

## Infoblatt – Private Krankenversicherung (PKV)

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.

Er informiert Verbraucher\*innen zu privaten Versicherungen. Seinen Mitgliedern hilft er bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen.

Dieses Infoblatt soll Ihnen die wichtigsten Informationen zum Thema private Krankenversicherung geben.

Sämtliche Infoblätter werden regelmäßig aktualisiert und können jederzeit unter <https://www.bunddersicherten.de> als PDF-Datei heruntergeladen werden. Die Informationen im Infoblatt ersetzen keinesfalls eine individuelle Beratung.

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

## 1. Das Wichtigste auf einen Blick

Alle Einwohnerinnen und Einwohner in Deutschland sind verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Eine PKV muss abschließen, wer sich nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu versichern hat.

Die PKV nimmt Sie 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 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Bruttoeinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze von 60.750 Euro (2019) 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 Beiträge 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 Erhöhungen der Beiträge und/oder Selbstbehalte an Ihre Versicherten weiter. Die Versicherer erhöhten ihre Beiträge seit 2008 durchschnittlich um rund zwei bis knapp sechs Prozent im Jahr, in vielen Fällen auch um mehr.

**Anmerkung:** Die Leistungen des Basistarifs sind weitgehend mit denen der GKV vergleichbar und diejenigen des Standardtarifs orientieren sich daran (siehe Infoblatt „Spezielle PKV-Tarife: Basis-, Standard- und Notlagentarif“).

Die Leistungsunterschiede zwischen den Tarifen der Versicherer sind erheblich. Sie sollten daher Angebote von mehreren Anbietern einholen und genau miteinander vergleichen.

**Beachten Sie:** eine Rückkehr in die GKV ist nur in Ausnahmefällen möglich und ab 55 Jahren nahezu ausgeschlossen. Am besten lassen Sie sich vor einem Wechsel in die PKV neutral und unabhängig beraten. Auch der Wechsel des PKV-Unternehmens ist selten sinnvoll. Meist kommt nur ein Tarifwechsel innerhalb eines Krankenversicherers in Frage.

## 2. Das leistet die Versicherung

Privatversicherte haben eine freie Arzt- und Zahnärztewahl. Basistarifversicherte können nur unter allen Ärzten mit Kassenzulassung wählen. Die PKV erstattet privatärztliche Behandlungskosten im jeweiligen Tarifumfang. 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 Status wie ein gesetzlich Versicherter im Krankenhaus.

Hier erhalten Sie einen ersten allgemeinen Überblick der wesentlichen Leistungen der PKV:

- **Ambulante Vorsorgeuntersuchungen:** Leistungen wie in der GKV, 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 erstattet sowie teilweise alternative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Ärzte.

- **Schutz im Ausland:** Es besteht europaweit zeitlich unbegrenzt Versicherungsschutz sowie weltweit einen Monat oder länger. Eine Verlängerung gegen Mehrbeitrag ist häufig möglich.
- **Zahnbereich:** Die Kosten für Zahnbehandlung 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.

Diese Risiken müssen Sie gesondert versichern:

- **Krankentagegeldversicherung:** Für privatversicherte Selbständige und Arbeitnehmer ist sie sehr wichtig. Sie ersetzt den Verdienstaufschlag bei längerer Krankheit. Die Höhe des Krankentagegeldes sollte sich an ihrem Nettoeinkommen zzgl. der Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung orientieren. Bei Krankheit eines Kindes sind keine Leistungen vorgesehen (für gesetzlich Versicherte siehe Infoblatt „Private Krankenzusatzversicherungen“).
- **Kurtarife:** Nicht alle Tarife enthalten Leistungen für ambulante und/oder stationäre Kuren. Häufig kann dieser Schutz jedoch zusätzlich abgeschlossen werden.
- **Auslandsreisekrankenversicherung:** Diese Ergänzung empfiehlt sich, wenn Ihre PKV keinen Rücktransport aus dem Ausland vorsieht. (siehe Infoblatt „Reise“).
- **Pflegepflichtversicherung:** Sie ist Pflicht. Zusätzlich kann eine Pflegezusatzversicherung in Betracht kommen. (siehe Infoblatt „Private Pflegezusatzversicherung“ und „Pflege-Bahr“).
- **Krankenhaustagegeldversicherung:** Sie zahlt pro Tag stationären Klinikaufenthalts ein Tagegeld. Sie ist nicht zu empfehlen, denn Verdienstaufschläge lassen sich damit nicht ausgleichen.
- **Beitragsentlastungstarif (Vorsorgetarif):** Dieser Tarif dient dazu, die Beiträge im Alter zu reduzieren. In der Regel ist eine separate Kapitalanlage besser.
- **Optionstarif:** Mit einem Optionstarif besteht die Möglichkeit zu einem festgelegten Zeitpunkt den Versicherungsschutz zu erhöhen. Dies ist nicht bei allen Anbietern möglich.

### 3. Das kostet die Versicherung

Die PKV-Beiträge sind einkommensunabhängig. Maßgeblich sind Alter und Gesundheitszustand 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 Beiträge zwischen 2008 und 2014 um durchschnittlich bis zu rund sechs Prozent im Jahr, in vielen Fällen auch um mehr.

Lassen Sie sich nicht von anfänglich günstigen Beiträgen blenden, die zunächst meist unter dem Beitrag der GKV liegen. Denn diese steigen ständig, besonders im Alter. Werden die Beiträge für Sie zu hoch, kann gegebenenfalls nur ein Tarifwechsel innerhalb Ihres Versicherers eine Lösung bieten (siehe Infoblatt „PKV-Tarifwechsel“).

Der Arbeitgeberzuschuss beträgt für Privatversicherte oft die Hälfte der Prämie zur PKV – maximal 351,66 Euro (2019) monatlich (inkl. zzt. 0,9 Prozent durchschnittlicher Zusatzbeitrag).

### 4. 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 eigenen Beitrag ebenfalls dort versichert werden. Ist nur ein Elternteil in der GKV versichert, gilt:

Bruttoeinkommen der Ehepartner	Versicherung Kind
Privatversicherter verdient über JAEG * von 60.750 Euro (2019) und genauso viel oder mehr als der GKV-Versicherte.	Kinder können gegen eigenen Beitrag in der PKV oder in der GKV versichert werden
GKV-Versicherter verdient über JAEG und mehr als der Privatversicherte.	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.
Privatversicherter verdient maximal bis zur JAEG (!) von 60.750 Euro (2019).	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.
Privatversicherter verdient maximal 54.450 Euro (2019) im Jahr und war schon vor 2003 in der PKV.	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.

\* Jahresarbeitsentgeltgrenze

**Unverheiratete Paare:** Sind beide Eltern 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.

**Für wen kommt die PKV in Frage:** Eine PKV kommt meist nur für den kinderlosen „ewigen Single“ und für Paare ohne Kinder sowie für sehr vermögende Personen in Frage.

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

Familien sind wegen der beitragsfreien Familienversicherung mit der GKV üblicherweise besser bedient als mit der PKV, besonders, wenn nur ein Elternteil verdient und/oder bei mehreren Kindern oder 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 „Studierende und Krankenversicherung“).

## 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.

Die Fragen über Ihren Gesundheitszustand im Antrag beantworten Sie am besten gemeinsam mit Ihren Ärzten. Zumindest aber sollten Sie sich Ihre Krankenakte aushändigen lassen.

**Anonyme Risikovorfrage:** Diese sollten Sie nutzen, wenn Sie gesundheitliche Einschränkungen haben. Die anonyme Risikovorfrage können Sie allerdings nicht eigenständig durchführen. Vielmehr müssen Sie sich hierfür an einen Versicherungsberater ([www.bvvb.de](http://www.bvvb.de)) oder einen hierauf spezialisierten Versicherungsmakler wenden.

## 6. Diese Pflichten haben Sie aus dem Versicherungsvertrag

Aus dem Versicherungsvertrag trifft Sie als Versicherten 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.

Einzelheiten zum Notlagentarif lesen Sie in unserem Infoblatt „Spezielle PKV-Tarife: Basis-, Standard- und Notlagentarif“.

Beachten Sie als Versicherter andere Pflichten wie v.a. die Auskunfts-, Anzeige- oder Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) nicht, so kann der Versicherer Sie nicht auf Erfüllung verklagen. Er darf aber auch hier die Leistung verweigern oder sogar 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 von einem von ihm beauftragten Arzt untersuchen lassen, um z. B. zu überprüfen, ob eine medizinisch notwendige Heilbehandlung vorliegt.

Nicht jede Obliegenheitsverletzung führt jedoch dazu, dass Sie komplett leer ausgehen.

## 7. Diese Kriterien sollte eine Krankenversicherung erfüllen

Nachfolgend finden Sie eine Auflistung von Kriterien, die Sie bei der Tarifauswahl berücksichtigen sollten. Wir haben diese in zwei Kategorien unterteilt: K.O.-Kriterien, die den Mindeststandard abbilden, und sinnvolle Kriterien.

### **K.O.-Kriterien für den Bereich der ambulanten Heilbehandlung:**

- offener Hilfsmittelkatalog
- Logopädie & Ergotherapie
- Psychotherapie ohne Genehmigungspflicht und möglichst ohne Sitzungszahlbegrenzung
- Psychotherapie im Delegationsverfahren (von Arzt auf Psychotherapeut)
- Psychotherapie durch Psychotherapeuten nach Psychotherapiegesetz (PsychThG)
- Verzicht auf Kurortklausel
- Leistung über Regelhöchstsatz (2,3fach) bis zum Höchstsatz (3,5fach) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
- Schutzimpfungen

**Sinnvolle Kriterien für den Bereich der ambulanten Heilbehandlung:** Heilmittel ohne Einschränkungen, ambulante Palliativversorgung sowie ambulante Kuren.

### **K.O.-Kriterien für den Bereich der stationären Heilbehandlung:**

- stationäre Psychotherapie ohne Genehmigungspflicht
- stationäre Versorgung in einem Hospiz
- Keine Berufung auf vorherige Genehmigung einer Anschlussheilbehandlung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach der stationären Behandlung



### **Sinnvolle Kriterien für den Bereich der stationären Heilbehandlung:**

Privatärztliche Chefarztbehandlung und die Unterbringung im Zweibettzimmer, Leistungen über die Höchstsätze der GOÄ hinaus sowie der Aufenthalt in gemischten Krankenanstalten ohne vorherige schriftliche Zusage. Stationäre Kurleistungen sind vor allem sinnvoll für Selbständige, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind (ggf. durch separaten Kurtarif). Ein Auslandsrücktransport sollte am besten über eine separate Auslandsrankenversicherung abgedeckt werden.

### **K.O.-Kriterien für den Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz:**

- Mindestens eine 80 prozentige Erstattung für Zahnbehandlung
- Mindestens eine 70 prozentige Kostenerstattung für Implantate, Prothesen, Brücken, Kronen und Inlays sowie kieferorthopädische Behandlungen
- Mindestens acht Implantate pro Kiefer
- Erstattung unabhängig von Prophylaxe
- Keine Summenbegrenzung mehr nach den ersten Versicherungsjahren

### **Sinnvolle Kriterien für den Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz:**

Verzicht auf die Vorlage eines Heil- und Kostenplans. Auch können weitere Leistungskriterien in Betracht kommen, wie z. B. die erweiterte Weltgeltung, wenn Sie mehr als einen Monat ins außereuropäische Ausland reisen wollen.

Zudem kann ein Selbstbehalt für nichtselbständig Beschäftigte bis maximal 500 Euro und für Selbständige bis 1.000 Euro jährlich sinnvoll sein.

**Bitte beachten Sie:** der Arbeitgeberzuschuss wird nicht auf den Selbstbehalt gewährt, sondern ist von Ihnen alleine zu tragen.

Neben den Leistungskriterien können weitere Kriterien relevant werden, wie z. B. das Verhalten des Versicherers bei der Leistungsregulierung, die Beitragsentwicklung und die Tarifkontinuität.

Sollten Sie einen Wechsel in die PKV planen, lassen Sie sich am besten vorher unabhängig und neutral beraten, z. B. als Mitglied beim BdV oder gegen Honorar bei Verbraucherzentralen ([www.verbraucherzentrale.de](http://www.verbraucherzentrale.de)) oder von Versicherungsberatern ([www.bvvb.de](http://www.bvvb.de)).

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

Bund der Versicherten e. V.  
Tiedenkamp 2  
24558 Henstedt-Ulzburg

Telefon: +49 4193-94222 (für Nichtmitglieder)

Telefon: +49 4193-9904-0 (für Mitglieder)

Fax: + 49 4193-94221

E-Mail: [info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de)

Internet: [www.bunddersicherten.de](http://www.bunddersicherten.de)

Vereinssitz: Henstedt-Ulzburg

Amtsgericht Kiel, VR 6343 KI

Vorstand: Axel Kleinlein (Sprecher), Mario Leuner

## 8. Geeignete Tarife

Neben den Leistungskriterien können auch weitere Kriterien bei der Auswahl eines privaten Krankenversicherers und geeigneter Tarife relevant werden. Dies sind z. B. das Verhalten bei der Leistungsregulierung sowie die Beitragsentwicklung und Tarifkontinuität.

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](http://www.verbraucherzentrale.de)) und von Versicherungsberatern ([www.bvvb.de](http://www.bvvb.de)).

Ihr BdV-Team