

Beitragsanpassung zum 01.01.2026

Ihre Fragen – Unsere Antworten

Vertrauen, das bleibt.

FAQ
nur zur internen
Verwendung



Beitragsanpassung zum 01.01.2026

Ihre Fragen – unsere Antworten!

Inhalt

1. Allgemeine Infos zur Beitragskalkulation in der PKV / GKV.

1.1	Wie werden Beiträge in der Privaten Krankenversicherung (PKV) kalkuliert?	4
1.2	Wie sorgt die PKV für die bestehende Leistungsgarantie der Versicherten vor?	4
1.3	Welche Rechnungsgrundlagen nehmen Einfluss auf die Beitragshöhe?	4
1.4	Was können Kunden machen, wenn sie ihren Beitrag nicht mehr zahlen können?	5
1.5	Wie werden in der GKV Beiträge finanziert?	5
1.6	Wie setzt sich der Beitrag in der GKV zusammen?	5
1.7	Wie haben sich die Beiträge in der GKV und PKV in den letzten Jahren entwickelt?	6

2. Allgemeine Infos zu Beitragsanpassungen (BAP) in der PKV.

2.1	Warum kommt es im Laufe der Zeit zu Beitragsanpassungen?	6
2.2	Wie läuft eine BAP ab?	7
2.3	Welche Personen oder Institutionen sind inner- und außerhalb des Unternehmens an einer BAP beteiligt?	7
2.4	Welche Rechtsnormen sind maßgebend für eine BAP bei privaten Krankenversicherern?	7
2.5	Bedeutet eine BAP immer eine Beitragserhöhung?	7
2.6	Kann es auch zu mehreren BAP innerhalb weniger Kalenderjahre kommen?	7
2.7	Was ist ein „Auslösender Faktor“ (AF) und wie erfolgt die Berechnung?	8
2.8	Kann man von der Höhe des AF auf die individuelle BAP schließen?	8
2.9	Warum steigen die Beiträge manchmal sprunghaft an?	8
2.10	Beteiligt sich auch der Arbeitgeber an einer Beitragsanpassung?	8
2.11	Welchen Einfluss hat eine BAP auf die Beitragsrückerstattung oder Pauschalleistung?	8
2.12	Kann man den höheren Beitrag von der Steuer absetzen?	9
2.13	Warum ist es sinnvoll auch bei einer Beitragsanpassung das Versicherungsunternehmen nicht zu wechseln bzw. keine Umdeckungen vorzunehmen?	9

3. BAP zum 01.01.2026.

3.1	Welche Tarife sind von der BAP zum 01.01.2026 betroffen?	9
3.2	Wann wurden die von der BAP zum 01.01.2026 betroffenen Tarife zuletzt angepasst?	9
3.3	Wie werden die Versicherten der Continentale über die bevorstehende BAP informiert?	9
3.4	Weshalb fällt die Beitragsanpassung in einigen Tarifen der Krankheitskostenversicherung gering und in anderen Tarifen höher aus?	10
3.5	Welche Rollen spielt der medizinische Fortschritt bei der aktuellen Beitragsanpassung?	10
3.6	Welche Auswirkungen hat die Zinsmarktentwicklung auf die aktuelle Beitragsanpassung?	10
3.7	Wie kann ich mich über die BAP von Mitbewerbern informieren?	10



1. Allgemeine Infos zur Beitragskalkulation in der PKV / GKV.

1.1 Wie werden Beiträge in der Privaten Krankenversicherung (PKV) kalkuliert?

Die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge in der PKV erfolgt grundsätzlich nach dem sogenannten Äquivalenzprinzip. Dabei wird stets ein Kollektiv betrachtet, das zu Versicherungsbeginn gleichaltrig ist. In jedem einzelnen Kollektiv muss die Summe aus den Beitragseinnahmen über die gesamte Versicherungszeit die Summe aller zu erwartenden Versicherungsleistungen decken. Verschlechtert sich im Laufe der Zeit der Gesundheitszustand eines Versicherten im Kollektiv, hat das keine Auswirkungen auf dessen individuellen Beitrag zur Krankenversicherung. Denn es ist ja gerade der Sinn einer Versicherung, dass der einzelne Versicherte im Schadensfall von der Versichertengemeinschaft aufgefangen wird. Eine individuelle Beitragserhöhung wegen einer Erkrankung gibt es also nicht.

Um den Beitrag in der PKV risikogerecht kalkulieren zu können, werden u. a. die folgenden Informationen herangezogen:

- Umfang der versicherten Leistungen
- Alter der Versicherten
- Gesundheitszustand des Versicherten bei Vertragsbeginn
- Geschlecht – bei Versicherungsbeginn vor dem 21.12.2012 in geschlechtsabhängig kalkulierten Tarifen der Bisex-Welt
- evtl. weitere tarifspezifische Merkmale (z. B. Beruf)

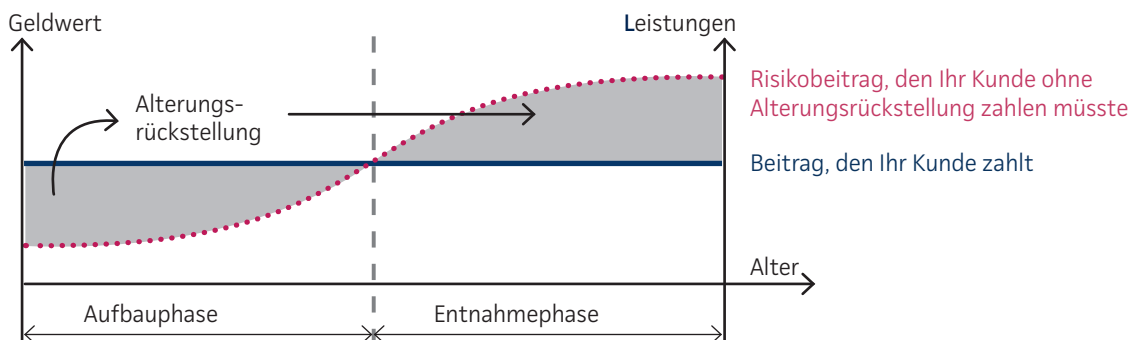
1.2 Wie sorgt die PKV für die bestehende Leistungsgarantie der Versicherten vor?

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), müssen in der PKV nicht die jüngeren Versicherten die höheren Ausgaben für ältere Versicherte mitfinanzieren. Vielmehr sorgt hier jede Generation für sich selbst vor. Dafür kalkulieren die privaten Krankenversicherungen nach dem sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahren. Das heißt, es werden aus den Beiträgen Rückstellungen für die mit dem Alter steigenden Versicherungsleistungen gebildet. Der Beitrag in der PKV wird über die gesamte Versicherungsdauer so kalkuliert, dass er

- in jungen Jahren oberhalb der durchschnittlich zu erwartenden Ausgaben je Versicherten und
- in späteren Jahren darunter liegt.

Der sich in jungen Jahren ergebende Mehrbeitrag wird in der sogenannten Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die tatsächlichen Ausgaben für Gesundheitsleistungen über dem Beitrag liegen, wird die Differenz durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen des Versichertenkollektivs finanziert. Wie der Verlauf der Alterungsrückstellungen ist, hängt vom jeweiligen Tarif ab.

Die nachfolgende Modellskizze verdeutlicht das in der PKV vorgesehene Kapitaldeckungsverfahren.



1.3 Welche Rechnungsgrundlagen nehmen Einfluss auf die Beitragshöhe?

Die Rechnungsgrundlagen gemäß § 2 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) sind (siehe QR-Code) z. B.

- der Rechnungszins
- die Ausscheidewahrscheinlichkeit (Sterbewahrscheinlichkeiten und sonstige Abgangs- bzw. Stornowahrscheinlichkeiten je Person und Alter)
- die Kopfschäden (durchschnittlich erwartete tarifliche Versicherungsleistungen je Person und Alter)
- der Sicherheitszuschlag
- die sonstigen Beitragszuschläge (z. B. Kosten für Vertragsabschluss, -verwaltung und Schadenbearbeitung)
- die Übertrittswahrscheinlichkeiten zur Berechnung des Übertragungswertes

Jede einzelne Rechnungsgrundlage ist jeweils nachzuweisen und mit ausreichenden Sicherheiten zu versehen.



§ 2 KVAV

1.4 Was können Kunden machen, wenn sie ihren Beitrag nicht mehr zahlen können?

Neben den Umtarifierungsmöglichkeiten in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) stehen den Kunden in der PKV zwei gesetzlich verankerte Sozialtarife zur Verfügung: der Standardtarif und der Basistarif. Diese Tarife werden von jedem PKV-Unternehmen angeboten.

Der Standardtarif ist der Sozialtarif der PKV für langjährig Privatversicherte in Krankenvollversicherungstarifen der Bisex-Welt, die dort schon vor dem 01.01.2009 versichert waren. Hier können sie im Alter bei Bedarf durch Umtarifierung in den Standardtarif ihren Beitrag reduzieren. Allerdings sind die Leistungen auch nur vergleichbar mit denen der GKV.

Darüber hinaus kommt bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen der Basistarif als verbandseinheitlicher Sozialtarif der PKV in Frage. Der Beitrag darf den aktuellen Höchstbeitrag in der GKV zzgl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrags in der GKV nicht überschreiten. Bei Vorliegen von Hilfebedürftigkeit (im Sinne des Sozialgesetzbuches XII) kann der Beitrag halbiert werden. Die Leistungen sind auch in diesem Sozialtarif vergleichbar mit denen der GKV.

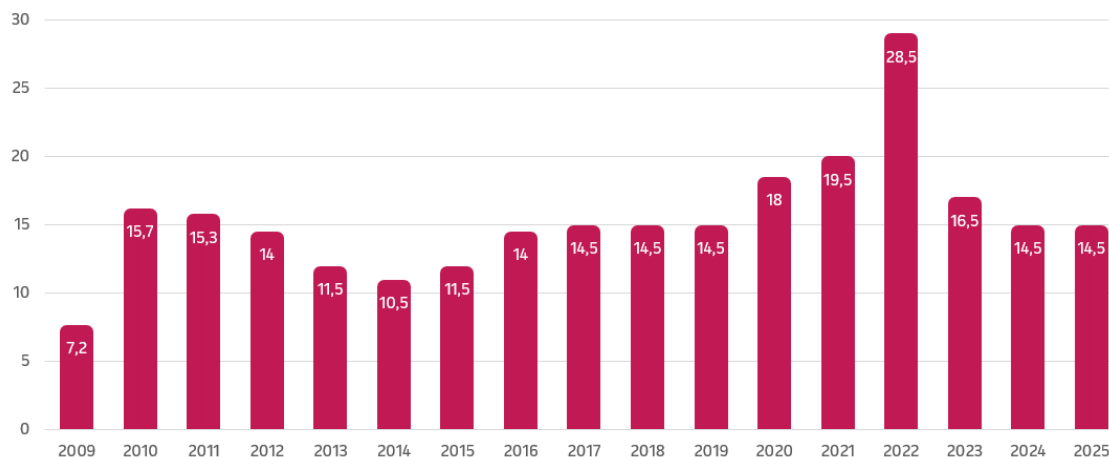
1.5 Wie werden in der GKV Beiträge finanziert?

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde der Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 in Deutschland eingeführt. In ihm werden die Beitragseinnahmen, die die Kassen bei ihren Mitglieder erheben, zusammen mit dem steuerfinanzierten Bundeszuschuss gebündelt. Entsprechend der Struktur ihrer Versicherten stellt der Gesundheitsfonds den gesetzlichen Krankenkassen die Mittel zur Finanzierung ihrer Leistungen zur Verfügung.

Durch diesen steuerfinanzierten Zuschuss konnte der allgemeine Beitragssatz der GKV seit 2015 auf konstantem Niveau gehalten werden. Schwankungen gab es bei den von den Kassen erhobenen Zusatzbeiträgen.

Eine Steuerfinanzierung zur Abmilderung von Beitragsanpassungen ist für die PKV nicht vorgesehen.

Höhe des steuerlichen Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds in den Jahren 2009 bis 2025 (in Milliarden Euro)



Quelle: www.bundesgesundheitsministerium.de

1.6 Wie setzt sich der Beitrag in der GKV zusammen?

Die Beiträge bemessen sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (§ 226 SGB V) bis zu der sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (BBG), die jährlich neu beschlossen wird. Im Jahr 2025 beträgt die BBG 5.512,50 € monatlich, zum 01.01.2026 steigt sie auf monatlich 5.812,50 €.

Der gesetzlich festgeschriebene allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen und gilt nur für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben (außer Bezieherinnen und Bezieher gesetzlicher Renten sowie von Versorgungsbezügen). Zusätzlich erheben die Krankenkassen einen Zusatzbeitrag, um ihren Finanzbedarf, der über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hinausgeht, zu decken. Der Zusatzbeitrag wird nach einem von jeder Krankenkasse festgelegten Zusatzbeitragssatz bemessen. Die Zusatzbeitragssätze orientieren sich am durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der GKV, den das Bundesministerium für Gesundheit jeweils für ein Jahr im Voraus bekannt gibt; sie variieren jedoch von Krankenkasse zu Krankenkasse. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz beträgt für das Jahr 2025 2,5 % und steigt nach aktueller Prognose für das Jahr 2026 auf 2,9 %.

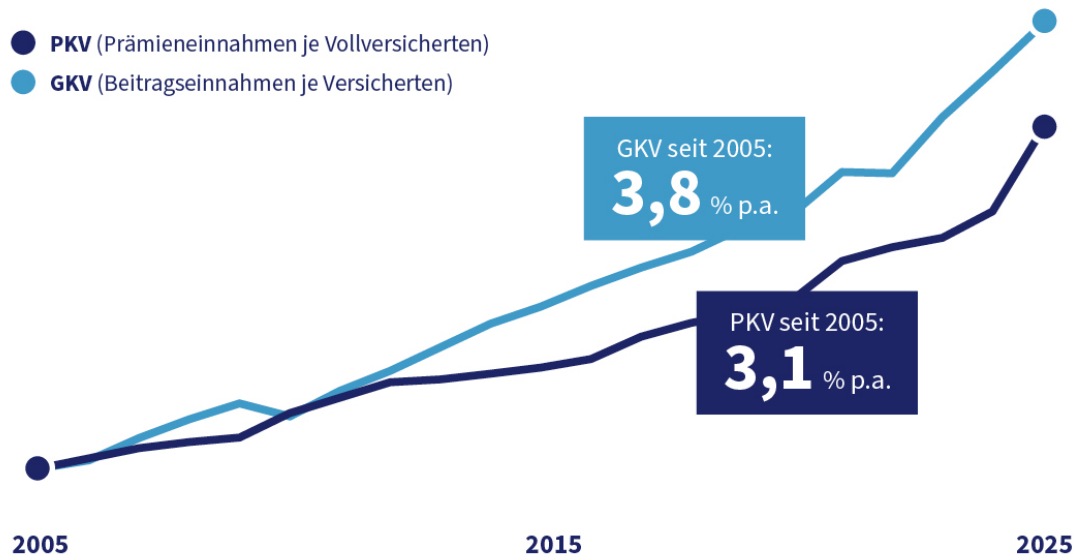
Arbeitgeber beziehungsweise Rentenversicherungsträger beteiligen sich zur Hälfte an den GKV-Beiträgen.

Mitversicherte Kinder, Ehegatten und Lebenspartner (Familienversicherte) zahlen keinen Beitrag.

1.7 Wie haben sich die Beiträge in der PKV und GKV in den letzten Jahren entwickelt?

Die Beiträge in der PKV und GKV sind oft mit Steigerungen verbunden. Jedoch schneidet die PKV langfristig günstiger ab: So stiegen die Beiträge zwischen 2015 und 2025 in der PKV mit durchschnittlich 3,9 % pro Jahr etwas weniger stark als die Beitragsbelastung in der GKV mit 4,1 %. Im Zeitraum von 2005 bis 2025 liegt der Beitragsanstieg in der PKV mit durchschnittlich +3,1 % pro Jahr noch deutlicher unter dem Anstieg in der GKV von +3,8 %. Ein wesentlicher Unterschied liegt dabei im zeitlichen Verlauf der Steigerungen: Während die GKV ihre Beiträge regelmäßig anpasst, bleiben diese in den Tarifen der PKV oft über mehrere Jahre unverändert, bevor es zu einer überdurchschnittlichen Erhöhung kommt. Das liegt an den gesetzlichen Vorschriften, die eine Anpassung der PKV-Beiträge erst bei Überschreiten eines bestimmten Schwellenwertes erlauben.

Bei der Continentale Krankenversicherung a.G. liegt der Schwellenwert für die Veränderung der Versicherungsleistungen in den meisten Tarifen bei 5 %, in Ausnahmefällen bei 10 %.



Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

2. Allgemeine Infos zu Beitragsanpassungen (BAP) in der PKV

2.1 Warum kommt es im Laufe der Zeit zu Beitragsanpassungen?

Mit Abschluss einer PKV erhält der Versicherte einen dauerhaften Versicherungsschutz, dessen Umfang der Versicherer grundsätzlich nicht einseitig erweitern oder reduzieren darf. Hingegen kann sich der Umfang der Leistungsausgaben durchaus ändern. Hierfür gibt es verschiedene Ursachen:

- Die Versicherten benötigen mehr Versicherungsleistungen als anhand der Rechnungsgrundlagen für die Beiträge einkalkuliert wurden, z. B. durch höhere Inanspruchnahme der versicherten Leistungen.
- Es etablieren sich neue, oft teure, Behandlungsmethoden und medizinisch-technische Geräte.
- Die allgemeine Entwicklung der Preise im Gesundheitswesen betrifft meist auch die PKV.

Falls es keine Veränderungen der Leistungsausgaben gäbe, blieben die Versicherungsbeiträge durch die Art ihrer Kalkulation konstant. Das trifft allerdings nur zu, sofern sich auch die Sterbewahrscheinlichkeiten nicht ändern.

Denn neben den veränderten Versicherungsleistungen gibt es noch einen weiteren Auslöser für Beitragsanpassungen in der PKV: die zurückgehenden Sterbewahrscheinlichkeiten. Das Versicherungsunternehmen muss die Beiträge so kalkulieren, dass die Alterungsrückstellungen bis ans Lebensende der Versicherten reichen. Gehen die Sterbewahrscheinlichkeiten zurück, erhöht sich damit die durchschnittliche Lebenserwartung und infolgedessen müssen mehr Alterungsrückstellungen gebildet werden. Deshalb hat jedes Versicherungsunternehmen jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten per Gesetz mittels Barwerten zu vergleichen.

Ergibt die Gegenüberstellung von erforderlichen und kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung über dem tariflich geregelten Schwellenwert (i. d. R. 5 % oder 10 %) und ist diese Überschreitung nicht als vorübergehend zu bewerten, müssen alle Rechnungsgrundlagen der betreffenden Beobachtungseinheit überprüft werden. Beim Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten wird die Überprüfung immer schon bei einer Abweichung von über 5 % notwendig. Man spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die „Auslösenden Faktoren“ (AF; s. Punkt 2.7 f.) angesprochen haben.

2.2 Wie läuft eine BAP ab?

Je Beobachtungseinheit und jeweils für die Versicherungsleistungen und die Sterbewahrscheinlichkeiten werden jährlich nach gesetzlich vorgegebenen Verfahren die erforderlichen mit den kalkulierten Werten verglichen. Ergibt dieser Vergleich bei den Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 % oder bei den Versicherungsleistungen eine nicht nur vorübergehende Abweichung von mehr als dem tariflich oder gesetzlich geregelten Schwellenwert, ist eine Überprüfung aller Beiträge unter Einbeziehung sämtlicher Rechnungsgrundlagen gesetzlich vorgeschrieben. Liegen beide Abweichungen unter dem jeweiligen Grenzwert, ist eine Beitragsüberprüfung und somit auch eine Anpassung nicht möglich.

In den vergangenen Jahren sind die Behandlungskosten, nicht zuletzt aufgrund des medizinischen Fortschritts, stetig gestiegen. Eine Anpassung der Kalkulation war dennoch in vielen Fällen nicht möglich, da die festgestellte Abweichung den Schwellenwert nicht überschritten hat.

Im Falle einer Neukalkulation müssen die kalkulierten Leistungen angepasst und die übrigen Rechnungsgrundlagen wie z. B. Storno- und Sterbewahrscheinlichkeiten sowie der Rechnungszins aktualisiert werden. Bei einer BAP kann das Versicherungsunternehmen auch vereinbarte Selbstbehalte anpassen.

Die sich durch die Neukalkulation ergebenden Beiträge werden von dem zuständigen unabhängigen Treuhänder auf Notwendigkeit und Zumutbarkeit geprüft. Der Treuhänder vertritt per Gesetz die Interessen der Versicherten. Er hat im Ergebnis den geänderten Beiträgen zum 01.01.2026 zugestimmt und damit bestätigt, dass durch die Anpassung die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind.

2.3 Welche Personen oder Institutionen sind inner- und außerhalb des Unternehmens an einer BAP beteiligt?

Für die Erstellung der Kalkulation ist im Versicherungsunternehmen der verantwortliche Aktuar zuständig. Er legt zudem jährlich die kommentierten auslösenden Faktoren dem vom Versicherungsunternehmen beauftragten unabhängigen mathematischen Treuhänder sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde, der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), vor. Dem unabhängigen zuständigen Treuhänder obliegt die Kontrolle und Überprüfung der Tarife bzw. der Beobachtungseinheiten innerhalb der jeweiligen Tarife, in denen eine Beitragsanpassung erforderlich ist. Darüber hinaus prüft er, ob die Berechnung der auslösenden Faktoren nach den Festlegungen der Kalkulation und der Rechtsvorschriften erfolgt ist. Ferner muss der Treuhänder einer Beitragsanpassung zustimmen, bevor diese gegenüber den Versicherten wirksam wird. Die brancheneinheitliche Pflegepflichtversicherung (Tarife PVN und PVB) wird von einem durch den PKV-Verband berufenen unabhängigen Treuhänder geprüft.

2.4 Welche Rechtsnormen sind maßgebend für eine BAP bei privaten Krankenversicherern?

Dem Beitragsanpassungsprozess liegen aufsichtsrechtliche Vorgaben bezüglich der Kalkulation der Beiträge zugrunde, welche im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), dem VVG sowie in der KVAV niedergelegt sind.

Zu den jeweiligen Rechtsnormen gelangen Sie durch Scannen des QR-Codes mit Ihrem mobilen Endgerät.



2.5 Bedeutet eine BAP immer eine Beitragserhöhung?

Nein. Beitragsanpassung heißt nicht automatisch Beitragserhöhung. Mit der Beitragsanpassung zum 01.01.2026 senken wir z. B. Beiträge in den Tarifen CEB-PLUS-U oder KS-U.

2.6 Kann es auch zu mehreren BAP innerhalb weniger Kalenderjahre kommen?

Das VAG sieht einen „zumindest jährlichen“ Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen vor (§ 155 Abs. 3 VAG). Überschreiten die auslösenden Faktoren (AF; s. dazu auch Punkt 2.7 f.) jährlich den tariflich geregelten Schwellenwert, sind ggf. auch jährlich die Beiträge anzupassen.

2.7 Was ist ein „Auslösender Faktor“ (AF) und wie erfolgt die Berechnung?

Auslöser für eine Beitragsüberprüfung und -anpassung ist eine relevante Änderung der Versicherungsleistungen oder Sterbewahrscheinlichkeiten. Als relevant gilt eine Änderung, wenn die Abweichung der erforderlichen von den kalkulierten Versicherungsleistungen bzw. Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils oberhalb eines in den AVB oder Gesetz festgelegten Schwellenwertes liegt. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von AF. Differenziert wird zwischen dem AF „Versicherungsleistungen“ und dem AF „Sterbewahrscheinlichkeiten“.

Für den AF „Versicherungsleistungen“ vergleicht die Continentale Krankenversicherung a.G. je Beobachtungseinheit auf Basis der Leistungsausgaben der vergangenen drei Jahre den im Folgejahr erforderlichen Bedarf mit den kalkulierten Leistungsausgaben. Ergibt dieser Vergleich eine über dem tariflichen Schwellenwert liegende Abweichung, wird eine Anpassung der Beiträge vorgenommen, sofern diese Abweichung nicht als nur vorübergehend anzusehen ist.

Für den AF „Sterbewahrscheinlichkeiten“ werden die erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten durch die Betrachtung von Barwerten verglichen. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % ist eine Anpassung der Beiträge per Gesetz vorgeschrieben.

2.8 Kann man von der Höhe des AF auf die individuelle BAP schließen?

Nein. Eine Abweichung der erforderlichen von den kalkulierten Versicherungsleistungen bzw. Sterbewahrscheinlichkeiten oberhalb des jeweiligen Schwellenwertes ist nur der Auslöser für die Überprüfung der Beiträge. Der AF entspricht nicht der Höhe der individuellen BAP. Dies hat beispielsweise folgende Ursachen:

- Der AF beruht auf einem Durchschnitt über alle Alter der jeweiligen Beobachtungseinheit. Die Versicherungsleistungen bzw. Sterbewahrscheinlichkeiten werden bei der Kalkulation der Beiträge jedoch für jedes einzelne Alter festgelegt. Daher können sich für verschiedene Alter sehr unterschiedliche Abweichungen vom alten Beitrag ergeben.
- Falls die Gegenüberstellung ergibt, dass in einer Beobachtungseinheit der AF oberhalb des Schwellenwertes liegt und eine Beitragsüberprüfung notwendig ist, sind stets alle Rechnungsgrundlagen zu analysieren und ggf. zu aktualisieren. Die maßgeblichen Rechnungsgrundlagen „Versicherungsleistungen“ und „Sterbewahrscheinlichkeiten“ sind nicht die einzigen Rechnungsgrundlagen, die sich auf den Beitrag auswirken. Weitere Rechnungsgrundlagen sind beispielsweise die Stornowahrscheinlichkeit der Versicherten sowie der Rechnungszins (siehe auch § 2 KVAV betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung).

2.9 Warum steigen die Beiträge manchmal sprunghaft an?

Ein zentrales Problem der gesetzlichen Regelung zur Beitragsanpassung ist die isolierte Betrachtung der auslösenden Faktoren „Versicherungsleistungen“ und „Sterbewahrscheinlichkeiten“. Die kumulierende Wirkung der Rechnungsgrundlagen bleibt unerkannt. Liegen beide AF innerhalb der Schwellenwerte (z. B. 5 %), hat das Unternehmen keine Anpassungsmöglichkeit. Zeigen die beiden Faktoren beispielsweise Erhöhungen von 4,95 % und 4,95 % an, ergäbe sich eine multiplikative Gesamterhöhung von 10,15 % (ohne Berücksichtigung von Änderungen weiterer Rechnungsgrundlagen). Dies bewirkt, dass die Folgeanpassung wesentlich höher ausfällt.

2.10 Beteiligt sich auch der Arbeitgeber an einer Beitragsanpassung?

Der Arbeitgeber beteiligt sich mit 50 % an dem Beitrag zur Krankenvoll- und Pflegeversicherung und damit auch an Beitragserhöhungen. Voraussetzung ist, dass der maximale Arbeitgeberzuschuss noch nicht ausgeschöpft ist. Somit können Beitragsanpassungen für Arbeitnehmer durch den Arbeitgeberzuschuss ein Stück weit abgemildert werden.

2.11 Welchen Einfluss hat eine BAP auf die Beitragsrückerstattung oder Pauschalleistung?

Grundlage für die Ermittlung der Beitragsrückerstattung und Pauschalleistung in unseren Tarifen sind die gezahlten Beiträge (ohne Gesetzlichen Zuschlag). Ausnahme ist der Tarif BUSINESS, der einen festen Pauschalleistungs-Grundbetrag (PLG) als Grundlage für die Pauschalleistung und Beitragsrückerstattung vorsieht, der sich im Rahmen einer BAP für Erwachsene dynamisch erhöhen kann. So erfolgt zum 01.01.2026 eine Anpassung des PLG von 460 € auf 480 €.

Je höher der Beitrag ist, desto höher fällt folglich die Beitragsrückerstattung bzw. Pauschalleistung aus. Die Auszahlung der höheren Beträge erfolgt dann im Folgejahr, soweit die Voraussetzungen für die Auszahlung auf Grundlage weiterhin erfüllt sind (z. B. Leistungsfreiheit).

2.12 Kann man den höheren Beitrag von der Steuer absetzen?

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung können als Sonderausgaben in der Einkommensteuererklärung geltend gemacht werden.

Bei privaten Krankenversicherungen (PKV) sind grundsätzlich die Anteile abzugsfähig, die der Basisabsicherung entsprechen (entspricht dem gesetzlich vorgesehenen Maß der GKV-Leistungen). Beiträge, die auf Komfort- oder Wahlleistungen entfallen, sind in der Regel nicht abzugsfähig. In bestimmten Einzelfällen kann jedoch auch auf diese Anteile eine steuerliche Wirkung eintreten, da diese als Vorsorgeaufwendungen im Rahmen der Höchstbeträge abziehbar sein können. Die sogenannte Günstigerprüfung wird vom Finanzamt automatisch durchgeführt. Dabei wird geprüft, ob die Steuerersparnis durch Berücksichtigung der PKV-Beiträge höher wäre als durch eine pauschale Absetzung.

Im Allgemeinen mindern Erstattungen, die auf die Basisabsicherung entfallen, den abzugsfähigen Betrag im Jahr der Auszahlung entsprechend.

Die vorstehenden Ausführungen geben lediglich einen kurzen Überblick über die steuerlichen Regelungen, eine Steuerberatung im Einzelfall ersetzen sie nicht.

2.13 Warum ist es sinnvoll auch bei einer Beitragsanpassung das Versicherungsunternehmen nicht zu wechseln bzw. keine Umdeckungen vorzunehmen?

- Kompletter Verlust der Alterungsrückstellung (Erläuterung s. 1.2.) für Verträge, die vor dem 01.01.2009 geschlossen wurden.
- Teilweiser Verlust der Alterungsrückstellung (Erläuterung s. 1.2.) für Verträge, die ab dem 01.01.2009 geschlossen wurden. PKV-Versicherte, die seit dem 01.01.2009 einen Vertrag abgeschlossen haben, können bei einem Wechsel zu einem anderen Unternehmen neben dem Teil der Alterungsrückstellungen, die durch den gesetzlichen Zuschlag aufgebaut wurden, zusätzlich ausschließlich die angesparten Alterungsrückstellungen nur bis maximal zu der Höhe mitnehmen, die bei einer Versicherung im Basistarif aufgebaut worden wäre.
- Erneute Bonitätsprüfung: Bewertung des Zahlungsausfallrisikos. Die erneute Prüfung kann zu Antragsablehnungen führen.
- Erneute Gesundheitsprüfung: Risikorelevante Vorerkrankungen, die in dem jetzigen Vertrag eingepreist sind, können bei einem PKV-Wechsel dazu führen, dass für diese ein Risikozuschlag erforderlich wird oder können sogar eine Antragsablehnung zu Folge haben.
- Verlust von ggf. aufgebauten Beitragsrückerstattungs- / Pauschalleistungsansprüchen.

3. BAP zum 01.01.2026.

3.1 Welche Tarife sind von der BAP zum 01.01.2026 betroffen?

Eine Übersicht der von der BAP betroffenen Tarife im Neu- und Bestandsgeschäft entnehmen Sie der KV-Info vom 24.10.2025. Sie finden diese im ConNet unter den KV-Fachinformationen.

3.2 Wann wurden die von der BAP zum 01.01.2026 betroffenen Tarife zuletzt angepasst?

Eine Übersicht der letzten BAP-Termine entnehmen Sie der KV-Info vom 24.10.2025. Sie finden diese im ConNet unter den KV-Fachinformationen.

3.3 Wie werden die Versicherten der Continentale über die bevorstehende BAP informiert?

Versicherte der Continentale Krankenversicherung a.G. erhalten ab dem 25.11.2025 eine Kundeninformation „Mitteilung über die Änderung der Beiträge“. Diese enthält zudem die folgenden individuell zugesteuerten Beilagen

- Beilage 4e.2928 / 10.25 Wir für Sie zum Thema „Neue Tarifbeiträge ab 1. Januar 2026“
- Beilage 4e.2406 / 08.25 Hinweise zum Basistarif (BTN / BTB) und Standardtarif (STN / STB) der PKV (wenn Alternativvorschläge gemacht werden)

3.4 Weshalb fällt die Beitragsanpassung in einigen Tarifen der Krankheitskostenversicherung gering und in anderen Tarifen höher aus?

Gemäß § 10 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung hat die Prämienberechnung getrennt für jeden einzelnen Tarif bzw. jede einzelne Beobachtungseinheit eines Tarifs zu erfolgen. Daher müssen bei Beitragsanpassungen je Beobachtungseinheit die eigenen Leistungsentwicklungen berücksichtigt werden. Unterschiedliche Leistungsentwicklungen in den Tarifen bzw. Beobachtungseinheiten führen dann auch zwangsläufig zu unterschiedlichen Anpassungshöhen.

Zudem kann eine Beitragsanpassung nur bei einer in den Versicherungsbedingungen definierten Mindestabweichung der erforderlichen Versicherungsleistungen oder Sterbewahrscheinlichkeiten von den jeweils kalkulierten Ansätzen durchgeführt werden (vgl. § 203 VVG i.V.m. § 155 VAG). Nur wenn eine solche nicht nur vorübergehende Abweichung vorliegt, müssen sämtliche Rechnungsgrundlagen (wie z. B. auch der Rechnungszins) überprüft und, falls erforderlich, aktualisiert werden.

3.5 Welche Rollen spielen der medizinische Fortschritt und die gestiegene Lebenserwartung bei der aktuellen Beitragsanpassung?

Die Ausgaben für medizinische Behandlungen sind unter anderem durch den medizinischen Fortschritt deutlich gestiegen. Insbesondere im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen oder bei den Arzneimitteln wurden in den vergangenen Jahren starke Kostensteigerungen in der PKV beobachtet. So sind die Leistungsausgaben in der Krankenversicherung von 2023 bis 2024 insgesamt um ca. 10 % gestiegen. Neue Behandlungsmethoden sowie neu erforschte und zugelassene Medikamente sind in der PKV meist automatisch mitversichert.

Erfreulicherweise ist zudem die Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt deutlich angestiegen. In der Folge bestehen die Verträge heute länger als früher. Die Versicherten nehmen entsprechend länger Versicherungsleistungen in Anspruch. Veränderungen von Leistungsausgaben (insbesondere Leistungssteigerungen), die gestiegene Lebenserwartung und Vertragsdauer führen dazu, dass mehr Geld zum Aufbau der Alterungsrückstellungen benötigt wird.

Zwar führen Beitragserhöhungen zu finanziellen Mehrbelastungen, demgegenüber profitieren die Versicherten unmittelbar vom medizinischen Fortschritt. Die damit verbundenen besseren Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten führen zu einer besseren medizinischen Versorgung.

Neue Behandlungsmethoden, wie insbesondere die CyberKnife-Therapie zur Behandlung schwer zugänglicher oder beweglicher Tumore, bieten deutlich präzisere Behandlungsmöglichkeiten als frühere Standardverfahren. Die höheren Kosten für diese Behandlungen resultieren aus der fortschrittlichen Technologie und der spezialisierten Anwendung. Gleichzeitig können durch diese Therapie hingegen auch diverse Nebenwirkungen reduziert, Operationen vermieden und Risiken minimiert werden.

Ein weiteres Beispiel sind moderne Immuntherapien. Diese aktivieren gezielt das körpereigene Immunsystem gegen Tumorzellen und ermöglichen eine längere Überlebenszeit als frühere Therapien. Während früher bei vielen bösartigen Erkrankungen, wie insbesondere bei einem metastasiertem Melanom oder Lungenkrebs, die mittlere Überlebenszeit oft bei unter einem Jahr lag und die klassische Chemotherapie wenig wirksam war, können Patienten heute mehrere Jahre länger leben – teils mit langfristiger Tumorkontrolle. Diese Therapien sind besser, aber auch sehr teuer – es können hierfür Kosten in Höhe von etwa 100.000 bis 200.000 € pro Jahr je nach Tumorart und Behandlungsdauer entstehen.

Ebenso im Bereich der Gentherapien sind zahlreiche Entwicklungen zu beobachten. Gentherapien sind Behandlungen, bei denen defekte oder fehlende Gene gezielt verändert oder ersetzt werden, um Krankheiten zu behandeln oder zu heilen. Viele dieser Therapien stammen aus dem Ausland und sind aufgrund der komplexen Forschung, Entwicklung und Herstellung oftmals sehr teuer. Sie eröffnen jedoch neue Möglichkeiten für zuvor unheilbare Erkrankungen, weshalb sie für viele Menschen außerordentlich hilfreich und medizinisch notwendig sind.

3.6 Welche Auswirkungen hat die Zinsmarktentwicklung auf die aktuelle Beitragsanpassung?

Im Rahmen unserer Möglichkeiten haben wir die Zinserholung, die sich am Markt gezeigt hat, berücksichtigt und an unsere Kunden weitergegeben.

3.7 Wie kann ich mich über die BAP von Mitbewerbern informieren?

Mit dem BAP-Guide erhalten Sie online tagesaktuelle Informationen zu den Beitragsanpassungen, Beitragstendenzen und Beitragsgarantien der Mitbewerber in der PKV. Die Informationen sind differenziert nach Neugeschäfts- und Bestandsbeitragsänderungen aufrufbar. Den BAP-Guide erreichen Sie über das ConNet unter folgendem Pfad:

Unsere Produkte > Kranken > Verkaufsunterstützung > Marktvergleich > BAP-Guide Aktuell.



Vertrauen, das bleibt.

Die Continentale Krankenversicherung

Seit über 125 Jahren stehen wir für Verlässlichkeit und Sicherheit. Als Teil des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit sind wir ausschließlich unseren Kunden verpflichtet. Unsere Tarife sind nachhaltig und konservativ kalkuliert. Sie bieten lebenslange Garantien, die heute keine Selbstverständlichkeit mehr sind. Ein sicheres Zuhause für Ihre Zukunft.



Continentale Krankenversicherung a.G.
Continentale-Allee 1
44269 Dortmund
www.continentale.de

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit