

Infoblatt zum Risiko

Krankheit (Behandlungskosten und Versicherungspflicht):

Private Krankenversicherung (PKV)

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) setzt sich seit seiner Gründung im Jahr 1982 dafür ein, Verbraucherrechte gegenüber Politik, Staat und Versicherungslobby zu vertreten. Er ist als gemeinnütziger Verein anerkannt und mit seinen rund 45.000 Mitgliedern eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands. Der BdV finanziert sich über die Beiträge seiner Mitglieder und erhält keine öffentlichen Zuwendungen. So kann er sich überparteilich und unabhängig von politischer Einflussnahme als Interessenvertreter für Versicherte einsetzen.

Der BdV ► **informiert Verbraucher*innen** zu privaten Versicherungen und Altersvorsorge-Themen.

► **setzt sich für Versicherte ein** – aktiv auf politischer Ebene und offensiv über Verbandsklagen.

► **unterstützt seine Mitglieder** bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen und bietet ihnen die Möglichkeit, bestimmte private Risiken über Gruppenversicherungen und Gruppenrahmenverträge abzusichern.

Wer in Deutschland einen Wohnsitz hat, ist zur Absicherung im Krankheitsfall und bei Pflegebedürftigkeit gesetzlich verpflichtet. Auch ist rechtlich geregelt, wann Verträge der privaten Krankenversicherung (PKV) im Rahmen dieser Versicherungspflicht Vorrang haben. PKV-Versicherte sollten dabei dringend prüfen, ob die versicherten Leistungen ihres PKV-Vertrages für eine bedarfsgerechte Absicherung ausreichend sind.

In diesem Infoblatt finden Sie die wichtigsten Informationen zu diesen und weiteren Themen zur PKV und gezielt Antworten zu diesen Fragen:

- Was sollten Sie vor der Auswahl eines Versicherungsvertrages prüfen?
- Welche Informationen bekommen Sie als BdV-Mitglied zu empfehlenswerten Tarifen?

Auf der nächsten Seite finden Sie **das Wichtigste auf einen Blick**.

Das Wichtigste auf einen Blick

Allgemeiner Hinweis: Alle Informationen in diesem Infoblatt haben wir sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen zusammengestellt. Die Infoblätter aktualisieren wir regelmäßig und stellen sie unter <https://www.bunddersicherten.de> bereit – dabei behalten wir uns jederzeit inhaltliche Änderungen vor. Gleichwohl können wir für die Richtigkeit und Aktualität keine Gewähr übernehmen. Das Infoblatt gibt den aus der Fußzeile ersichtlichen Stand wieder, sofern nicht abweichend kenntlich gemacht. Das Infoblatt soll dem Leser eine erste Orientierungshilfe geben und kann keinesfalls eine individuelle Beratung für den konkreten Einzelfall ersetzen.

Sie sind zum Abschluss einer privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gesetzlich verpflichtet, wenn Sie in Deutschland einen Wohnsitz haben und weder

- 1) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, noch
- 2) Anspruch auf Heilfürsorge oder vergleichbare Ansprüche haben und
- 3) keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben.

Wenn Sie PKV-versichert sind, ist für Sie entscheidend, ob die versicherten Leistungen Ihres PKV-Vertrages für eine bedarfsgerechte Absicherung ausreichend sind. Ergänzend sollten Sie auch solche Absicherungen prüfen, die gleichermaßen wichtig sein können.

Die PKV nimmt Sie dann problemlos auf, wenn Sie kerngesund sind. Bestehen bei Antragstellung Vorerkrankungen, entscheidet der Versicherer anhand Ihrer Gesundheitsangaben, ob er den Antrag ablehnt oder nur gegen Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse für bestimmte Erkrankungen annimmt.

Möglich ist der Wechsel in die PKV für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, deren Bruttoeinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze von 64.350 Euro (2022) in einem Kalenderjahr und voraussichtlich auch im Jahr darauf übersteigt. Beihilfeberechtigte und Selbständige können unabhängig von der Höhe ihres Einkommens in die PKV wechseln.

Die Prämien in der PKV werden unabhängig von Ihrem Einkommen festgelegt. Maßgeblich sind Ihr Alter bei Vertragsbeginn, Ihr Gesundheitszustand sowie der Umfang des jeweiligen Tarifs. Im Gegensatz zur GKV kann die PKV bei steigenden Kosten im Gesundheitswesen die vertraglich vereinbarten Leistungen nicht kürzen.

Ausnahme: Der Basis- und der Standardtarif unterliegen den gleichen Änderungen wie die GKV.

Die PKV gibt ihre Kostensteigerungen durch regelmäßige Erhöhungen der Prämien und/oder Selbstbehalte an Ihre Versicherten weiter.

Besonderer Hinweis: Die Leistungen des Basistarifs sind weitgehend mit denen der GKV vergleichbar und diejenigen des Standardtarifs orientieren sich daran (siehe „[Infoblatt – PKV-„Sozialtarife“ \(Basistarif und Standardtarif\)](#)“).

Allgemeiner Hinweis: Die Leistungsunterschiede zwischen den einzelnen Tarifen der Versicherer sind erheblich. Sie sollten daher – wenn eine PKV gewünscht ist – Angebote von mehreren Anbietern einholen und genau miteinander vergleichen.

Ergänzender Hinweis: Eine Rückkehr in die GKV ist nur in Ausnahmefällen möglich und ab 55 Jahren nahezu ausgeschlossen. Vor einem Wechsel in die PKV sollten Sie neutral und anbieterunabhängig beraten. Auch der Wechsel des PKV-Unternehmens ist selten sinnvoll. Meist kommt bei Unzufriedenheit nur ein Tarifwechsel innerhalb eines Krankenversicherers in Frage.

Für Fragen rund um private Versicherungen, Altersvorsorge und die BdV-Mitgliedschaft:

Bund der Versicherten e. V.
Gasstr. 18 – Haus 4
22761 Hamburg

Telefon: +49 40 – 357 37 30 0 (für Mitglieder)
Telefon: +49 40 – 357 37 30 98 (für Nichtmitglieder)
Fax: +49 40 – 357 37 30 99
E-Mail: info@bunddersicherten.de
Internet: www.bunddersicherten.de

Vereinssitz: Hamburg
Amtsgericht Hamburg, VR 23888
Vorstand: Axel Kleinlein (Sprecher), Stephen Rehmke

Inhalt

- 1. Das leistet die Versicherung**
- 2. Das kostet die Versicherung**
- 3. Wer braucht diesen Versicherungsschutz?**
- 4. Was brauchen Sie nicht?**
- 5. Das haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten**
- 6. Diese Pflichten haben Sie aus dem Versicherungsvertrag**
- 7. Diese Kriterien sollte eine private Krankenversicherung erfüllen**
- 8. Geeignete Tarife**

1. Das leistet die Versicherung

Privatversicherte haben eine freie Wahl bei Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten. Basistarifversicherte können nur unter solchen mit Kassenzulassung wählen. Die PKV erstattet privatärztliche Behandlungskosten. Im Versicherungsfall erbringt die PKV Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen im ambulanten und stationären Bereich (soweit vereinbart) und sonst vereinbarte Leistungen. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus werden die Kosten einer privatärztlichen Chefarztbehandlung und die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nur übernommen, wenn Sie einen solchen Tarif gewählt haben. Basis- und Standardtarif-Versicherte haben den gleichen Status wie gesetzlich Versicherte im Krankenhaus.

Hier erhalten Sie einen ersten allgemeinen Überblick über weitere wesentliche Leistungen der PKV:

- **Ambulante Vorsorgeuntersuchungen:** Leistungen sind wie in der GKV vorgesehen, zum Teil aber ohne Einschränkung auf die Programme der GKV sowie ohne Alters- und Diagnosebeschränkung.
- **Heilmittel:** Nur wenige Tarife sehen Erstattungen für alle Heilmittel ohne abschließende Aufzählung vor. Zudem werden die Heilmittel nur teilweise zu 100 Prozent erstattet.
- **Hilfsmittel:** Oft gibt es einen geschlossenen Hilfsmittelkatalog; nur die dort aufgeführten Hilfsmittel werden erstattet.
- **Arzneimittel:** Für Arzneimittel ist eine Selbstbeteiligung möglich.
- **Brillen und Kontaktlinsen:** Je nach Tarif wird für ärztlich verordnete Brillen bis zu bestimmten Höchstbeträgen geleistet und für Kontaktlinsen zumeist, wenn sie medizinisch notwendig sind.
- **Ambulante und stationäre Psychotherapie:** Oft gibt es eine Beschränkung der ambulanten Sitzungsanzahl bzw. der stationären Behandlungstage. Einige Tarife fordern eine vorherige Genehmigung. Zudem ist eine stationäre Psychotherapie manchmal nicht abgedeckt.
- **Ambulante und stationäre Kuren:** Leistungen für ambulante und/oder stationäre Kuren sind nicht in allen Tarifen versichert. Jedoch kann oft zusätzlich ein Kurtarif abgeschlossen werden.
- **Alternative Heilmethoden:** Diese werden nur unter bestimmten eng gesetzten Voraussetzungen erstattet. Meist werden jedoch tariflich Behandlungen durch Heilpraktiker*innen erstattet sowie teilweise alternative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Ärztinnen und Ärzte.

- **Schutz im Ausland:** Es besteht europaweit zeitlich unbegrenzt Versicherungsschutz sowie weltweit mindestens einen Monat oder länger. Eine Verlängerung gegen Mehrprämie ist häufig möglich.
- **Zahnbereich:** Die Kosten für Zahnbehandlungen werden meist zu 100 Prozent erstattet, die für Zahnersatz zwischen 50 und 80 Prozent, häufig jedoch mit Summenbegrenzungen in den ersten Jahren. In der Kieferorthopädie liegt die Kostenerstattung häufig bei 60 bis 80 Prozent, ohne Altersbegrenzung.

Gesondert versicherbare Risiken

Zusätzlich können weitere Risiken versichert werden. Dies ist auch bei einem anderen PKV-Unternehmen als dem, bei dem die private Krankenvollversicherung besteht, soweit dessen Annahmerichtlinien das vorsehen, möglich. Zu den **wichtigsten Zusatzversicherungen** zur PKV zählen:

- **Krankentagegeldversicherung (KT):** Für privatversicherte Selbständige und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ist die Krankentagegeldversicherung sehr wichtig. Sie ersetzt den Verdienstaufschlag bei längerer Krankheit. Die Höhe des Krankentagegeldes sollte sich an ihrem Nettoeinkommen zzgl. der Prämie zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung orientieren. Welche BdV-K.-o.-Kriterien eine gute Krankentagegeldversicherung mindestens erfüllen sollte, finden Sie im „[Infoblatt – Krankentagegeldversicherung](#)“.

Allgemeiner Hinweis: Der Abschluss einer Krankentagegeldversicherung bei einem anderen Versicherer als dem PKV-Vollversicherer ist sinnvoll, wenn die KT nicht die BdV-K.-o.-Kriterien erfüllt und eine KT-Alleinversicherung anderweitig möglich ist (einige Versicherer verlangen dann einen Prämienzuschlag).

Besonderer Hinweis: Ein PKV-Versicherer ist nach neuer Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ([Urteil vom 29. September 2021 – Az.: IV ZR 99/20](#)) berechtigt, mit rückständigen Prämienforderungen aus einer PKV gegen Krankentagegeldansprüche des Versicherungsnehmers aufzurechnen.

- **Auslandsreisekrankenversicherung:** Diese Ergänzung empfiehlt sich für Auslandsreisende insbesondere, wenn Ihre PKV keinen Rücktransport aus dem Ausland vorsieht. (siehe „[Infoblatt – Reiseversicherungen](#)“).

- **Pflegetagegeldversicherung:** Bei Eheleuten und Partnerschaften in Bedarfsgemeinschaften gehört die Pflegetagegeldversicherung zu den wichtigsten Versicherungen und bei Singles zu den wichtigen Versicherungen (siehe „[Infoblatt – Pflegezusatzversicherung](#)“).

Zu den grundsätzlich weniger wichtigen bis unwichtigen Krankenzusatzversicherungen gehören diejenigen in Abschnitt 4.

2. Das kostet die Versicherung

Die PKV-Prämien sind einkommensunabhängig. Maßgeblich sind Alter und Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss sowie der jeweilige Tarif.

Bei steigenden Gesundheitskosten können die vertraglichen Leistungen nicht gekürzt werden, außer im Basis- und Standardtarif. Die PKV gibt die Kostensteigerungen durch Erhöhung der Prämie und/oder der Selbstbeteiligung an ihre Versicherten weiter. Die Versicherer erhöhten ihre durchschnittlichen Monatsprämien z. B. zwischen 2008 und 2014 um bis zu rund sechs Prozent je Kalenderjahr. In mehreren Fällen lag die Erhöhung auch im unteren zweistelligen Bereich.

Lassen Sie sich nicht von anfänglich günstigen Prämien blenden, die zunächst meist unter dem Beitrag der GKV liegen. Denn diese steigen ständig, besonders im Alter. Werden die Prämien für Sie zu hoch, können Teilkündigungen in Frage kommen, z. B. die Kündigung eines Zweibettzimmertarifs mit privatärztlicher Behandlung (wenn Sie Bausteintarife abgeschlossen haben). Auch eine Erhöhung der Selbstbeteiligung kann eine Möglichkeit sein. Ansonsten kann gegebenenfalls nur ein Tarifwechsel innerhalb Ihres Versicherers eine adäquate Lösung bieten (siehe „[Infoblatt – PKV-Tarifwechsel](#)“).

Grundsätzlich ist der Arbeitgeberzuschuss auf die Hälfte Ihrer tatsächlichen Prämie zur PKV und PPV begrenzt. Zugleich trägt er höchstens die Hälfte des maximalen Arbeitgeberanteils für gesetzlich versicherte Beschäftigte und somit aktuell (2022) 384,58 Euro monatlich.

Prämienbeispiele Krankheitskostenvollversicherung (PKV) einschl. Krankentagegeldtarif (KT)

Der Berechnung der Prämienbeispiele liegen neben den BdV-K.-o.-Kriterien diese Leistungsbausteine für den Neuabschluss einer PKV zu Grunde: Ambulante Leistungen mit einem Selbstbehalt von bis zu 500 Euro jährlich, eine Pflegepflichtversicherung sowie für die **erwerbstätige** Person ein Krankentagegeld von 100 Euro ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Die Spanne der Monatsprämien für die günstigsten Tarife stellt sich wie folgt dar:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (ledig – keine Kinder)

Eintrittsalter bei Vertragsabschluss	Versicherte Leistung	Monatsprämie (Spanne günstiger Tarife)
30	Gemäß BdV-K.-o.-Kriterien	500-600 Euro
40	(siehe Abschnitt 7)	600-700 Euro

Eigene Recherche (Stand Juni 2021), Werte sind kaufmännisch gerundet.

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (Ehepaar: nur eine Person erwerbstätig, ein Kind – alle PKV versichert)

Eintrittsalter bei Vertragsabschluss	Versicherte Leistung	Monatsprämie (Spanne günstiger Tarife)
30	Gemäß BdV-K.-o.-Kriterien	1.100-1.400 Euro
40	(siehe Abschnitt 7)	1.300-1.550 Euro

Eigene Recherche (Stand Juni 2021), Werte sind kaufmännisch gerundet.

Selbständig und freiberuflich Tätige (ledig – keine Kinder)

Eintrittsalter bei Vertragsabschluss	Versicherte Leistung	Monatsprämie (Spanne günstiger Tarife)
30	Gemäß BdV-K.-o.-Kriterien	500-600 Euro
40	(siehe Abschnitt 7)	600-700 Euro

Eigene Recherche (Stand Juni 2021), Werte sind kaufmännisch gerundet.

Selbständig und freiberuflich Tätige (Ehepaar: nur eine erwerbstätige Person, ein Kind – alle PKV versichert)

Eintrittsalter bei Vertragsabschluss	Versicherte Leistung	Monatsprämie (Spanne günstiger Tarife)
30	Gemäß BdV-K.-o.-Kriterien	1.100-1.400 Euro
40	(siehe Abschnitt 7)	1.300-1.550 Euro

Eigene Recherche (Stand Juni 2021), Werte sind kaufmännisch gerundet.

3. Wer braucht diesen Versicherungsschutz?

Alle Personen, die sich nicht in der GKV versichern müssen oder können, müssen eine PKV-Vollversicherung abschließen, die zumindest Leistungen im ambulanten und stationären Bereich enthält. Kommen Sie dieser Pflicht verspätet nach, haben Sie einen einmaligen Prämienzuschlag neben der laufenden Prämie zu zahlen.

Versicherung der Kinder

Sind beide Ehepartner in der PKV, müssen ihre Kinder gegen eigene Prämie ebenfalls dort versichert werden. Ist nur ein Elternteil in der GKV versichert, gilt:

Bruttoeinkommen Ehepartner	Krankenversicherung Kind
Privatversicherte Person verdient über JAEG* von 64.350 Euro (2022) und genauso viel oder mehr als die/der GKV-Versicherte	Kinder können gegen eigene Prämie in der PKV oder eigenen Beitrag in der GKV versichert werden
GKV-versicherte Person verdient über JAEG und mehr als die/der Privatversicherte.	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.
Privatversicherte Person verdient maximal bis zur JAEG (!) von 64.350 Euro (2022).	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.
Privatversicherte Person verdient maximal 58.050 Euro (2022) im Jahr und war schon vor 2003 in der PKV	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.

* Jahresarbeitsentgeltgrenze

Unverheiratete Paare und Kinder: Sind beide Elternteile oder aber die Mutter in der GKV versichert, kann das Kind nur gesetzlich versichert werden. Ist nur die Mutter in der PKV, besteht Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV. Sind beide in der PKV, ist das Kind auch dort zu versichern.

Kindernachversicherung: Bei Neugeborenen besteht Schutz ab der Geburt, wenn an diesem Tag ein Elternteil mindestens drei Monate in der PKV versichert war und das Neugeborene spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats angemeldet wird. Der Antrag muss ohne Ausschlüsse, Risikozuschläge und Wartezeit angenommen werden, wenn der Schutz des Neugeborenen nicht höher oder umfassender als der eines Elternteils ist. Die Adoption eines Kindes wird der Kindernachversicherung ab Geburt gleichgestellt, wenn das Adoptivkind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Im Unterschied zum Neugeborenen darf beim Adoptivkind allerdings ein Risikozuschlag erhoben werden. Dieser darf die einfache Prämienhöhe nicht übersteigen, sodass Obergrenze der gesamten Prämie die doppelte Prämienhöhe ist.

Für wen kommt die PKV in Frage

Für Beihilfeberechtigte lohnt sich zumeist eine PKV, weil nur der prozentuale Anteil zusätzlich zur Beihilfe versichert werden muss (siehe „[Infoblatt – Beihilfe und Krankenversicherung](#)“).

Eine PKV für Nicht-Beihilfeberechtigte kommt meist nur für kinderlose Unverheiratete und für Paare ohne Kinder sowie für Personen mit dauerhaft sehr hohen Einkommen bzw. Einkünften oder Vermögen in Frage.

Für Familien ist die GKV wegen der beitragsfreien Familienversicherung üblicherweise wirtschaftlich vorteilhafter als die PKV, besonders, wenn nur ein Elternteil verdient und/oder bei mehreren Kindern oder bei Alleinerziehenden.

Für Studierende kann die PKV für die Dauer des Studiums sinnvoll sein, wenn diese als Restkostenversicherung aufgrund des Beihilfeanspruches der Eltern besteht (siehe „[Infoblatt – Krankenversicherung und Studium](#)“).

4. Was brauchen Sie nicht?

Die nachfolgenden Krankenzusatzversicherungen zur PKV gehören zu den grundsätzlich weniger wichtigen bis unwichtigen Versicherungen,

Krankenhaustagegeldversicherung (KHT)

Eine Krankenhaustagegeldversicherung zahlt für jeden Tag, an dem Sie stationär im Krankenhaus behandelt werden, den mit Ihnen vereinbarten Tagessatz. Damit könnten zusätzliche Kosten wie Zuzahlungen im Krankenhaus abgedeckt werden. Diese Kosten liegen aber im überschaubaren und planbaren Rahmen. Für diese Fälle sollten Sie besser Geld zurücklegen. Verdienstaussfälle aufgrund von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit lassen sich damit nicht absichern. Dafür ist eine Krankentagegeldversicherung die richtige Versicherungsart.

Mögliche KHT-Ausnahme: Für **Beihilfeberechtigte** kann unter bestimmten Umständen eine Krankenhaustagegeldversicherung wichtig sein – z. B. dann wenn die Beihilfevorschriften eine unbegrenzte Eigenbeteiligung des Beihilfeberechtigten bei stationärer Behandlung im Krankenhaus vorsehen. Welche Beihilfevorschriften in Ihrem Bundesland oder beim Bund gelten, erfahren Sie von Ihrem Dienstherrn.

Beitragsentlastungstarife (BET) bzw. „Vorsorgetarife“

Ein BET dient dazu, die Prämien im Alter zu reduzieren. Hier zahlen Privatversicherte zusätzlich zur Prämie für die Krankenversicherung eine Prämie für den BET. Im Gegenzug wird die zu zahlende Prämie für die PKV lebenslang reduziert, wenn das jeweils vereinbarte Alter (in der Regel 63, 65 oder 67 Jahre) erreicht ist. Die angebotenen BET haben üblicherweise die folgenden Einschränkungen und Nachteile:

- Eine tatsächliche Entlastung über einen BET ist nicht garantiert, da die Prämie für den BET in der Regel ebenfalls lebenslang zu zahlen ist und auch steigen kann. Dadurch wird der tatsächliche Entlastungsbetrag (deutlich) reduziert.
- Eine Fortsetzung als prämienfreier BET oder auch eine Kündigung ist jeweils mit entweder später verminderter Leistung oder sofortiger Prämienenkung in der Krankheitskostenvollversicherung oftmals möglich. Aber bei einigen Tarifen verfällt das Kapital zugunsten der Versichertengemeinschaft, wenn der BET bei Kündigung noch keine drei oder fünf Jahre bestand.
- Das Kapital verfällt bei Tod der/des Versicherten zugunsten des Versichertenkollektivs – eine Auszahlung oder Übertragung an Hinterbliebene ist somit nicht möglich.
- Eine Auszahlung des angesparten Kapitals oder eine Prämienrückzahlung sind nicht möglich.
- Wechseln Privatversicherte in die GKV, geht das angesparte Kapital grundsätzlich verloren. Nur wenn noch Krankenzusatzversicherungen (ggf. auch Pflegezusatzversicherungen) bestehen bleiben oder neu abgeschlossen werden (vielfach ohne Risikoprüfung möglich), kann das Kapital für diese Tarife genutzt werden. Ansonsten verfällt es.
- Zum Komplettverlust aller bis dahin eingezahlten Prämien kann der Wechsel zu einem anderen PKV-Unternehmen führen. Nur einige sehr wenige Tarife ermöglichen eine vollständige Übertragung des Kapitals zum neuen Versicherer.
- Ein BET kann nicht zu verbandseinheitlichen Tarifen wie dem Basis- und dem Standardtarif abgeschlossen werden. Bei einem Wechsel aus einer Krankheitskostenvollversicherung in einen entsprechenden verbandseinheitlichen Tarif endet insoweit der BET.

Fazit: Ein BET ist wegen dieser zahlreichen Einschränkungen und Nachteile grundsätzlich ungeeignet, um eine wirtschaftlich vorteilhafte Gestaltung der Prämienbelastung zu erreichen.

Er kann allenfalls für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte sinnvoll sein, wenn sich der Arbeitgeber an der Prämienzahlung beteiligt (z. B. weil die Obergrenze für den Arbeitgeberanteil für die Kranken- und Pflegeversicherung noch nicht erreicht ist). Ansonsten ist die eigene Geldanlage (z. B. in Wertpapiere) die bessere Alternative.

5. Das haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten

Ein Versicherer ist nicht verpflichtet, einen Vertrag mit Ihnen abzuschließen. Er stellt Ihnen zahlreiche Fragen nach Risiken, die er für seine Annahmeentscheidung für maßgeblich hält.

Beim Abschluss einer PKV sind dies vor allem Fragen nach Ihrem Gesundheitszustand. Sie müssen alle Gesundheitsfragen im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Bestehen bei Antragstellung Vorerkrankungen, entscheidet der Versicherer, ob er den Antrag ablehnt oder gegen Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse für bestimmte Erkrankungen annimmt.

Im Leistungsfall kann der Versicherer prüfen, ob Sie im Antrag Vorerkrankungen verschwiegen haben und ob er leisten muss oder nicht. Haben Sie falsche Angaben gemacht, kann sich der Versicherer bis zu drei Jahre nach Vertragsschluss vom Vertrag lösen. Bei Vorsatz oder Arglist beträgt die Frist zehn Jahre.

Bei Fragen über Ihren Gesundheitszustand lassen Sie sich am besten ärztlich unterstützen. Zumindest aber sollten Sie sich Ihre Krankenakte aushändigen lassen. Hierauf haben Sie einen gesetzlichen Anspruch. Zusätzlich sollten Sie sich von Ihrer Krankenkasse eine sogenannte Patientenquittung ausstellen lassen. Diese Versichertenauskunft reicht mindestens 18 Monate in die Vergangenheit und gibt Ihnen einen Überblick, welche Diagnosen gestellt und welche Behandlungen durchgeführt wurden.

Selbstbehalt/Selbstbeteiligung

Im Versicherungsvertragsgesetz ist geregelt, dass die für die vereinbarten Leistungen absoluten und prozentualen Selbstbehalte für die ambulante und stationäre Heilbehandlung 5.000 Euro im Kalenderjahr nicht überschreiten dürfen.

Ob sich ein Selbstbehalt tatsächlich lohnt und wie hoch dieser ausfallen kann, hängt zum einen von der jeweiligen persönlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ab. Zum anderen ist dabei entscheidend, ob ein Selbstbehalt unter Berücksichtigung der folgenden Fragestellungen wirtschaftlich vorteilhaft ist (insbesondere bei selbständig und freiberuflich Tätigen, aber ggf. auch bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und Beihilfeberechtigten):

1. **Prämienreduzierung:** Vor Vereinbarung eines Selbstbehaltes sollte man verschiedene Selbstbeteiligungshöhen durchrechnen, ob und in welcher Höhe Prämienreduzierungen realisierbar sind. Der Selbstbehalt sollte im eigenen Finanzbudget eingeplant und dafür Rücklagen gebildet werden. Zu bedenken ist zudem: Anbieter können bei Prämienanpassungen auch die Selbstbehalte erhöhen.
2. **Verminderter Arbeitgeberzuschuss:** Nur sozialversicherungspflichtig Beschäftigte erhalten einen Arbeitgeberzuschuss zu ihrer Versicherungsprämie. Sinkt dieser Betrag aufgrund der Vereinbarung eines Selbstbehaltes, reduziert sich auch dieser Zuschuss. Denn an den im Rahmen des Selbstbehaltes anfallenden Krankheitskosten beteiligt sich der Arbeitgeber nicht.
3. **Verminderte steuerliche Abzugsfähigkeit:** Die Prämien zur PKV können in der Einkommensteuererklärung als Sonderausgaben steuermindernd geltend gemacht werden (aber nur abzüglich etwaig erstatteter Beträge). Prämienreduzierungen durch Selbstbehalte vermindern diesen Effekt. Denn die Selbstbeteiligung kann nach der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes nicht steuerlich angesetzt werden. Es ist zwar grundsätzlich möglich, nicht erstattete Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastungen in der Steuererklärung anzugeben. Diese kommen steuermindernd aber nur zum Tragen, wenn individuelle Belastungsgrenzen überschritten sind.
4. **Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit:** Müssen keine ärztlichen Leistungen in Anspruch genommen werden, fährt man mit einer Selbstbehalt-Vereinbarung regelmäßig besser, als wenn häufige Behandlungen notwendig werden. Die Tarife der Krankenversicherungsunternehmen sehen häufig die Möglichkeit der Beitragsrückerstattung vor, wenn in einem Kalenderjahr keine Leistungen eingereicht werden. Die Höhe der Beitragsrückerstattung hängt vom jeweiligen Tarif ab. Berücksichtigen Sie bei der wirtschaftlichen Vorteilhaftigkeit von Selbstbehalten dringend auch mögliche Entwicklungen Ihrer Gesundheit für die Zukunft.

Fazit: Nur, wenn unter gesamter Berücksichtigung der Punkte 1.-4. eine Ersparnis realisiert werden kann, ist eine Selbstbeteiligung wirtschaftlich vorteilhaft.

Besonderer Hinweis: Bei der Wahl der richtigen Selbstbehaltshöhe ist ferner zu bedenken: Ein Tarifwechsel von einem Selbstbehalt-Tarif in einen anderen Tarif ohne Selbstbehalt oder mit niedriger Selbstbeteiligung kann erschwert sein. Denn meistens sehen die Versicherer die Absenkung der Selbstbeteiligung als Mehrleistung an. Daher müssen sich Versicherte hinsichtlich dieser Leistung einer erneuten Gesundheitsprüfung unterziehen. Wer also zu krank ist, könnte zwar einen Tarifwechsel vornehmen, muss dann aber zumindest weiterhin die bisherige hohe Selbstbeteiligung tragen.

Kündigungsmöglichkeiten des Versicherungsunternehmens

Bei Krankheitskostenvollversicherungen, die die gesetzliche Versicherungspflicht erfüllen bzw. den Krankenversicherungsschutz der GKV ersetzen, ist das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen, auch wegen Zahlungsverzug. Der Versicherer darf Sie aber aus wichtigem Grund kündigen (z. B. wenn Sie Antragsfragen nachweislich falsch und/oder unvollständig beantwortet haben).

Kündigungsmöglichkeiten der Versicherungsnehmer

Sie können die PKV ordentlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Bei diesen in der Regel unbefristeten Verträgen kann eine Mindestversicherungsdauer von zwei Jahren vereinbart sein, die eine ordentliche Kündigung in diesem Zeitraum ausschließt.

Eine Kündigung ist auch bei einer Prämienhöhung möglich. Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach Zugang dieser Erhöhungsmitteilung mit Wirkung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung wirksam werden soll.

Für die Kündigung einer PKV, die die gesetzliche Versicherungspflicht erfüllt, gelten zusätzlich besondere Regeln:

- Eine ordentliche Kündigung und eine Kündigung wegen einer Prämienanpassung werden nur wirksam, wenn Sie bei einem anderen Unternehmen einen neuen Vertrag abschließen, der ebenfalls die Krankenversicherungspflicht erfüllt.
- Zudem müssen Sie dem alten Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweisen, dass Sie ohne Unterbrechung bei einem neuen Versicherer versichert sind.
- Liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis erst bis zu diesem Termin erbracht werden.

Allgemeiner Hinweis zum Versichererwechsel: Alle, die ihren privaten Krankenversicherer wechseln wollen, sollten zunächst den Termin für einen Wechsel feststellen und rechtzeitig vor der Kündigung den neuen Vertrag bei einer anderen Gesellschaft abschließen. Möglicherweise können Probleme bei einem Neuabschluss entstehen, z. B. aufgrund von Vorerkrankungen. Bevor Sie keine Zusage des neuen Versicherungsunternehmens haben, sollten Sie daher von einer Kündigung Ihrer bisherigen PKV absehen.

Besonderer Hinweis: Der Wechsel von einem privaten Krankenversicherer zu einem anderen ist grundsätzlich nicht zweckmäßig. Sie verlieren die Alterungsrückstellungen vollständig (Vertragsabschluss vor 2009) oder zumindest anteilig (PKV seit 2009), es erfolgt eine erneute Risikoprüfung und Ihr Eintrittsalter ist höher. Daher kommt ein Wechsel nur in Einzelfällen infrage. Wenn Sie diesen erwägen, sollten Sie sich rechtzeitig vor einem solchen Schritt neutral und anbieterunabhängig beraten lassen.

Weitere Kündigungsmöglichkeit – Versicherungspflicht in der GKV

Sie können den Vertrag auch kündigen, wenn Sie in der GKV versicherungspflichtig werden. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn Sie sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind und Ihr Jahreseinkommen unter die dafür maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze sinkt. Diese Grenze beträgt 64.350 Euro (2022). Waren Sie bereits am 31.12.2002 privat krankenversichert, weil Sie wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren, gilt abweichend eine Grenze von 58.050 Euro (2022). Sie können dann binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht den PKV-Vertrag rückwirkend kündigen. Versäumen Sie diesen Termin, können Sie zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen.

Anonymisierte Risikovorfrage

Diese sollten Sie nutzen, wenn Sie gesundheitliche Einschränkungen haben. Die Risikovorfrage können Sie allerdings nicht eigenständig durchführen. Sie kann nur eine dritte Person für Sie stellen, z. B. auf private Krankenversicherer spezialisierte Versicherungsberater oder Versicherungsmakler.

6. Diese Pflichten haben Sie aus dem Versicherungsvertrag

Aus dem Versicherungsvertrag trifft Sie als Versicherungsnehmer nur eine einzige echte Pflicht: Und zwar die Pflicht zur Zahlung der vereinbarten Prämie. Die Zahlung der Prämie kann der Versicherer notfalls sogar gerichtlich durchsetzen. Der Versicherer kann bei Prämienverzug im Gegensatz zu anderen Versicherungssparten den Vertrag nicht kündigen. Er kann aber unter bestimmten Voraussetzungen das Ruhen des Vertrages herbeiführen. Der Vertrag wird dann automatisch im Notlagentarif fortgesetzt (Näheres siehe [„Infoblatt - PKV-Notlagentarif \(private Krankenversicherung für „Nichtzahler“\)](#)“).

Beachten Sie als Versicherungsnehmer andere Pflichten wie v.a. die Auskunfts-, Anzeige- oder Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) nicht, so kann der Versicherer Sie nicht auf Erfüllung verklagen. Er darf aber hier die Leistung verweigern oder sogar ggf. den Vertrag beenden.

Einige wichtige Obliegenheiten sind

- Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- Zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht sowie deren Umfang ist der Versicherer berechtigt, von Ihnen jede Auskunft zu verlangen.
- Der Versicherer darf verlangen, dass Sie sich durch von ihm beauftragte Ärztinnen und Ärzte untersuchen lassen, um z. B. zu überprüfen, ob eine medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- Sie sind verpflichtet, den Versicherer unverzüglich davon zu unterrichten, wenn Sie bei einem anderen Unternehmen eine PKV abgeschlossen oder sich in der GKV versichert haben.

Nicht jede Obliegenheitsverletzung führt jedoch zur gänzlichen Leistungsfreiheit des Versicherungsunternehmens.

7. Diese Kriterien sollte eine private Krankenversicherung erfüllen

Der BdV hat zur Ermittlung von Tarifempfehlungen in diversen Versicherungssparten die **BdV-K.-o.-Kriterien** entwickelt.

Wenn Sie eine private Krankenversicherung abschließen möchten, erfüllt ein guter Tarif diese Kriterien.

Das sollen die **BdV-K.-o.-Kriterien** leisten:

Das sollen sie **nicht** leisten:

Sie beziehen sich auf den Neuabschluss eines Vertrages.

Sie sind zur Bewertung eines Altvertrages nicht immer geeignet.

Sie bewerten den Versicherungsschutz eines Tarifs gemäß seiner Versicherungsbedingungen.

Sie haben nichts mit der Prämienhöhe des empfohlenen Tarifs zu tun.

Sie bilden einen allgemeinen Mindeststandard ab.

Sie sollen nicht aufzeigen, was der marktweit umfangreichste Versicherungsschutz leistet.

Sie orientieren sich daran, was ein durchschnittlicher Verbraucher von einem guten Versicherungsprodukt dieser Sparte mindestens erwarten kann.

Sie sind nicht auf den konkreten Einzelfall oder die Individualberatung zugeschnitten, d. h. sie sollen nicht vorgeben

- wann der Abschluss eines Versicherungsprodukts der jeweiligen Sparte grundsätzlich zu empfehlen ist,
- welcher Versicherungsschutz Vorrang haben sollte.

Für diese Sparte haben wir außerdem **sinnvolle Kriterien** ergänzt. Es sind Leistungen, die (neben den BdV-K.-o.-Kriterien) gesonderte Risiken absichern. Prüfen Sie vor Vertragsabschluss, ob diese Risiken bei Ihnen eintreten können und Sie sie ebenfalls absichern möchten.

BdV-K.-o.-Kriterien für die private Krankenversicherung – ambulante Heilbehandlung

- Es wird für Hilfsmittel ohne prozentuale oder preisliche Summenbegrenzung geleistet – möglichst ohne vorherige schriftliche Zusage der Versicherungsgesellschaft.
- Der Tarif leistet für Hilfsmittel ohne Einschränkung, bspw. auf Standard-, einfache oder angemessene Ausführung.
- Sämtliche Hilfsmittel werden ohne abschließende Aufzählung erstattet (= offener Hilfsmittelkatalog).
- Alle Heilmittel werden ohne abschließende Aufzählung übernommen (= offener Heilmittelkatalog). **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Tariflich wird für Logopädie und Ergotherapie, möglichst ohne Einschränkung, geleistet.

- Ambulante ärztlich durchgeführte Psychotherapie wird auch ohne vorherige Genehmigung durch die Versicherungsgesellschaft erstattet – und möglichst ohne Sitzungszahlbegrenzung. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Ambulante Psychotherapie im Delegationsverfahren (= ärztliche Anforderung von nichtärztlichen Psychotherapiebehandlungen, z. B. unter Beteiligung von Diplompsychologinnen und -psychologen) ist erstattungsfähig.
- Ambulante Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) wird erstattet.
- Aufwendungen für ambulante Rehabilitation sind unter bestimmten Voraussetzungen und Rahmenbedingungen erstattungsfähig. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Die Aufwendungen für ambulante Anschlussheilbehandlung sind mindestens erstattungsfähig, sofern diese innerhalb einer tariflich festgelegten Frist nach einer stationären Akutbehandlung angetreten wird und kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann – und möglichst ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherungsunternehmens. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind mindestens zu 100 Prozent bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der für die Aufwendung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.
- Kosten für häusliche Krankenpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Behandlungspflege) sind erstattungsfähig, zumindest nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherungsunternehmens.
- Das Versicherungsunternehmen verzichtet auf die Leistungseinschränkung für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort („Verzicht auf Kurortklausel“).
- Erstattet werden mindestens die Kosten für Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die von der ständigen Kommission des Robert-Koch-Instituts (StIKo) empfohlen werden.
- Erstattet werden im ambulanten Bereich: Gebühren über die Regelhöchstsätze (bis zu 2,3fach) hinaus – bis zum Höchstsatz (3,5fach) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
- Ambulante Transportkosten und Fahrten sind bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit von und zum nächsterreichbaren und für die Behandlung geeigneten Arzt erstattungsfähig.

- Kosten für den ambulanten Transport und Fahrten für Hin- und Rückfahrt zu Bestrahlungen, Chemotherapie und Dialyse sind erstattungsfähig, möglichst ohne Summenbegrenzung.

Sinnvolle Kriterien für die private Krankenversicherung – ambulante Heilbehandlung

- Leistungen für ambulante Kuren sind mitversichert.
- Es sind auch Leistungen für Geburtsvorbereitung oder Rückbildungsgymnastik vorgesehen.

BdV-K.-o.-Kriterien für die private Krankenversicherung – stationäre Heilbehandlung

- Bei stationärer psychotherapeutischer Behandlung ist eine vorherige Genehmigung durch das Versicherungsunternehmen nicht vorgeschrieben. Eine Begrenzung von Behandlungstagen besteht nicht. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für stationäre Versorgung in einem Hospiz mindestens zu 100 Prozent bis zu der Höhe, der für die Aufwendung eines Versicherten der GKV aufzuwenden wäre.
- Aufwendungen für eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) sind erstattungsfähig ohne vorherige Genehmigung durch das Versicherungsunternehmen, sofern die AHB innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach der stationären Akutbehandlung angetreten wird und wenn kein anderer Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitation sind erstattungsfähig, sofern sie nicht von einem gesetzlichen Reha-Träger übernommen werden – und möglichst ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherungsunternehmens. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.
- Geleistet wird für stationäre Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten auch ohne vorherige schriftliche Zusage durch das Versicherungsunternehmen. Eine Beschränkung auf bestimmte Fallgruppen ist marktüblich: Die Versicherungsgesellschaft muss mindestens leisten bei Notfalleinweisung, wenn die gemischte Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes ist oder, wenn während des Krankenhausaufenthaltes eine akute Erkrankung auftritt. **Besonderer Hinweis: kein BdV-K.-o.-Kriterium** bei Restkostentarifen für Beihilfeberechtigte.

Sinnvolle Kriterien für die private Krankenversicherung – stationäre Heilbehandlung

- Leistungen für privatärztliche Behandlungen („Chefarztbehandlung“) werden auch über die Höchstsätze (3,5fach) der GOÄ hinaus erstattet.
- Stationäre Kurleistungen sind vor allem sinnvoll für selbständig und freiberuflich Tätige, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind (ggf. sind diese über einen separaten Kurtarif abzusichern).

BdV-K.-o.-Kriterien für die private Krankenversicherung – Zahnbehandlung und Zahnersatz

- Die Kosten für Zahnbehandlung sind mindestens zu 75 Prozent erstattungsfähig.
- Tariflich werden mindestens 50 Prozent der Kosten für Implantate, Prothesen, Brücken, Kronen und Inlays sowie kieferorthopädische Behandlungen erstattet.
- Mindestens für acht Implantate pro Kiefer erfolgt eine Erstattung der Kosten zu 50 Prozent.
- Es erfolgt keine Summenbegrenzung mehr nach Ablauf der ersten Versicherungsjahre mit Höchstbeträgen (Zahnstaffel). D. h. über die gesamte Laufzeit des Vertrages sind keine Höchsterstattungsbeträge (generelle Summenbegrenzung) vorgesehen.

Allgemeiner Hinweis: Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die oben genannten Prozentsätze für die Mindestabsicherung aus der Addition der prozentualen Erstattung des jeweiligen privaten Restkostentarifs und des Beihilfebemessungssatzes.

Weitere relevante Punkte über die Kriterien hinaus

Neben den Leistungskriterien können weitere Punkte relevant werden, wie z. B. der Rechnungszins, die Prämienentwicklung in der Vergangenheit und die langfristige Tarifkontinuität.

8. Geeignete Tarife

Einige Anbieter und Tarife erfüllen die BdV-K.-o.-Kriterien, die der BdV an Versicherungen dieser Art stellt. Eine Nennung von Tarifen an dieser Stelle ist allerdings unzweckmäßig, da die Auswahl des für Sie geeigneten Tarifs maßgeblich von Ihren persönlichen Lebensumständen abhängt.

So erfordert eine Vergleichsberechnung für eine Krankheitskostenvollversicherung beispielsweise eine Vielzahl von Angaben zu Ihrem Beruf [z. B. zur Berufsgruppe (wie Mediziner, andere Berufe oder Beihilfeberechtigte)], zum Berufsstand [z. B. Angestellte, selbständig oder freiberuflich Tätige], zum Leistungsumfang sowie zum Familienstand und den Leistungskriterien, die über die BdV-K.o.-Kriterien hinaus als sinnvolle Kriterien zusätzlich ggf. benötigt werden. Für die Berechnung der zusätzlich erforderlichen Krankentagegeldversicherung sind zudem Angaben notwendig, z. B. ab welchem Tag krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld gezahlt werden soll sowie zur Tagegeldhöhe und zur beruflichen Gefahrenklasse.

Es kann auch sein, dass der Versicherer nach einer eigenen Risikoprüfung einen Antrag nur zu anderen Bedingungen (gegen Risikozuschlag und/oder Leistungsausschluss) annimmt. Weitere individuelle Risiken können nur mit dem jeweiligen Versicherer erörtert werden.

Eine individuelle Marktauswertung mit entsprechender Beratung erhalten Sie anbieterunabhängig gegen erfolgsunabhängiges Honorar von spezialisierten Versicherungsberatern.

Ihr BdV-Team