

Private Krankenversicherung (PKV)

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 hierzu die wichtigsten Informationen, v. a. zu der Auswahl eines geeigneten Versicherungsvertrages.

Am Ende dieses Infoblatts finden Sie weitere Informationen zum BdV.

Verbrauchertelefon: Sie sind zwar noch kein Mitglied bei uns, haben aber dennoch Fragen zu Versicherungen? Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Rufen Sie uns an: 0900 6 737 300 (**2,29 Euro/Minute** aus dem dt. Festnetz).

Das Wichtigste auf einen Blick

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.

Eine Vervielfältigung und Verbreitung zu privaten Zwecken ist mit Quellennachweis gestattet. Zu gewerblichen Zwecken ist eine Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, nur nach vorheriger ausdrücklicher Genehmigung erlaubt. Wenden Sie sich hierzu an: presse@bundderversicherten.de

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 73.800 Euro (2025) 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.

Das Infoblatt soll Ihnen eine erste Orientierung geben und kann keinesfalls eine individuelle Beratung für den konkreten Einzelfall ersetzen. Alle Informationen in diesem Infoblatt haben wir sorgfältig recherchiert und nach bestem Wissen zusammengestellt. Dabei berücksichtigen wir neben den uns vorliegenden Versicherungsbedingungen sowohl die geltenden Rechtsvorschriften (Gesetze, Verordnungen, etc.) als auch die einschlägige Rechtsprechung.

Die Infoblätter aktualisieren wir regelmäßig und stellen sie auf unserer [Website](#) 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 wir keinen abweichenden Stand im Text kenntlich gemacht haben.

Inhalt

<u>1 Das leistet die Versicherung</u>	<u>4</u>
<u>2 Das kostet die Versicherung</u>	<u>6</u>
<u>3 Wer braucht diesen Versicherungsschutz?</u>	<u>7</u>
<u>4 Was brauchen Sie nicht?</u>	<u>9</u>
<u>5 Das haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten</u>	<u>11</u>
<u>6 Diese Pflichten haben Sie aus dem Versicherungsvertrag</u>	<u>14</u>
<u>7 Diese Kriterien sollte eine private Krankenversicherung erfüllen</u>	<u>15</u>
<u>8 Der Weg zum passenden Versicherungsschutz: BdV-Tarifempfehlungen</u>	<u>20</u>
<u>Das ist der BdV</u>	<u>21</u>

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. Im Versicherungsfall erbringt die PKV Ersatz von Aufwendungen für privatärztliche 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.

Weitere wesentliche Leistungen der PKV sind v. a.:

- **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 oftmals nur teilweise 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 teilweise 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 Kostenersstattung 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, so weit 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 Verdienstausfall 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 medizinischen 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. Bei einigen Anbietern schwankten zuletzt die jährlichen Prämienerhöhungen zwischen rund 4 bis 12 Prozent (Quelle: MAP-Report Nr. 927).

Lassen Sie sich nicht von anfänglich günstigen Prämien blenden, die zunächst meist unter dem Beitrag der GKV liegen. Denn diese steigen beständig, besonders im Alter. Werden die Prämien für Sie zu hoch, können Teilkündigungen in Frage kommen, z. B. die Kündigung eines Ein-/Zweibettzimmertarifs mit privatärztlicher Behandlung (wenn Sie Bausteintarife abgeschlossen haben). Auch eine Erhöhung der Selbstbeteiligung kann eine Möglichkeit sein. Dabei kann gegebenenfalls 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 beträgt er höchstens die Hälfte des maximalen Arbeitgeberanteils für GKV-versicherte Beschäftigte (2025 – PKV: 471,32 Euro und PPV: 99,23 Euro monatlich).

Prämienbeispiele Krankheitskostenvollversicherung (PKV) einschl. Krankentagegeldtarif (KT)

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, die die BdV-K.-o.-Kriterien erfüllen, stellt sich wie folgt dar:

Eintrittsalter bei Vertragsabschluss	Monatliche Prämie für eine PKV-vollversicherte Person (ledig und kinderlos)	Monatliche Prämie für eine PKV-vollversicherte Familie (Ehepaar, eine erwerbstätige Person, ein Kind)
30	600-700 Euro	1.200-1.500 Euro
40	700-780 Euro	1.400-1.750 Euro

Eigene Recherche (Stand Juni 2023), Werte sind kaufmännisch gerundet.

Die langfristigen, dauerhaften und regelmäßigen Prämienanhöhungen lassen sich bei keinem Versicherer und bei keinem Tarif über die gesamte Vertragsdauer (= lebenslang) vorausberechnen. Auch lässt sich nicht vorausberechnen, welche Prämienhöhe „im Alter“ (z. B. im Altersruhestand, wenn die Einkommen stagnieren bzw. auf ein niedriges Niveau sinken) erreicht wird.

Für einen PKV-Versicherten, der im Jahr 2024 im Alter von 30 Jahren in die PKV eingetreten ist, würde sich die monatliche Prämie – abhängig von der regelmäßigen Prämienanhöhung – wie folgt entwickeln:

Kalenderjahr (erreichtes Lebensalter)	Jährliche Prämiensteigerung		
	3,0 Prozent	4,5 Prozent	6,0 Prozent
	Monatsprämie		
2023 (30 Jahre)	550 Euro	550 Euro	550 Euro
2033 (40 Jahre)	739 Euro	854 Euro	985 Euro
2043 (50 Jahre)	993 Euro	1.326 Euro	1.764 Euro
2053 (60 Jahre)	1.335 Euro	2.060 Euro	3.159 Euro

Eigene Berechnung, Werte sind kaufmännisch gerundet.

Besonderer Hinweis: Anders als in der GKV sind die Prämien in der PKV nicht einkommensabhängig.

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 der Ehepartner*innen	Absicherung des Kindes
PKV-versichertes Elternteil verdient über JAEG* (73.800 Euro in 2025) und genauso viel wie oder mehr als das GKV-versicherte Elternteil.	Kinder können – jeweils gegen eigenen Beitrag – in PKV oder GKV versichert werden
GKV-versichertes Elternteil verdient über JAEG* und mehr als das PKV-versicherte Elternteil.	Kinder können beitragsfrei in GKV versichert werden.
PKV-versichertes Elternteil verdient maximal bis zur JAEG*.	Kinder können beitragsfrei in GKV versichert werden.
PKV-versichertes Elternteil verdient maximal 66.150 Euro (2025) im Jahr und war schon vor 2003 in der PKV vollversichert.	Kinder können beitragsfrei in GKV versichert werden.

* Jahresarbeitsentgeltgrenze

Unverheiratete Paare mit Kindern: 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. Verdienstausfälle 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 Prämiensenkung 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 Kranken- oder Pflegezusatzversicherungen bestehen 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 Übertragung des Kapitals zum neuen Versicherer.
- Ein BET kann nicht zu verbandseinheitlichen Tarifen wie dem Basis- und dem Standardtarif bestehen. 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) oder sichergestellt ist, dass die steuerliche Berücksichtigung der BET-Prämien wirtschaftlich vorteilhaft 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. Besteht 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 Jahren 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:

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 Rechnungen 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 Prämienanhöhung möglich. Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach Zugang dieser Erhöhungsmeldung mit Wirkung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienanhöhung 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 Kündigung 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: Wer den privaten Krankenversicherer wechseln möchte, sollte 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 anbieterunabhängig beraten lassen.

Weitere Kündigungsmöglichkeit – Versicherungspflicht in der GKV

Sie können den Vertrag auch kündigen, wenn Sie in der GKV versicherungspflichtig werden: z. B. wenn Sie sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind und Ihr Jahreseinkommen unter die dafür maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) sinkt. Diese Grenze beträgt 73.800 Euro (2025). Waren Sie bereits am 31.12.2002 privat krankenversichert, weil Sie wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren, gilt abweichend eine Grenze von 66.150 Euro (2025). 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 Risikovoranfrage

Diese sollten Sie nutzen, wenn Sie gesundheitliche Einschränkungen haben. Die Risikovoranfrage 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 und den Vertrag dann im Notlagentarif fortsetzen (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 anzuzeu- gen.
- 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, dem Versicherer unverzüglich zu melden, wenn Sie bei einem anderen Unternehmen eine PKV abgeschlossen oder in die GKV gewechselt 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:

Sie beziehen sich auf den Neuabschluss eines Vertrages.

Sie bewerten den Versicherungsschutz eines Tarifs gemäß seiner Versicherungsbedingungen und bilden einen allgemeinen Mindeststandard ab.

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

Das sollen sie **nicht** leisten:

Sie sind zur Bewertung eines Altvertrages nicht immer geeignet.

Sie haben nichts mit der Prämienhöhe des empfohlenen Tarifs zu tun und sollen nicht aufzeigen, was der marktweit umfangreichste Versicherungsschutz leistet.

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

... weder, dass der Abschluss eines Versicherungsprodukts der jeweiligen Sparte grundsätzlich zu empfehlen ist,

... noch, dass der beschriebene Versicherungsschutz Vorrang haben sollte.

Zusatz-Kriterien sind Leistungen, die zusätzlich zu 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 den ambulanten Bereich

- 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 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 für Beihilfeberechtigte.

- Ambulante Psychotherapie im Delegationsverfahren (= ärztliche Anforderung von nicht-ärztlichen 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 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 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 Kurortklause“).
- 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.

Zusatz-Kriterien für den ambulanten Bereich

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

BdV-K.-o.-Kriterien für den stationären Bereich

- 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 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 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 für Beihilfeberechtigte.

- Geleistet wird für stationäre Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten auch ohne vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer. 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 für Beihilfeberechtigte.

Zusatz-Kriterien für den stationären Bereich

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

BdV-K.-o.-Kriterien für den Zahnbereich

- 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 Vertragsdauer 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 Tarifikontinuität.

Besonderer Hinweis: Diese Punkte sind von entscheidender Bedeutung für die zukünftigen Prämiensteigerungen – ihre langandauernde/langfristige Entwicklung lässt sich aber weder vorausberechnen noch prognostizieren.

8 Der Weg zum passenden Versicherungsschutz: BdV-Tarifempfehlungen

Es gibt viele Tarife, die unsere BdV-Kriterien erfüllen. Eine Nennung von Tarifen an dieser Stelle ist allerdings unzweckmäßig, da die Auswahl des für Sie geeigneten Tarifs maßgeblich von Ihren persönlichen Umständen abhängt.

So erfordert eine vergleichende Tarifauswertung eine Vielzahl von individuellen Angaben, die erforderlich sind, wie z. B. Angaben zu

- Körpergröße und -gewicht;
- Beruf (einschließlich Berufsstand und Status);
- Versicherungsleistungen, die über die BdV-K.o.-Kriterien hinaus ggf. zusätzlich benötigt werden;
- benötigten Krankentagegeldleistungen (z. B. ab welchem Tag krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld gezahlt werden soll sowie zur Tagessaldenhöhe und zur beruflichen Gefahrenklasse).

Aus diesem Grund ist es für uns nicht möglich und für Sie nicht hilfreich, BdV-Tarifempfehlungen für alle denkbaren Konstellationen zu erstellen.

Das ist der BdV

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.

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
E-Mail: info@bundderversicherten.de
Internet: www.bundderversicherten.de

Vereinssitz: Hamburg
Amtsgericht Hamburg, VR 23888
Vorstand: Stephen Rehmke (Sprecher), Bianca Boss

Verbrauchertelefon: Sie sind zwar noch kein Mitglied bei uns, haben aber dennoch Fragen zu Versicherungen? Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Rufen Sie uns an: 0900 6 737 300 (**2,29 Euro/Minute** aus dem dt. Festnetz).