

Bei freiwillig versicherten Rentnern werden Beiträge zusätzlich sogar auf **Zinsen und Mieteinnahmen** erhoben, bis max. zum GKV-Höchstbeitrag von 785 € monatlich.

In der PKV sind Renteneinkünfte unbelastet.

In der PKV spielen Ihre Renteneinkünfte für die Beitragsbemessung keine Rolle. Die Bezahlbarkeit der Beiträge im Alter ist für die PKV ein sehr wichtiges Ziel.

Beitragsstabilisierung im Alter

Die Bildung von Alterungsrückstellungen sorgt dafür, dass die Beiträge nicht allein aufgrund des Älterwerdens steigen. Daneben gibt es zusätzliche Mittel, die gezielt für die **Beitragsstabilisierung ab 65** eingesetzt werden:

- Zusätzliche angesparte Beiträge durch einen gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10 %. Dieser wird von Alter 21 bis Alter 60 zusätzlich zum Beitrag gezahlt.
- Erwirtschaftete Überschüsse aus der Anlage der Alterungsrückstellungen.

Beitragsenkungen im Alter

- Mit Alter 60 entfällt der 10 %-Zuschlag.
- Mit Eintritt in das Rentenalter entfällt der Beitrag für das Krankentagegeld.
- Viele Versicherer bieten zusätzlich die Möglichkeit einer modifizierten Beitragszahlung an. So auch die HALLESCHE mit *MBZ.flex*: heute etwas mehr bezahlen, dafür im Alter deutlich weniger.

Mit Alter 60

- 10 %-Zuschlag entfällt

Mit Eintritt in das Rentenalter

- Krankentagegeld entfällt
- Weitere Senkung bei Wahl der modifizierten Beitragszahlung

Beispielhafter Beitrag einer 73-jährigen Rentnerin, langjährig bei der HALLESCHE versichert:

Tarif NK 2	495 €
Tarif PVN	66 €
MBZ-Beitrag	65 €
Entlastung MBZ	-120 €
Monatsbeitrag	506 €
Zuschuss	-128 €
Rentenversicherung	
Beitragsanteil Rentner	378 €

Sie erhalten den gleichen Zuschuss der Rentenversicherung wie in der GKV in Höhe von 7,3 % Ihrer gesetzlichen Rente.

Zurück in die GKV? Geht nicht – muss aber auch nicht sein!

Wer einmal von der GKV zur PKV wechselt, ist grundsätzlich an diese Entscheidung gebunden. Eine Rückkehr in die GKV ist nur in bestimmten Fällen möglich – z. B. im Falle von Arbeitslosigkeit, jedoch nur bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres.

Auf Wunsch besteht für Rentner jedoch immer die Möglichkeit, innerhalb ihrer Privaten Krankenversicherung in einen **Tarif mit einem höheren Selbstbehalt**, anderem Leistungsspektrum oder in den Basistarif zu wechseln.

Der Basistarif: die GKV in der PKV

Im Basistarif zahlen Sie nicht mehr als den Höchstbeitrag in der GKV – bei entsprechenden Leistungsansprüchen. Ist die Beitragszahlung trotzdem nicht zu stemmen und Hilfebedürftigkeit nachgewiesen, wird der Beitrag halbiert. Sollte auch das nicht ausreichen, übernimmt der zuständige Sozialversicherungsträger den Beitrag und führt diesen direkt an den Versicherer ab. Somit bleiben Sie in der PKV auch im Rentenalter auf der sicheren Seite.



Basistarif
»die GKV
in der PKV«

Versichern Sie Ihre Familie optimal.

Sie sind verheiratet, haben Familie oder planen Nachwuchs? Dann überzeugt vielleicht auf den ersten Blick die »beitragsfreie Familienversicherung« der GKV. Was sich bei näherem Hinsehen jedoch relativiert: So können sich Zuzahlungen und Behandlungen auf eigene Kosten über Jahre hinweg summieren. Ein Plus an Sicherheit für alle – über den eingeschränkten GKV-Leistungskatalog hinaus – ist nur mit zusätzlichen Kosten erreichbar.

Voraussetzungen der beitragsfreien Mitversicherung in der GKV.

Die »beitragsfreie Familienversicherung« in der GKV gilt unter folgenden Bedingungen:

- **Kinder:** bis 18 Jahre grundsätzlich, bis 23 Jahre, sofern die Kinder nicht erwerbstätig sind, bis 25 Jahre, wenn sie sich noch in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.
- Ist ein Elternteil privat versichert und verdient oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, sind Kinder nur dann beitragsfrei mitversichert, wenn der gesetzlich versicherte Ehepartner ein höheres Einkommen hat.
- Ein **Ehepartner** ist beitragsfrei mitversichert, wenn er über kein oder nur ein minimales eigenes Einkommen (z. B. im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung bis max. 450 €) verfügt.



Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, von wenigen Ausnahmen abgesehen, **natürlich auch für Kinder einheitlich festgelegt**. Eine höherwertige Absicherung für Ihr Kind ist nur mit einer privaten Zusatzversicherung möglich.



Festgelegter
Leistungs-
katalog

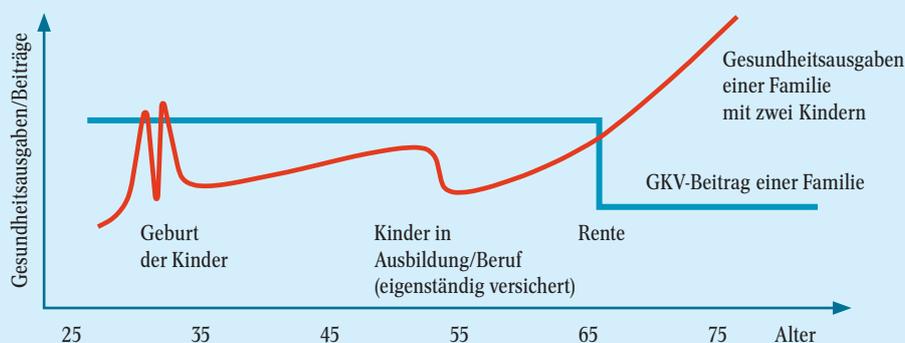
Wichtige Ergänzung für Ihre Kinder in der GKV: stationäre Zusatzversicherung

Sichern Sie Ihren Kindern im Krankenhaus die freie Wahl des Spezialisten. Folgende Merkmale zeichnen dabei eine hochwertige Zusatzversicherung aus:

- Ein- oder Zweibettzimmer inkl. Leistungen für Rooming-in.
- Privatärztliche Behandlung auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung hinaus.

Schon gewusst? Trotz »beitragsfreier Mitversicherung« zahlen Familien mehr, als sie an Kosten verursachen.

Eine Familie mit durchschnittlichem Einkommen zahlt selbst dann, wenn sie 3 Kinder hat, bis zur Renteneintrittsphase mehr Beiträge, als sie an Kosten im Durchschnitt verursacht. So müssen auch Familien die Gesundheitsausgaben der Rentner mitfinanzieren. In der PKV sorgen dagegen Alterungsrückstellungen dafür, dass die nächste Generation nicht belastet wird.



Vereinfachte Darstellung aus der Studie der Bertelsmann Stiftung »Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung« 2013, S. 54. Datenbasis: Beiträge und Ausgaben aller GKV-Versicherten.

Privat mitversichert ist optimal versichert.

Als Privatversicherter können Sie Ihren Nachwuchs ab Geburt **ohne Risikoprüfung** mitversichern – und Ihren Kindern damit von Anfang an optimale Behandlungs- und Versorgungsqualität auf hohem PKV-Niveau sichern.

Die Beiträge sind dabei deutlich niedriger als für Erwachsene, da für Kinder keine Alterungsrückstellungen gebildet werden müssen. Dies ist erst ab 21 Jahren der Fall.

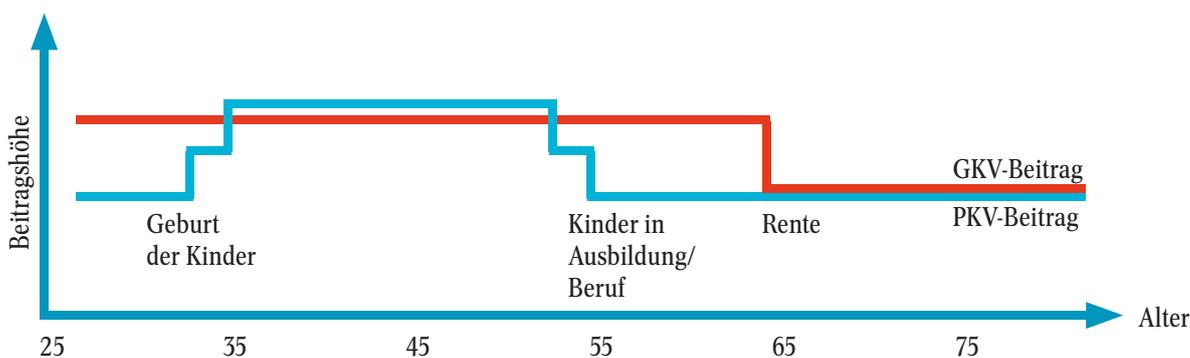
Obwohl in der PKV jedes Familienmitglied seinen eigenen Beitrag hat, erhalten Arbeitnehmer ihren Arbeitgeberzuschuss für den gesamten Vertrag. Der Zuschuss beträgt 50 % der Beiträge bis zu dem Höchstbetrag, den der Arbeitgeber an die GKV zahlen müsste.



Günstige Beiträge für Kinder

Die PKV braucht keinen Vergleich zu scheuen:

Betrachtet man den GKV-Beitrag und den Beitrag eines vergleichbaren PKV-Versicherungsschutzes über die gesamte Lebenszeit eines Versicherten, zeigt sich: Die Beitragsbelastung in der PKV – inklusive der Beiträge für Kinder – ist häufig sogar niedriger als in der GKV, vor allem dann, wenn beide Ehepartner dauerhaft berufstätig sind. Ein privater Versicherungsschutz ist damit auch für Familien eine echte Alternative.



Schematische Darstellung eines möglichen Beitragsverlaufs mit zwei Kindern, Ehepartner in der GKV pflichtversichert, ohne Berücksichtigung von Beitragsanpassungen in der GKV/PKV.

PKV-Vorteile für die ganze Familie

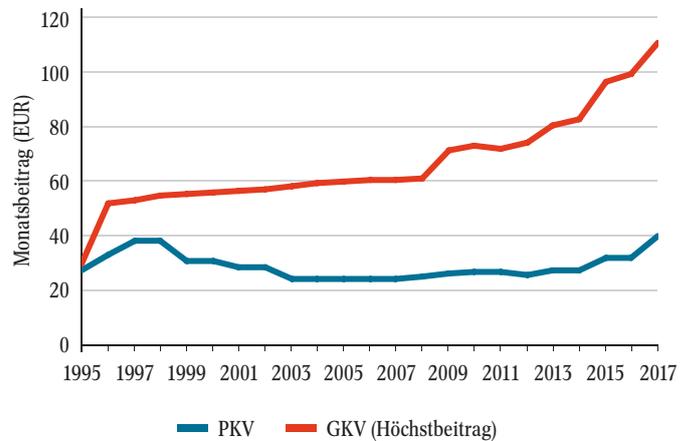
- Mitversicherung Ihrer Kinder ab Geburt und ohne Gesundheitsprüfung.
- Dieselbe optimale Behandlungs- und Versorgungsqualität.
- Maximale Absicherung zu minimalen »Kinder-Beiträgen«.
- Voller Arbeitgeberzuschuss für den gesamten Vertrag bis zum Höchstbetrag.
- In der Pflegepflichtversicherung zahlen mitversicherte Kinder keinen Beitrag.

Wie sieht es mit der Pflegeversicherung aus?

Mit Ihrer Entscheidung über die Krankenversicherung wählen Sie automatisch das System Ihrer Pflegepflichtversicherung. Diese wurde 1996 in zwei Formen – als Soziale Pflegeversicherung (SPV) und als Private Pflegepflichtversicherung (PPV) – eingeführt. Die Leistungen sind dabei jeweils gleich. Sie sind gestaffelt in 5 Pflegegrade.

Nachhaltige Finanzierung der PKV zahlt sich aus

Während sich in der GKV die SPV über das Umlageverfahren finanziert und kaum Rücklagen bildet, sorgen die Versicherten der PPV für ihre zukünftigen Pflegekosten selbst vor. Mit Erfolg: Inzwischen ist die Beitragsentwicklung in der Privaten Pflegepflichtversicherung deutlich stabiler.

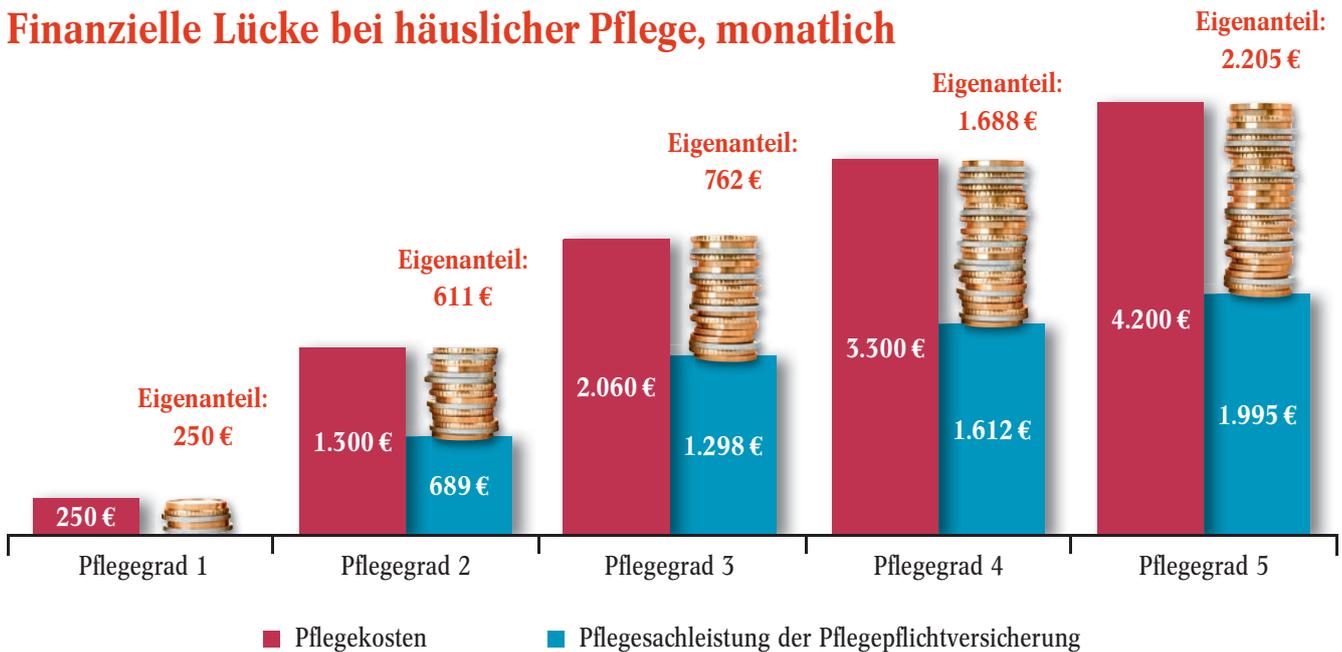


Entwicklung der Bestandsbeiträge einer 53-jährigen Person in der Pflegeversicherung seit 1995.

Kinder haften für ihre Eltern

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung decken nur einen Teil der Kosten im Pflegefall ab. Die Lücke muss aus Einkommen und Vermögen finanziert werden. Reicht dies nicht aus, sind Ehepartner, Kinder und ggf. Eltern unterhaltspflichtig.

Finanzielle Lücke bei häuslicher Pflege, monatlich



Finanzielle Lücke bei stationärer Pflege

Im Pflegeheim gilt seit 2017: Der Eigenanteil an den Pflegekosten bleibt über die Pflegegrade 2 bis 5 gleich hoch. Er ist allerdings je Pflegeheim unterschiedlich. Zudem fallen weitere Kosten an, unter anderem für Unterkunft und Verpflegung. Der gesamte Eigenanteil liegt meist zwischen 1.500 Euro und 2.500 Euro monatlich.

Schließen Sie die Lücke mit einer privaten Pflege-Zusatzversicherung

- In staatlich geförderten Tarifen ist ein Zugang auch ohne Gesundheitsprüfung möglich.
- Es gibt Tarife mit sehr günstigem Einstiegsbeitrag – so können Sie sich auch in jungen Jahren voll absichern.

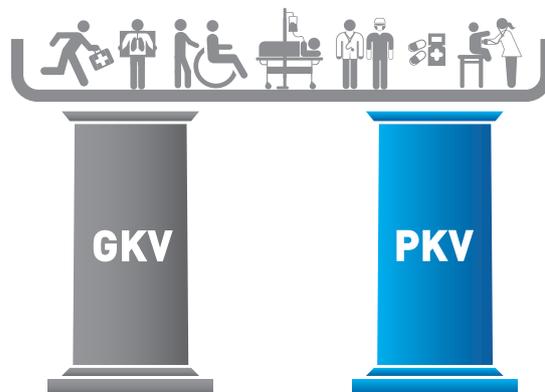
Die PKV: tragende Säule des deutschen Gesundheitssystems.

Zwei Versicherungssysteme – eine Versorgungsstruktur.

Außer Frage steht: Die Gesetzliche und die Private Krankenversicherung sichern gemeinsam die Qualität des Versorgungssystems in Deutschland.

Das bereits seit über 100 Jahren bewährte »Zwei-Säulen-System« garantiert allen Versicherten ein flächendeckendes Angebot von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern.

Unsere medizinische Versorgung gehört daher zu den besten der Welt.



Die Private Krankenversicherung – gut für alle

Mit 32 Milliarden Euro pro Jahr unterstützen Privatversicherte das deutsche Gesundheitssystem. Wären sie stattdessen gesetzlich versichert, würde das System über 12 Milliarden Euro verlieren. Praxisschließungen und Personalabbau wären die Folge. Durch den Beitrag der PKV sind Investitionen möglich, die den hohen medizinischen Standard für alle sichern.

Einheitssysteme.

Alle Länder mit Einheitssystem leiden unter Zwei-Klassen-Medizin.

Überall dort, wo die Krankenversicherung in einem Einheitssystem organisiert ist, werden die Leistungen stärker rationiert. So entsteht echte Zwei-Klassen-Medizin: In diesen Ländern haben nur Menschen, die es sich leisten können, Zugang zu Spitzenmedizin – außerhalb der Einheitsversorgung.

Großbritannien

Über 5 Millionen Patienten stehen auf Wartelisten. Bekommen oft erst nach Monaten einen Arzttermin. Leistungen werden zum Teil aus Kostengründen verweigert.

Niederlande

Über den Zugang zu einem Facharzt muss der Hausarzt entscheiden.

Frankreich

Durchschnittlich 25% der Krankheitskosten muss jeder selbst tragen.

Spanien und Dänemark

Keine freie Wahl von Haus- und Fachärzten.

Schweiz

Zugangshürden durch hohe obligatorische Zuzahlungen von bis zu 1.000 Franken (rund 900 Euro).

Quelle: PKV-Verband

Die seit einigen Jahren diskutierten Konzepte einer Einheitsversicherung mögen daher zunächst sympathisch klingen. Die Gefahr ist jedoch groß, dass es durch den Umbau der Krankenversicherung zu einer stärkeren staatlichen Bevormundung, einem eingeschränkteren Leistungskatalog und weniger Wettbewerb kommt.

Sichern Sie sich daher jetzt die Chance auf die PKV. Denn ganz gleich, was kommt: Heute haben Sie die bessere Wahl. Nicht zuletzt sehen die Konzepte der politischen Parteien, die für eine solche Einheitsversicherung plädieren, eine Möglichkeit des Wechsels aus der PKV in eine Einheitsversicherung vor – nicht jedoch umgekehrt.

Wie geht es weiter?

Sie haben die Wahl:

GKV + Zusatzversicherung:

Sie möchten weiterhin gesetzlich versichert bleiben?

Schließen Sie die bestehenden Lücken mit sinnvollen Ergänzungen.

PKV-Vollversicherung:

Sichern Sie sich alle Vorteile einer Privaten Krankenversicherung!



HALLESCHE – einfach ausgezeichnet!



HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart
service@hallesche.de
www.hallesche.de