



GUT VERSICHERT
in der privaten
Krankenversicherung?



LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

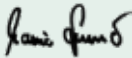
auch, wenn es einige als unnötige Verpflichtung sehen – für die überwiegende Mehrheit ist es ein Segen, dass wir in Deutschland eine Krankenversicherungspflicht haben. Für manche Menschen ist das aber auch die Qual der Wahl. Nämlich für diejenigen, die auswählen dürfen, ob sie sich über eine private Krankenversicherung oder aber über eine gesetzliche Kasse absichern möchten.

Dabei sollte man sich nicht von den vollmundigen Versprechen der „Privaten“ in die Irre führen lassen. Wer in jungen Jahren niedrige Beiträge zahlt, muss im Alter regelmäßig tief in die Tasche greifen. Die Beitragssteigerungen sind vorprogrammiert und zuweilen finanziell sehr schmerzhaft.

Deswegen drängen wir immer wieder darauf, dass die Angebote der privaten Versicherungsgesellschaften zumindest so gut sind, dass die Versicherten nicht reihenweise in die Beitragsfalle tappen. Nach unserer Erfahrung ist die Versicherungswirtschaft aber den Beweis schuldig geblieben, dass sie das auch für viele ihrer Kunden gleichermaßen gewährleisten kann.

Umso wichtiger ist es, dass sich die Versicherten darüber informieren, wie ihre Absicherung funktioniert, wo die Fallstricke liegen und wie man sich wehren kann, wenn es einmal schiefgeht. Die Lektüre dieser Broschüre ist da ein erster Schritt. Als Mitglied des Bund der Versicherten bekommt man zusätzlich individuelle Informationen und Beratung. Lassen Sie sich nicht von Ihrer Krankenversicherung krankmachen!

Mit besten Grüßen Ihr


Mario Leuner


Axel Kleinlein



Stephen Rehmke

INHALTSVERZEICHNIS

Krankenversicherungspflicht für alle	6
Gegenüberstellung: Was leistet die PKV, was die GKV	8
Gesetzliche Krankenversicherung	14
Wen versichert die GKV	15
Was bietet die GKV	15
Was kostet die GKV	15
Wie wird mit der GKV abgerechnet	17
Was passiert bei Verdienstaussfall	17
Private Krankenversicherung	18
Wen versichert die PKV	19
Was bietet die PKV	20
Was kostet die PKV	21
Wie wird mit der PKV abgerechnet	21
Was passiert bei Verdienstaussfall	23
Was ist beim Abschluss wichtig	23
Was sollte im Kleingedruckten stehen	25
PKV oder GKV?	26
Wichtige Adressen	28
BdV – Wer wir sind / Impressum	30/31

KRANKENVER- SICHERUNGS- PFLICHT FÜR ALLE

Hinweis: Wer in Deutschland lebt, ist verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Das gilt sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung.



Wat Mut.
DAt Mut!

In der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) gelten diese Regelungen

Alle Bürger*innen in Deutschland ohne eine bestehende Krankenversicherung unterliegen der Versicherungspflicht der GKV, wenn sie keinen anderweitigen Versicherungsschutz haben und davor gesetzlich krankenversichert waren. Das gilt auch für Auslandsrückkehrer*innen, die vor ihrem Auslandsaufenthalt in Deutschland gesetzlich versichert waren. Ebenfalls besteht die Versicherungspflicht in der GKV für alle, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und der GKV zuzuordnen sind.

In der privaten Krankenversicherung (PKV) gilt

Bürger*innen sind verpflichtet, eine private Krankheitskostenversicherung abzuschließen, wenn sie weder in der GKV versichert, noch dieser zuzuordnen sind. Sie müssen Tarife bei einem PKV-Unternehmen abschließen, die bei einer maximalen jährlichen Selbstbeteiligung von 5.000 Euro min-



destens Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen. Ihnen steht auch der brancheneinheitliche Basistarif offen, der im Wesentlichen den Leistungen der GKV entspricht. Die PKV-Unternehmen dürfen die Aufnahme in den Tarif nicht verweigern, da Annahmewang besteht. Risikoausschlüsse und Risikozuschläge dürfen ebenfalls nicht erhoben werden.

Kommen Sie der Krankenversicherungspflicht in der PKV verspätet nach, gilt: Sie haben einmalig einen Prämienschlag neben der laufenden Prämie zu zahlen, wenn Sie erst später als einen Monat nach Entstehen dieser Pflicht einen Krankenversicherungsvertrag abschließen.

BdV-TIPP

Den Basistarif sollten Sie erst anstreben, wenn eine Versicherung in Normaltarifen nicht möglich ist.



WAS LEISTEN GKV UND PKV

Die nachstehende Auflistung enthält die wesentlichen Leistungen der GKV und PKV. Sie ist nicht abschließend.

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

GKV: Freie Wahl unter den Vertragsärzt*innen, Behandlung in der Regel gegen Vorlage der Chipkarte, Ärzt*innen rechnen direkt mit Krankenkasse ab.

PKV: Freie Wahl unter allen Ärzt*innen (aber im Basistarif nur unter Vertragsärzt*innen der GKV mit Kassenzulassung), Behandlung gegen Privatrechnung, Versicherte reichen Rechnung beim Versicherer zur Kostenerstattung ein.

Psychotherapie

GKV: Außer Ärzt*innen können auch Psychotherapeut*innen aufgesucht werden. Der Umfang der psychotherapeutischen Behandlung ist von der Wahl der Therapie abhängig.

PKV: Oft ist die Sitzungsanzahl begrenzt. Nur manchmal ist eine unbegrenzte Anzahl vorgesehen. Teilweise

sind Behandlungen durch Psychotherapeut*innen ausgeschlossen. Oft ist vorab eine schriftliche Bewilligung erforderlich. Stationäre Psychotherapie wird vielfach nur im begrenzten Umfang, sowie nach vorheriger Genehmigung übernommen.

Krankenhausbehandlung

GKV: Behandlung durch alle Ärzt*innen, Mehrbettzimmer, Zuzahlung pro Tag 10 Euro (maximal für 28 Tage im Jahr).

PKV: Mindestens wie in der GKV, aber ohne Zuzahlung. Es gibt jedoch auch Tarife, die für den stationären Bereich eine Selbstbeteiligung vorsehen. Abhängig vom gewählten Tarif können auch Chefarztbehandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer mitversichert sein.

Kur- und Rehabilitationsmaßnahme

GKV: Ambulante Kuren in anerkannten Kurorten können unter bestimmten

Voraussetzungen bewilligt werden. Dann werden Kosten für die Vertragsärzt*innen und die Heilmittel übernommen und es kann ein täglicher Zuschuss z. B. für Unterkunft und Verpflegung gewährt werden. Bei stationären Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt auch eine Übernahme der Unterbringungskosten und Fahrtkosten. Bei ambulanter Rehabilitation werden die Behandlungskosten übernommen. Die Zuzahlung bei stationären Kuren beträgt 10 Euro pro Tag. Das Gleiche gilt auch für ambulante Rehabilitation. Bei ambulanten Kuren beträgt Ihr Eigenanteil 10 Prozent der Kosten der verordneten Kurmittel sowie pro Verordnung jeweils 10 Euro.

PKV: Nur in manchen Tarifen sind Leistungen für ambulante Kuren und/oder Rehabilitationsmaßnahmen enthalten. Das gilt auch für stationäre Kuren und/oder Reha-Maßnahmen. Ein zusätzlicher Kurkosten- oder Kurtagegeldtarif kann abgeschlossen werden.

Ambulante Vorsorgeuntersuchungen
GKV: Zuzahlungsfrei innerhalb der gesetzlich eingeführten Programme.

PKV: In einigen Tarifen auch ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme sowie ohne Alters- und Diagnosebeschränkung.

Arzneimittel

GKV: Rezeptpflichtige Arzneimittel: Zuzahlung 10 Prozent vom Rechnungsbetrag, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro; bei Kosten unter 5 Euro ist der tatsächliche Preis zu zahlen. Rezeptfreie Arzneimittel: Keine Erstattung. Ausnahmen unter Umständen bei Kindern und Schwerstkranken möglich, dann aber gleiche Zuzahlungsregelung wie bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln.

PKV: Alle Arzneimittel müssen zunächst selbst bezahlt werden, später erfolgt die Kostenerstattung durch den Versicherer, wobei Selbstbeteiligungsregelungen möglich sind.



Behalten Sie den Durchblick im Versicherungsdschungel.

Brillen und Kontaktlinsen

GKV: Erstattungen gibt es nur noch für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für Menschen mit Augenverletzungen, -erkrankungen oder besonders starker Sehschwäche.

PKV: Je nach Tarif für Gestell und Brillengläser in der verordneten Ausführung oder bis zu bestimmten Höchstbeträgen. Kontaktlinsen werden in der Regel erstattet, wenn sie medizinisch notwendig sind.

Hilfsmittel

GKV: Das Hilfsmittelverzeichnis ist einem offenen Hilfsmittelkatalog ähnlich; Zuzahlung 10 Prozent vom Rechnungsbetrag, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro.

PKV: Oft geschlossener und eingeschränkter Hilfsmittelkatalog; das bedeutet, nur die dort aufgeführten Hilfsmittel werden erstattet. Erstattungsumfang richtet sich nach dem jeweiligen Tarif. Einige Tarife sehen einen offenen Hilfsmittelkatalog vor.

Heilmittel

GKV: Das Heilmittelverzeichnis ist im Umfang eingeschränkt; Zuzahlung: 10 Prozent der Kosten und 10 Euro je Verordnung (Rezept).

PKV: Nur einige Tarife sehen Erstattungen für sämtliche Heilmittel ohne abschließende Aufzählung vor. Zudem werden die erstattungsfähigen Heilmittel nur teilweise zu 100 Prozent erstattet.

Logopädie und Ergotherapie

GKV: Beide Therapieformen sind erstattungsfähig. Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro pro Verordnung.

PKV: Diese Therapien sind in vielen Tarifen erstattungsfähig, teilweise aber nicht zu 100 Prozent. Auch gibt es manchmal eine Begrenzung auf Höchstbeträge.

Krankengeld

GKV: 70 Prozent des Bruttogehalts, maximal 90 Prozent vom Nettogehalt, höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Freiwillig in der GKV versicherte Selbständige und freiberuflich tätige Personen können Krankengeld über Wahltarife absichern.

PKV: Ein Krankentagegeldtarif muss extra abgeschlossen werden: Die Höhe des Krankentagegeldes sollte dem Nettoeinkommen zuzüglich der Beiträge zur Kranken-, Pflege- und gesetzlichen Rentenversicherung entsprechen. **Besonderheit:** Im Basistarif ist ein Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit mitversichert, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden – hinsichtlich der Höhe und der Dauer gelten die Regeln wie für die GKV-Versicherten.

Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

GKV: Nur bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen: Bis zu zehn Tage

pro Jahr und Kind pro Ehepartner*in, wenn das Kind mitversichert und noch unter zwölf Jahre alt ist. Bei mehr als zwei Kindern wird das Krankengeld jedoch max. für 25 Tage pro Jahr und Ehepartner*in gezahlt. Bei Alleinerziehenden bis zu 20 Tage pro Jahr und Kind, aber insgesamt begrenzt auf maximal 50 Arbeitstage pro Jahr bei mehr als zwei Kindern.

PKV: Nur sehr wenige Anbieter sehen unter bestimmten Voraussetzungen Krankentagegeldzahlungen bei Erkrankung eines Kindes vor.

Zahnersatz

GKV: Befundorientierte Festzuschüsse: Sie decken rund 50 Prozent der Durchschnittskosten für die Regelversorgung, wobei eine Erhöhung des Festzuschusses um 20 oder 30 Prozent bei regelmäßiger Vorsorge mit Bonusheft möglich ist (zum Beispiel für metallische Kronen und Brücken). Auch bei gleichartigen Zahnersatz –

wie keramisch vollverblendete Kronen oder andersartige Zahnersatz – wie Implantate – wird nur Festzuschuss für die Regelversorgung gewährt. Bei finanziellen Härtefällen sind besondere Zuschüsse möglich.

PKV: In den meisten Tarifen werden zwischen 50 Prozent und 80 Prozent der Kosten erstattet, häufig in den ersten Jahren mit Summenbegrenzung.

Kieferorthopädie

GKV: Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden nur 80 Prozent der Kosten erstattet, ab dem zweiten Kind 90 Prozent. Nach erfolgreichem Behandlungsabschluss werden auch die restlichen Kosten erstattet. Es besteht nur bei Vorliegen der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) mit den Graden 3, 4 und 5 ein Leistungsanspruch. Ab 18 Jahre ist eine Kostenübernahme nur möglich, wenn „schwere Kieferanomalien“ vorliegen.

PKV: Bei den meisten Tarifen beträgt die Erstattung 60 bis 80 Prozent der Kosten, ohne Altersbegrenzung.

Unkonventionelle (alternative) Heilmethoden

GKV: Nur einige wenige alternative Methoden werden unter bestimmten Voraussetzungen bezahlt, wenn sie Kassenärzt*innen erbringen. Die Kasse kann weitere Leistungen für Alternativmedizin vorsehen. Keine Behandlung durch Heilpraktiker*innen.

PKV: Es werden nur dann Kosten für alternative Methoden erstattet, wenn sich diese als erfolgsversprechend bewährt haben oder es keine Alternative gibt. Sehr viele Tarife schließen jedoch Leistungen für Heilpraktiker*innen ein, aber nur einige einen Katalog alternativer Behandlungsmethoden durch Ärzt*innen.

Schutz im Ausland

GKV: Versicherungsschutz gilt in EU-Ländern, EWR-Staaten und in einigen weiteren Ländern, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht.

PKV: Es gilt europaweiter Versicherungsschutz. Weltweit gilt der Schutz mindestens einen Monat, je nach Versicherer oder gegen Mehrbeitrag oft auch länger.

Fahrtkosten

GKV: Neben Kosten für Rettungsfahrten und Krankenhausfahrten zur stationären Behandlung können auch Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung übernommen werden.

Erforderlich ist hierfür aber eine ärztliche Verordnung und vorherige Genehmigung der Kasse. Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent der Kosten, mindestens 5, maximal 10 Euro pro Fahrt.

PKV: Je nach Tarif bei ambulanter Heilbehandlung. Möglich in einigen Fällen wie Chemotherapie, Dialyse, Gehunfähigkeit oder Notfällen. Der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom Krankenhaus ist in der Regel erstattungsfähig.

Pflegepflichtversicherung

GKV: Es besteht die soziale Pflegeversicherung. Beiträge sind abhängig vom Einkommen.

PKV: Privat Versicherte müssen die Pflegepflichtversicherung bei einem privaten Versicherer abschließen. Die Prämienkalkulation ist risikoabhängig. Zu zahlen ist jeweils eine Prämie für jede Person.





GESETZLICHE KRANKEN- VERSICHERUNG (GKV)

WEN VERSICHERT DIE GKV

Etwa 90 Prozent aller Versicherten sind Kassenpatient*innen. Die Aufnahme in die GKV ist nicht von einer Gesundheitsprüfung abhängig. Auch bereits Kranke werden versichert. Arbeitnehmer*innen, deren Jahresbruttoeinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 60.750 Euro (2019) liegt, sind in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert. Ehepartner*innen und Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei in der Familienversicherung eingeschlossen werden.

Überschreiten Sie die Jahresarbeitsentgeltgrenze, können Sie sich freiwillig in der GKV versichern.

WAS BIETET DIE GKV

Die GKV bietet eine Reihe von Leistungen, die es in der PKV nicht gibt. Zu den Vorteilen der Gesetzlichen gehört die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartner*innen und Kindern.

Die Kassen haben alle ein gesetzlich festgelegtes Leistungspaket. Daher sind die Leistungen zu etwa 95 Prozent gleich. Sie unterscheiden sich aber weiterhin beispielsweise im Service (Nähe einer Geschäftsstelle oder der telefonischen Erreichbarkeit), in zusätzlichen Beratungsleistungen (wie persönlicher Beratung zu Hause) und der Gesundheitsförderung durch Kursangebote. Auch beim Angebot von Mehrleistungen wie Hospiz-Zuschuss, verbesserte häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen-Regelung oder Schutzimpfungen gibt es Unterschiede.

Die gesetzlichen Krankenkassen können ihren Mitgliedern auch Wahlta-

rife mit einer einjährigen oder dreijährigen Bindungsfrist anbieten. Das sind beispielsweise Tarife, die Beitragsrückerstattungen oder Kostenruckerstattungen enthalten. Die Kassen können diese Tarife unterschiedlich ausgestalten.

WAS KOSTET DIE GKV

Seit 2015 verlangen die Krankenkassen einheitlich 14,6 Prozent. Hiervon tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer*in jeweils die Hälfte. Zusätzlich können die Kassen Zusatzbeiträge erheben, die auch geteilt werden. Die allermeisten Kassen machen davon Gebrauch.

Bemessungsgrundlage ist Ihr Bruttoeinkommen. Bei der Berechnung des Beitrages wird dieses aber „nur“ bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 54.450 Euro (2019), also 4.537,50 Euro im Monat, berücksichtigt.

A close-up, shallow depth-of-field photograph of a vintage calculator keyboard. The keys are primarily cream-colored with some red and blue accents. The calculator is light-colored, possibly white or light grey. A dark blue, semi-transparent rectangular overlay is positioned in the lower-left quadrant, containing white text. The background is blurred, showing a wooden surface.

BdV-TIPP

Wenn Ihre Kasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder diesen erhöht, haben Sie ein außerordentliches Kündigungsrecht. Die Sonderkündigung kann bis zur erstmaligen Fälligkeit oder Erhöhung des Zusatzbeitrages erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.

WIE WIRD MIT DER GKV ABGERECHNET

Kassenpatient*innen legen normalerweise ihre Krankenkassenkarte vor und Ärzt*innen oder Krankenhaus rechnen damit die Leistungen über Verrechnungsstellen mit der Krankenkasse ab.

Was Kassenärzt*innen verordnen, wird von der Kasse bezahlt. Im Zweifel können Sie als Kassenpatient*in gegen Entscheidungen Ihrer Krankenkasse Widerspruch einlegen. Im schlimmsten Fall müssen Sie Klage beim Sozialgericht einreichen.

WAS PASSIERT BEI VERDIENSTAUSFALL

Beitragsbefreiung bei Krankheit

Arbeitnehmer*innen zahlt die Kasse Krankengeld als Lohnersatz nach Wegfall der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall. Auch Selbständige und freiberuflich tätige Personen bekommen Krankengeld nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, soweit sie ein Krankengeld mitversichert haben.

Während des Krankengeldbezuges sind Sie als Empfänger*in dieser Leistung beitragsfrei versichert. Obwohl Sie keine Beiträge bezahlen, bekommen Sie unverändert alle Leistungen für sich und Ihre mitversicherten Angehörigen. Zusätzlich übernimmt die Krankenkasse ungefähr die Hälfte der Beiträge zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung, soweit diese anfallen.

Beitragsfreiheit bei Mutterschaft

Bekommen Sie Mutterschafts- und Erziehungsgeld, sind Sie beitragsfrei versichert, wenn Sie zuvor pflichtversichert waren und keine anderen Einkünfte haben. Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen lösen allerdings eine Beitragspflicht aus. Das gilt auch, wenn Sie freiwillig in der GKV versichert sind, wobei aber zusätzlich für sonstige Einkünfte, wie Mieteinnahmen und Zinserträge, Beiträge zu zahlen sind. Achtung: Ist Ihr Ehepartner privat krankenversichert,

werden die Beiträge für Ihre GKV von seinem Einkommen berechnet.

Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

Können Sie Ihren Beruf nicht mehr ausüben, sinken Ihre Beiträge in der GKV meistens. Denn diese werden nach Ihrer Rente berechnet.



Gemeinsam gut versichert.



PRIVATE KRANKEN- VERSICHERUNG (PKV)

WEN VERSICHERT DIE PKV

Möglich ist der Wechsel in die private Krankenversicherung für Arbeitnehmer*innen, deren Bruttoeinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) von 60.750 Euro (2019) in einem Kalenderjahr übersteigt und voraussichtlich auch im Jahr darauf darüber liegen wird. Bei Selbständigen und verbeamteten Personen spielt das Einkommen für den Wechsel in die PKV keine Rolle.

Berufsanfänger*innen mit einem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze haben die Möglichkeit, freiwillig der GKV oder der PKV beizutreten. Dieses einmalige Wahlrecht haben Sie bei Aufnahme einer Beschäftigung als Arbeitnehmer*in. Das können Sie beispielsweise nach Ihrem Studium nutzen oder wenn Sie erstmals eine Beschäftigung in Deutschland aufnehmen.

Sind beide Ehegatten in der PKV ver-

sichert, kann das Kind nur in der PKV gegen einen eigenen Beitrag versichert werden. Ist ein Elternteil in der PKV versichert, hängt die beitrags-

freie Mitversicherung des Kindes in der GKV davon ab, wie viel der/die Privatversicherte verdient:

Einkommen	Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern
Privat versicherte Person verdient über der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 60.750 Euro (5.062,50 Euro monatlich 2019) und mehr als der GKV-Versicherte.	Kinder können beitragspflichtig in der PKV oder beitragspflichtig in der GKV versichert werden.
GKV-versicherte Person verdient über der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 60.750 Euro (5.602,50 Euro monatlich 2019) und mehr als der Privatversicherte.	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden
Privat versicherte Person verdient maximal bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze (!) von 60.750 Euro (2019).	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.
Privat versicherte Person verdient maximal (!) 54.450 Euro (2019) und war bereits am 31.12.2002 PKV versichert und wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei. GKV-versicherte Person hat ein geringeres Einkommen.	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.

Unverheiratete Paare

Lebt ein Paar unverheiratet zusammen und bekommt ein gemeinsames Kind, gilt für dessen Krankenversicherung Folgendes:

Sind die Partner in der PKV, ist auch das Kind beitragspflichtig in der PKV zu versichern.

Ist der Mann in der PKV und die Frau in der GKV, besteht für das Kind eine beitragsfreie Mitversicherung bei der Mutter.

Ist die Frau in der PKV und der Mann in der GKV, kann das Kind beitragsfrei in der Kasse des Vaters versichert werden. Eine beitragspflichtige Versicherung in der PKV der Mutter ist ebenso möglich.

Neugeborene

Bei Neugeborenen beginnt der private Krankenversicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate in der PKV versichert ist und die Anmeldung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Zudem darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Liegen diese Voraussetzungen vor, besteht für den Versicherer ein Annahmeweg und die Wartezeiten werden gestrichen.

WAS BIETET DIE PKV

Zwar kann es vorkommen, dass Privatpatient*innen von Ärzt*innen bevorzugt werden. Aber ob sie damit tatsächlich besser versorgt sind, ist nicht zwangsläufig sichergestellt.

Privatpatient*innen im Krankenhaus sind möglicherweise medizinisch besser betreut als Kassenpatient*innen. Voraussetzung: Sie haben die Chefarztbehandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer mitversichert. Allerdings können sich auch GKV-Mitglieder diesen Status als Privatpatient*innen über eine private Krankenhauszusatzversicherung verschaffen oder diese Mehrleistung selbst bezahlen.

PKV-Tarife können auch in diesen Bereichen Mehrleistungen vorsehen: Viele Tarife sehen Kostenerstattungen für Behandlungen durch Heilpraktiker*innen vor. Meist werden auch höhere Leistungen als in der GKV für Zahnersatz erbracht. Die Erstattung für kieferorthopädische Behandlung wird ohne Altersbegrenzung abgewickelt, beläuft sich aber häufig auf 60 bis 80 Prozent der Gesamtkosten. Brillengestelle und -gläser werden bezahlt, sind aber in der Höhe begrenzt.

WAS KOSTET DIE PKV

Die PKV legt die Beiträge unabhängig von Ihrem Einkommen fest. Durch die Unisextarifizierung sind nur noch Ihr Alter und Ihr Gesundheitszustand sowie der jeweilige Tarif maßgeblich.

Privatversicherte müssen je nach Vertrag und Tarif zuzahlen, weil nicht jeder Tarif für alle Leistungen eine Erstattung zu 100 Prozent vorsieht. Die PKV kann bei steigenden Kosten im Gesundheitswesen vertraglich vereinbarte Leistungen nicht einfach kürzen. Ausnahme: Der Basistarif (und auch der Standardtarif) unterliegen den gleichen Änderungen wie die GKV.

Vielmehr gibt die PKV diese Kostensteigerungen durch Erhöhungen der Beiträge und/oder der Selbstbeteiligung an ihre Versicherten weiter. Die Krankenversicherer erhöhten ihre Beiträge von 2008 bis 2014 um durchschnittlich bis zu rund 6 Prozent im Jahr. Oft lagen die Erhöhungen

auch im Bereich bis zu 10 Prozent, in einigen Fällen sogar weit darüber.

Beispiel: Beitragsentwicklung in der PKV bei einer angenommenen jährlichen Erhöhung um 5 Prozent und einem Anfangsbeitrag von monatlich 300 Euro im Alter von 35 Jahren:

Alter	Monatsbeitrag
35 Jahre	300 Euro
45 Jahre	489 Euro
55 Jahre	796 Euro
65 Jahre	1.297 Euro
75 Jahre	2.112 Euro

Lassen Sie sich nicht von den zu Anfang günstigen Beiträgen blenden. Zwar liegen sie meistens unter dem Krankenkassenbeitrag, steigen erfahrungsgemäß aber ständig. In

der Regel auch im Alter. So müssen viele Rentner*innen feststellen, dass die PKV für sie fast unbezahlbar geworden ist. Sollte dies der Fall sein, bliebe gegebenenfalls nur ein Tarifwechsel bei Ihrem Versicherer. Für Mitglieder des BdV gibt es zu diesem Thema ein spezielles Infoblatt.

Gründen Sie eine Familie, dann müssen Sie für jedes Familienmitglied einen Beitrag zahlen.

WIE WIRD MIT DER PKV ABGERECHNET

Privatversicherte schließen unter anderem mit Ärzt*innen, Zahnärzt*innen und Krankenhäusern Verträge ab und sind damit zunächst persönlich zahlungspflichtig. Sie bekommen Rechnungen von Apotheken, Ärzt*innen und Krankenhäusern und müssen die Erstattung ihrer Auslagen von ihrer PKV verlangen.

Dabei kann es durchaus zu Problemen kommen: Besonders, wenn PKV-Tarife geringere Erstattungssätze für die privatärztliche Behandlung vorsehen als Ärzt*innen nach der Gebührenordnung in Rechnung stellen dürfen. Teilweise kürzt die PKV Erstattungsbeträge oder verweigert die uneingeschränkte Erstattung mit Begründungen wie, die Behandlung sei medizinisch nicht oder nicht in diesem Umfang notwendig gewesen. In solchen Fällen müssen Sie als Privatversicherte*r möglicherweise spätestens dann vor Gericht ziehen, wenn auch die kostenfreie Einschaltung des Ombudsmanns (<http://www.pkv-ombudsmann.de>) ohne Erfolg geblieben ist. Zuständig sind je nach Höhe des Streitwertes Amts- oder Landgerichte.

Überprüfung ärztlicher Rechnungen
Mit Fragen und Beschwerden zu Ihren privatärztlichen Rechnungen können Sie sich an die Ärztekammer oder Zahnärztekammer Ihres Bun-

BdV-TIPP

Als Privatversicherte*r müssen Sie im Alter mit höheren Beiträgen rechnen. Das Geld, das Sie durch den anfänglich niedrigeren PKV-Beitrag einsparen, sollten Sie unbedingt anlegen. Stecken Sie es aber nicht in kapitalbildende Lebens- und Rentenversicherungen oder Beitragsentlastungstarife (Vorsorgetarife) der PKV-Versicherungsunternehmen. Besser geeignet ist die eigene Geldanlage. Lassen Sie sich hierzu neutral und unabhängig beraten.

deslandes wenden. Dort wird überprüft, ob die Arztrechnung entsprechend der Gebührenordnung erstellt wurde. Zur Klärung kann die Ärztekammer auch Gutachten anfordern.

Ob die Behandlung medizinisch notwendig war, wird dabei nicht beurteilt. Auch der PKV-Ombudsmann kann in diesen Fällen weiterhelfen.

WAS PASSIERT BEI VERDIENSTAUSFALL

Beitragspflicht auch bei Krankheit

Ihre Beitragspflicht besteht weiterhin, auch wenn der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit nach einiger Zeit die Gehaltsfortzahlung und seinen Zuschuss zur Krankenversicherung einstellt. Als Privatversicherte*r sollten Sie eine Krankentagegeldversicherung abschließen, die neben dem Erhalt Ihres Einkommens auch die Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge sowie der Beiträge zur Pflege- und Rentenversicherung abdeckt.

Beitragspflicht auch bei Mutterschaft
Sie bleiben während der Elternzeit beitragspflichtig.

Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

Sie zahlen trotz geringeren Einkommens die üblichen Beiträge weiter und müssen Steigerungen in Kauf nehmen.

WAS IST BEIM ABSCHLUSS WICHTIG

Beim Abschluss der privaten Krankenversicherung müssen Sie die Gesundheitsfragen im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Auch Ihre Ärzt*innen, Zahnärzt*innen und sonstige Heilkundler*innen wie Heilpraktiker*innen müssen Sie benennen und von



Wichtig, immer die Wahrheit sagen!

ihrer Schweigepflicht entbinden. 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 Vertragschluss vom Vertrag lösen. Bei Vorsatz oder Arglist beträgt die Frist zehn Jahre.

Bevor Sie die Fragen über Ihren Gesundheitszustand im Antrag beantworten, sollten Sie sich am besten bei Ihren Ärzt*innen und Heilkundler*innen erkundigen, weshalb Sie behandelt wurden. Denn die Versicherer fragen z. B. nach Ihren ambulanten Behandlungen in den letzten drei oder fünf Jahren sowie der letzten fünf oder zehn Jahre bei stationären Behandlungen. Nur Ärzt*innen können Ihnen sagen, aufgrund welcher Diagnosen Sie behandelt wurden. Am besten füllen Sie die Gesundheitsangaben im Antrag zusammen mit Ihren

BdV-TIPP

Bei den Gesundheitsangaben, die der Versicherer von Ihnen verlangt, sollten Sie absolut nichts verschweigen. Machen Sie falsche Angaben oder verschweigen Sie etwas, kann der PKV-Versicherer sich bis zu drei Jahre nach Vertragsschluss vom Vertrag lösen. Bei vorsätzlichem oder arglistigem Verhalten beträgt die Frist sogar zehn Jahre.

Achtung: Die Rückkehr in die GKV ist dann ausgeschlossen.

behandelnden Ärzt*innen aus.

Zumindest aber sollten Sie sich einen Auszug aus Ihrer Krankenakte von Ihren Ärzt*innen und/oder Ihrer gesetzlichen Krankenkasse besorgen, damit Sie die Gesundheitsfragen vollständig beantworten können.

Es ist wichtig, dass Sie selbst die Gesundheitsfragen im Antrag beantworten und das Ausfüllen nicht dem Versicherungsvermittler überlassen. So können Sie Fehler vermeiden und bei Bedarf konkrete Fragen stellen. Bevor Sie Ihre Unterschrift unter den Antrag setzen, sollten Sie sich den Antrag genau durchlesen. Nehmen Sie sich Bedenkzeit. Lassen Sie sich den Antrag aushändigen und schicken Sie ihn erst in den nächsten Tagen an den Vermittler zurück. Denn Zeitdruck ist ein schlechter Ratgeber, besonders bei einer so wichtigen Entscheidung für den Rest Ihres Lebens.

Die PKV nimmt Sie nur problemlos

auf, wenn Sie kerngesund sind. Bestehen bei Antragstellung Vorerkrankungen, entscheidet der Versicherer, ob er den Antrag dennoch so annimmt, oder nur gegen Beitragszuschläge oder Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließt oder den Antrag ablehnt. Der PKV-Vertrag kommt aber nur zustande, wenn Sie sich mit dem Beitragszuschlag oder dem Leistungsausschluss für bestimmte bei Ihnen vorliegende Erkrankungen einverstanden erklären. Eine Ausnahme davon besteht wegen des Annahmezwangs, wenn Sie Versicherungsschutz für den brancheneinheitlichen Basistarif beantragen. Akzeptieren Sie einen Beitragszuschlag, sollten Sie daran denken, dass dieser auch den künftigen Beitragserhöhungen unterliegt.

Eine Zustimmung zu einem Leistungsausschluss birgt nicht kalkulierbare finanzielle Risiken in sich: Werden Arztbesuche, Arzneimittel oder Operationen wegen einer Krankheit erforder-

derlich, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, müssen Sie diese Kosten selbst tragen. Deshalb sollten Sie sich nicht mit einem Leistungsabschluss einverstanden erklären.

WAS SOLLTE IM KLEINGEDRUCKTEN STEHEN

In allen Versicherungssparten ist es wichtig, dass bestimmte Leistungskriterien erfüllt sein sollten. Besonders bei der Krankenversicherung spielen aber auch viele weitere Kriterien bei der Auswahl eines privaten Krankenversicherers und geeigneter Tarife eine relevante Rolle. Dies sind zum Beispiel die Beitragsentwicklung, Tarifkontinuität – sprich wie viele Tarife hat der Versicherer auf den Markt gebracht – sowie sein Verhalten während der Vertragslaufzeit, unter anderem bei der Leistungsregulierung.

Planen Sie einen Wechsel in die PKV, sollten Sie sich aufgrund der Komplexität der Thematik individuell neutral und unabhängig beraten lassen. Eine

solche Beratung erhalten Sie als Mitglied beim BdV oder auch persönlich gegen Honorar bei Verbraucherzentralen (www.verbraucherzentrale.de) und von Versicherungsberatern (www.bvvb.de).

Mitglieder des BdV erhalten eine individuelle Beratung unter Berücksichtigung ihres persönlichen Bedarfs und ihrer Lebenssituation.

Vor einer solchen Beratung ist es empfehlenswert, dass Sie sich ergänzend noch über weitere Punkte informieren. Mehr hierzu lesen Sie in unserem Infoblatt „Private Krankenversicherung“, das Sie sich auf unserer Homepage herunterladen können.





PKV ODER GKV

Der Weg in die PKV sollte immer gut überlegt werden. Laufende Beitragssteigerungen auch im Rentenalter sind vorprogrammiert und führen nicht selten dazu, dass Beiträge zu einer erheblichen Belastung werden. Eine PKV kann allenfalls im Einzelfall nur für den gut verdienenden kinderlosen „ewigen Single“ und für Paare ohne Kinder sowie für sehr vermögende Personen in Frage kommen.

Für verbeamtete Personen lohnt sich zumeist eine private Krankenversicherung für den prozentualen Anteil, der zusätzlich zur Beihilfe erforderlich ist. Dies gilt häufig auch für Beamtenhepaare mit Kindern.

Familien sind mit der GKV üblicherweise besser bedient, besonders, wenn nur ein Elternteil verdient und/ oder bei mehreren Kindern. Auch für Alleinerziehende ist die GKV normalerweise die richtige Krankenversicherung.

BdV-TIPP

Mit dem Abschluss einer privaten Krankenversicherung erhalten Sie ein lebenslanges Leistungsversprechen. Jedoch geht hier das Risiko regelmäßiger Beitragsanpassung einher, da Kostensteigerungen und Inflation nicht mit eingerechnet sind.

In der GKV ist es genau andersrum. Während hier der Beitrag auf die Beitragsbemessungsgrenze (BBG), die auch regelmäßig angepasst wird, begrenzt ist, kann der Gesetzgeber jederzeit die Leistungen ändern.

GUT ZU WISSEN

Für viele weitere Themen wie z. B. Tarifwechsel, Basis- und Standardtarif und die Kriterien, die bei der Tarifauswahl berücksichtigt werden sollten, gibt es für BdV-Mitglieder spezielle Infoblätter.

WICHTIGE ADRESSEN

Für Fragen rund um private Versicherung und die BdV-Mitgliedschaft

Bund der Versicherten e. V. (BdV)

Postfach 57 02 61
22771 Hamburg
Tel. +49 40 - 357 37 30 0
(für Mitglieder)
Tel. +49 40 - 357 37 30 98
(für Nichtmitglieder)
Fax +49 40 - 357 37 30 99
info@bunddersicherten.de
www.bunddersicherten.de

Ansprechpartner für Beschwerden Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Tel. +49 800 - 210 05 00
(für Verbraucher)
Fax +49 228 - 41 08 15 50
poststelle@bafin.de
www.bafin.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22 . 10052 Berlin
Tel. +49 800 255 04 44
Fax +49 30 - 20 45 89 31
ombudsmann@pkv-ombudsmann.de
www.pkv-ombudsmann.de

GKV-Versicherte

Bundesversicherungsamt für GKV

Friedrich-Ebert-Allee 38 . 53113 Bonn
Tel. +49 228 - 61 90
Fax +49 228 - 61 91 870
poststelle@bva.de . www.bva.de

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Linienstraße 131 . 10115 Berlin
Tel. +49 30 - 92 10 58 00
Fax +49 30 - 92 10 58 01 10
kontakt@vdk.de . www.vdk.de

**Sozialverband Deutschland e. V.
(SoVD) Bundesgeschäftsstelle**

Stralauer Straße 63 . 10179 Berlin
Tel. +49 30 - 72 62 22 0
Fax +49 30 - 72 62 22 311
kontakt@sovd.de
www.sovd.de

**Bundesverband der
Rentenberater e. V.**

Potsdamer Str. 86 . 10785 Berlin
Tel. +49 30 - 62 72 55 02
Fax +49 30 - 62 72 55 03
info@rentenberater.de
www.rentenberater.de

Für Fragen wegen eines Auslands-
aufenthaltes

**GKV-Spitzenverband
Deutsche Verbindungsstelle Kran-
kenversicherung - Ausland (DVKA)**

Pennefeldsweg 12c . 53177 Bonn
Tel. +49 228 - 95 30 0
Fax +49 228 - 95 30 60 0
post@dvka . www.dvka.de

Noch mehr Anlaufstellen

**Bürgertelefon zur gesetzlichen
Krankenversicherung des Bundes-
ministeriums für Gesundheit**

Tel. +49 30 - 34 06 66 01

**Bürgertelefon zur gesetzlichen
Pflegeversicherung des Bundes-
ministeriums für Gesundheit**

Tel. +49 30 - 34 06 66 02

**Beauftragter der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen
und Patienten**

Friedrichstraße 108 . 10117 Berlin
Tel. +49 30 - 18 44 13 42 4
Fax +49 30 - 18 44 14 49 9
www.patientenbeauftragter.de

DER BdV – IHR ANSPRECHPARTNER

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) wurde 1982 gegründet und ist mit ca. 50.000 Mitgliedern die einzige Organisation in Deutschland, die vollkommen unabhängig für die Rechte der Versicherten eintritt. Er ist somit eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands und ein politisches Gegengewicht zur Versicherungslobby.

Der BdV führt Musterprozesse gegen Versicherer, um die Rechte der Verbraucher*innen durchzusetzen. Auf seine Initiative haben Bundesverfassungsgericht und Bundesgerichtshof bahnbrechende Urteile zugunsten der Versicherten gefällt. Diese Entscheidungen

haben auch Anlass zu Gesetzeskorrekturen.

Regelmäßig holen Bundesministerien und Bundestag den Rat des BdV ein. Er gibt Stellungnahmen zu geplanten Gesetzen ab und nimmt als Sachverständiger an Anhörungen teil. Außerdem organisiert der BdV regelmäßig wissenschaftliche Fachtagungen, um die Verbraucherposition auch in der wissenschaftlichen Diskussion zu stärken.

Der BdV ist präsent in allen Medien (Fernsehen, Radio, Zeitungen, Zeitschriften und Online-Medien). Sein Ziel ist es, auf Mängel hinzuweisen und für mehr Verbrauchergerechtigkeit zu streiten. Der „Leit-/Leidfaden Versicherungen“ des BdV ist im Buchhandel erhältlich.

Der BdV informiert Verbraucher*innen neutral und unabhängig und kostenlos mit Broschüren und Infoblättern zu allen wichtigen privaten Versicherungsthemen. BdV-Mitglieder haben darüber hinaus drei wesentliche Vorteile:

- Sie erhalten als BdV-Mitglied Beratung und Informationen zu privaten Versicherungen.
- Sie erhalten Zugang zu den Gruppenverträgen des BdV.
- Sie unterstützen eine unabhängige Verbraucherschutzorganisation, die sich für die Interessen der Versicherungsnehmer*innen einsetzt.

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

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

Tel. +49 40 - 357 37 30 0
(für Mitglieder)

Tel. +49 40 - 357 37 30 98
(für Nichtmitglieder)

Fax +49 40 - 357 37 30 99

info@bunddersicherten.de
www.bunddersicherten.de

GESTALTUNG UND LAYOUT

Agentur Punktlandung
www.punktlandung.net

TEXT

Fachberater*innen des BdV

REDAKTION

Bianca Boss (Leitung),
Claudia Frenz

BILDER

table/PHOTOCASE

Nordlicht Fotografie und
Mediendesign Claus Harlandt

jock+scott/PHOTOCASE

suze/PHOTOCASE

bit.it/PHOTOCASE

Kerstin Maier/PHOTOCASE

pip/PHOTOCASE

Ansgar Bolle/PHOTOCASE

Susann Städter/PHOTOCASE

birdys/PHOTOCASE

©iStock.com/Lise Gagne

Arthur Braunstein/PHOTOCASE

knallgrün/PHOTOCASE

DRUCK

Druckerei Siepmann, Hamburg

Erscheinungsdatum: Februar 2019

Auflage: 1.000 Stück

Alle Angaben für diese Broschüre wurden sorgfältig recherchiert. Dennoch kann keine Garantie für ihre Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden. Alle Rechte dieses Werkes sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung oder Verbreitung – auch auszugsweise – darf nicht ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers erfolgen.

www.bunderversicherten.de