das e-Book

PKV

ALLES, WAS DU WISSEN MUSST!

DAS EINZIGE BUCH, DAS DU ALS ANGESTELLTER ZUR PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG FÜR ARBEITNEHMER LESEN SOLLTEST

VON SPIEGEL-BESTSELLERAUTOR BASTIAN KUNKEL

Inklusive
INSIDERWISSEN

GESETZLICH ODER PRIVAT?

Als gutverdienender Angestellter stehst du vor der Frage: Gesetzliche oder private Krankenversicherung? Dein Ziel sollte dabei immer die bestmögliche medizinische Versorgung sein – und das ohne falsche Kompromisse und Sparsamkeit. In diesem **E-Book** zeigen wir dir, **was die private Krankenversicherung leistet, wie sie sich von der gesetzlichen Kasse unterscheidet und welche Vorteile sie dir bietet.**

WICHTIGE INFOS AUF EINEN BLICK

- Die private Krankenversicherung funktioniert, wie andere „nicht gesetzliche“ Policen nach dem Individualprinzip. Du bestimmst selbst über deine gewünschten Leistungen und zahlst dafür einen Beitrag, der deinem individuellen Risiko (Eintrittsalter und Gesundheitszustand) entspricht.

- Die einzige Motivation für den Wechsel in die private Kranken-versicherung ist dir für deine Gesundheit die bestmögliche medizinische Versorgung zu gewährleisten.

- Privat krankenversichern können sich aktuell Arbeitnehmer, die im Jahr 2024 ein Bruttoeinkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgelt-grenze (JAEG) von 69.300 Euro erzielt haben und dieses Jahr über 73.800 Euro verdienen, wobei garantierte Sonderzahlungen (wie z.B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) und Sachbezüge mit berücksichtigt werden. Du bist dann versicherungsfrei und hast die Wahl zwischen der weiteren Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) oder in der privaten Krankenversicherung (PKV), vorher hattest du den Status eines pflichtversicherten Mitglieds in der GKV.

- Als Privatpatientin oder Privatpatient bekommst du Rechnungen direkt vom Arzt. Die Rechnung reichst du bei deiner privaten Krankenversicherung ein und erhältst dann den Betrag entsprechend deinen versicherten Leistungen erstattet.

- Beitragssteigerungen in der privaten Krankenversicherung sind unabhängig von deinem Einkommen. Nach Vorgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) müssen die Versicherungs-unternehmen für ihre Tarife jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Leistungen vergleichen und die aktuelle Sterbetafel berücksichtigen.

- In der Öffentlichkeit wird gerne behauptet, die private Kranken-versicherung werde im Alter unbezahlbar. Solche Aussagen sind nicht haltbar, wenn du bei der Wahl deiner Krankenversicherung bestimmte Grundsätze beachtest, dazu später mehr.

- In der PKV gibt es keine beitragsfreie Familienversicherung wie in der GKV. Möchtest du deinen Partner und deine Kinder mitversichern, ist für jede Person ein eigener Beitrag zu bezahlen.

- Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung, beteiligt sich dein Arbeitgeber zur Hälfte an deinen Beiträgen zur PKV (und an manchen Zusatztarifen wie Krankentagegeld und Beitragsentlastungstarif) und bei der Pflegepflichtversicherung. Der Arbeitgeberhöchstzuschuss beträgt dieses Jahr 471,32 Euro in der Krankenversicherung und in der Pflegepflichtversicherung 93,71 Euro.

- Vereinbare in der privaten Krankenversicherung als Angestellter keinen zu hohen Selbstbehalt, denn an dem Selbstbehalt beteiligt sich dein Arbeitgeber im Rahmen seines Zuschusses nicht.

KOSTENLOSE ONLINE-BERATUNG NUTZEN UND PASSENDEN TARIF FINDEN

Direkt Termin buchen

INHALT

BASISWISSEN 7

DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG IM ÜBERBLICK 7
AUFBAU DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN 7
VERSICHERUNGSPFLICHT UND VERSICHERBARKEIT 8
BEITRAG FÜR DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG 8
LEISTUNGEN DER GERSETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG 9
WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT § 12 9
ZUZAHLUNGEN UND SELBSTBETEILIGUNG 10
VERSICHERBARKEIT & FAMILIENVERSICHERUNG IN DER GKV 12

ÜBERBLICK: DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG FÜR ARBEBEITNEHMER 13
DIE RICHTIGE MOTIVATION FÜR EINEN WECHSEL IN DIE PKV 13
AUFBAU DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG 14
WER KANN SICH PRIVAT KRANKENVERSICHERN? 14
BEITRAG FÜR DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG 15
LEISTUNGEN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG 15
SELBSTBETEILIGUNG IN DER PKV 17
DIE BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG 18
FAMILIENVERSICHERUNG IN DER PKV? 19

DIE PKV FÜR ARBEITNEHMER – BESONDERHEITEN UND LEISTUNGEN 20
FOLGEN DER VERSICHERUNGSFREIHEIT UND WECHSELOPTION 21
DER WECHSEL VON DER GKV IN DIE PKV 21
DER WECHSEL VON DER PKV IN DIE GKV 21
DER BEITRAG: SO WIRD ER ZWISCHEN ARBEITGEBER & ARBEITNEHMER GETEILT 22
SELBSTBEHALTE & BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG – AUSWIRKUNGEN AUF DEN ARBEITGEBER-ANTEIL 22
UNVERZICHTBAR IN DER PKV FÜR ARBEITNEHMER: DAS KRANKENTAGEGELD 23
DIE ABRECHNUNG IN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG 24
GESUNDHEITSPRÜFUNG UND WEITERE FAKTOREN 24
DIE ANWARTSCHAFTSVERSICHERUNG/OPTIONSTARIF 25
DAS TARIFKOLLEKTIV 27
ZUSÄTZLICHE FAKTOREN, DIE DEN BEITRAG BEEINFLUSSEN 28

TIEFENWISSEN 29

UNTERSCHIEDE ZWISCHEN GKV UND PKV IM DETAIL 29
- VORAUSSETZUNGEN FÜR DEN BEITRITT 29
- NEBENBERUFLICHE SELBSTSTÄNDIGKEIT – KANN ICH MICH PRIVAT KRANKENVERSICHERN? 30
- RÄUMLICHER GELTUNGSBEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG 31
- BEITRAG FÜR DEN KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ 31
- DER WECHSEL ZWISCHEN DEN KRANKENVERSICHERUNGEN 32
- HINWEISE AUF BESONDERHEITEN IN DER PKV 33

STRUKTUR DER PKV,AUFSICHT UND FINANZIERUNG 34
- AUFSICHT ÜBER DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG 34
- FINANZIERUNG DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG 35
- INSOLVENZ DES VERSICHERERS – UND JETZT? 35

KANN MICH DER PRIVATE KRANKENVERSICHERER KÜNDIGEN? 35

DIE WICHTIGSTEN BAUSTEINE DER PKV FÜR ARBEITNEHMER 36
- INDIVIDUELLE ZUSATZBAUSTEINE 36
- EXISTENZIELLER ZUSATZBAUSTEIN: DAS KRANKENTAGEGELD 36
- ZUSATZBAUSTEIN: KRANKENHAUSTAGEGELD 36
- ZUSATZBAUSTEIN: KURTAGEGELDVERSICHERUNG 36

GESUNDHEITS- UND RISIKOPRÜFUNG BEI ABSCHLUSS DER PKV 37
- ZWECK DER GESUNDHEITSPRÜFUNG 37
- DIE GESUNDHEITSFRAGEN 37
- FOLGEN DER GESUNDHEITSPRÜFUNG 38
- DIE ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG 39

TIPPS ZUR ABRECHNUNG VON LEISTUNGEN IN DER PKV 39
- DER ERSTATTUNGSWEG IN DER PKV 40

WICHTIGE BAUSTEINE DER PKV: SPARE NICHT AN DER FALSCHEN STELLE! 41
- GUTER SCHUTZ AUCH IM AUSLAND 41
- OFFENER HEIL- UND HILFSMITTELKATALOG 41
- WAHLLEISTUNGEN IM KRANKENHAUS 42
- HONORARVEREINBARUNGEN – KOSTENÜBERNAHME ÜBER GOÄ UND GOZ 42
- „DIREKT ZUM FACHARZT“ 43

STEUERLICHE BEHANDLUNG DEINER BEITRÄGE PKV 43

BASISWISSEN

Im Basiswissen gehen wir auf die wichtigsten Punkte, die du zur PKV wissen solltest, ein. Tiefergehende Informationen, mehr Insiderwissen und manchen Geheimtipp findest du dann unter dem Abschnitt „Tiefenwissen“. Allerdings bist du bereits mit dem Basiswissen gut aufgestellt!

DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG IM ÜBERBLICK

Bevor wir uns mit der privaten Krankenversicherung beschäftigen, wollen wir uns das gesetzliche Pendant anschauen. Denn nur dann verstehst du, wo die konkreten Unterschiede zwischen den beiden Systemen der Krankenversicherung in Deutschland liegen.

AUFBAU DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

Die gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie gehören zum Sozialversicherungssystem in Deutschland. Alle relevanten Vorschriften zur GKV findest du daher im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Durch diese Vorschriften ist der gesetzlich vorgegebene Leistungskatalog bei allen Krankenkassen nahezu zu 95 Prozent identisch.

Dazu unterscheiden sich die Krankenkassen in der Höhe ihres Zusatzbeitrages (durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 2,5 Prozent) im Gegensatz zum allgemeinen Beitragssatz in Höhe von 14,6 Prozent. Es lohnt sich aber auch die Leistungen der gesetzlichen Kranken-versicherungen miteinander zu vergleichen. Denn vielleicht sind gerade die kleinen Unter-schiede der Krankenkassen hinsichtlich Serviceleistungen, Übernahme von Impfungen, Angebote an Naturheilverfahren, Bonusprogramme und Wahltarifen für dich interessant.

Übrigens: Sprechen wir im Artikel von „Krankenkasse“ oder „gesetzlicher Kasse“, meinen wir immer die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Meinen wir hingegen die private Krankenversicherung, nennen wir sie auch so, oder kürzen sie mit „PKV“ ab.

Beispiele für gesetzliche Krankenkassen sind:

- AOK
- Barmer
- DAK
- IKK
- KKH
- Techniker Krankenkasse

VERSICHERUNGSPFLICHT UND VERSICHERBARKEIT

In Deutschland besteht seit dem 01.04.2007 Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und seit dem 01.01.2009 in der privaten Krankenversicherung. Hinsichtlich der Versicherungspflicht gelten keine Ausnahmen.

Unser Sozialversicherungssystem unterscheidet zwei Arten von versicherten Personen:

- **Gesetzlich versicherungspflichtige Personen** (nach SGB 5 § 5): Für sie gibt es nur die gesetzliche Krankenversicherung, ein Wechsel in die PKV ist nicht möglich. Betroffen sind Arbeitnehmer, die weniger als die Jahresarbeisentgeltgrenze/Versicherungspflichtgrenze in Höhe von aktuell 6.150 Euro monatlich (2024: 5.775 Euro) verdienen.

- **Gesetzlich versicherungsfreie Personen** (nach SGB 5 § 6): Sie können zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung wählen, eine der beiden Versicherungsarten brauchen sie aber aufgrund der bestehenden Versicherungspflicht in jedem Fall. Versicherungsfrei sind unter anderem Arbeitnehmer, die über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) verdienen, Beamte, oder andere Personen mit Anspruch auf Beihilfe, Selbstständige und Freiberufler, Personen ohne eigenes Einkommen bzw. mit einem Ein kommen unter der Geringfügigkeitsgrenze (2025: 556 Euro im Monat). Das sind z.B. Hausfrauen, Hausmänner oder Kinder und auch Studierende können sich u.a. zu Beginn ihres Studiums von der Versicherungspflicht befreien lassen und sind dann für die Dauer ihres Studiums versicherungsfrei Die gesetzliche Versicherungspflicht endet in der Regel mit dem 30. Geburtstag. Danach sind Studierende stets versicherungsfrei.

Die Versicherungspflicht bezieht sich auf einen Grundschutz, der auf das Solidaritätsprinzip zurück geht und im Sozialgesetzbuch SGB V geregelt ist. Der Gesetzgeber verhindert durch einen solche „Grundschutz", dass Menschen zulasten ihrer Gesundheit auf Basisleistungen verzichten.

Wahlleistungen und Zusatzbausteine, die über diesen Grundschutz hinausgehen, sind also freiwillig.

Versicherst du dich privat, hat der Versicherer sichergestellt, dass dein Tarif in der PKV mindestens die Leistungen der gesetzlichen Kasse erfüllt.

BEITRAG FÜR DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

Der Beitrag ist in der gesetzlichen Krankenversicherung für alle Personen prozentual gleich hoch. Gesetzlich festgeschrieben ist er in der Krankenversicherung mit dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens bis maximal zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in Höhe von 5.512,50 Euro (2024: 5.175 Euro).

Hinzu kommt der Zusatzbeitrag, den jede Krankenkasse individuell festlegen kann. Außerdem wird die Pflegeversicherung mit der Krankenversicherung verbunden. Dein Gesamtbeitrag besteht also aus drei Bestandteilen:

1. Allgemeiner Beitragssatz: 14,6 Prozent
2. durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 2,5 Prozent (2024: 1,7 Prozent)
3. Pflegeversicherung: 3,4 Prozent und 4 Prozent für kinderlose gesetzlich Versicherte

Somit liegt der durchschnittliche Beitragssatz in der Krankenversicherung bei 17,1 Prozent (allgemeiner Beitragssatz: 14,6 Prozent plus durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 2,5 Prozent).

Die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze (BBG) liegt aktuell bei 5.512,50 Euro im Monat. Verdienst du mehr, fällt auf den über der Grenze liegenden Betrag kein Krankenversicherungsbeitrag mehr an.

Der monatliche Höchstbeitrag in der Krankenversicherung liegt somit bei 942,64 Euro (BBG: 5.512,50 Euro x 17,1 Prozent) monatlich. Der Arbeitgeber beteiligt sich daran zur Hälfte, bis maximal zum Arbeitgeberhöchstzuschuss in Höhe von 471,32 Euro.

In der Pflegeversicherung liegt der Höchstbeitrag bei 220,50 Euro, der Arbeitgeberhöchstzuschuss in der Pflegeversicherung liegt bei maximal 93,71 Euro.

Beispiel: Du verdienst als Angestellter monatlich 7.000 Euro brutto. Auf 1.487,50 Euro (Gehaltsanteil über der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze von aktuell 5.512,50 Euro) deines Gehaltes zahlst du somit keinen Beitrag für deine Krankenversicherung.

Der Gesetzgeber kann die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung jederzeit anpassen. Der allgemeine Beitragssatz betrug zum Beispiel im Jahr 2004 noch 14,3 Prozent und der 2015 eingeführte durchschnittliche Zusatzbeitrag nur 0,9 Prozent. Zu Beginn des Jahres 2023 stieg beispielsweise der durchschnittliche Zusatzbeitrag um 0,3 Prozent.

LEISTUNGEN DER GERSETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Wirtschaftlichkeitsgebot § 12

Den Grundsatz über alle Leistungen der GKV findest du in § 12 des SGB V, er lautet:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt also lediglich Leistungen im notwendigen und wirtschaftlichen Umfang.

Zuzahlungen und Selbstbeteiligung

Was nicht medizinisch (zwingend) erforderlich ist, wird nicht erstattet. Dadurch können Eigenbeteiligungen entstehen, die entweder einen Teil oder den gesamten Teil der Leistungen betreffen.

Nachfolgend einige Leistungen, bei denen du in der GKV mit Zuzahlungen zu rechnen ist:

- **Alternative Heilmethoden:** Hier leistet die GKV nur selten, da die Wirksamkeit vieler Leistungen nicht medizinisch nachgewiesen ist. Gesundheitsminister Karl Lauterbach kündigte im Januar 2024 eine gesetzliche Regelung an, nach der homöopathische Arzneimittel und Behandlungen künftig nicht mehr von den Krankenkassen erstattet werden dürfen. Nur bei bestimmten Voraussetzungen werden z.B. Kosten für Akkupunktur übernommen. Die Osteopathie ist keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen, sondern eine freiwillige Leistung. Einige Krankenkassen haben die Osteopathie als Zusatzleistung in ihren Allgemeinen Geschäftsbedingungen aufgenommen und leisten mit einer begrenzten Sitzungszahl und einer limitierten Kostenübernahme pro Sitzung.

- **Ausland:** Die gesetzlichen Kassen leisten in allen Ländern der EU und in den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes, sowie in Ländern mit einem bestehendem Sozialversicherungsabkommen. Da es sich im Ausland immer nur um einen Basisschutz handelt und dazu die Bestimmungen des Reiselandes gelten, empfiehlt sich daher bei allen Reisen außerhalb von Deutschland unbedingt der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung. Günstige Jahrespolicen für Singles, welche alle Urlaubsreisen in einem Jahr abdecken, gibt es z.B. bereits für unter 20 Euro im Jahr.

- **Sehhilfen:** Seit dem 1.1.2004 bekommen gesetzlich Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen, Lupen, Lupenbrillen) von den Krankenkassen nur dann erstattet, wenn bei Ihnen eine schwere Sehbeeinträchtigung vorliegt oder wenn die Sehhilfe therapeutischen Zwecken dient.

- **Hörgeräte:** Voraussetzung für den Festzuschuss (ca. 700 Euro/Hörgerät, aber abhängig vom Grad der Schwerhörigkeit) der GKV ist immer die medizinische Notwendigkeit und die Verordnung durch einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Einige Kassen erstatten mehr als den gesetzlich vorgeschrie benen Festzuschuss. Entscheidest du dich für ein Hilfsmittel oder eine Ausstattung, die das Maß des medizinisch Notwendigen überschreitet, trägst du die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst.

Du siehst also: Die gesetzliche Kasse bietet dir eine solide medizinische Grundversorgung – nicht mehr, aber eben auch nicht weniger.

Auch bei weiteren Hilfsmitteln wie Prothesen, Orthesen, orthopädische Schuhe oder Rollstühlen muss die Krankenkasse eine Beschaffung vorher genehmigen. Grundsätzlich gilt: wird einen höherwertigere Ausführung gewünscht, sind die Mehrkosten dafür aus eigener Tasche zu bezahlen.

Auch bei Zahnleistungen übernimmt die GKV nur die Kosten für die Standardversorgung. Bei Füllungen im Frontzahnbereich übernehmen die Kassen die Kosten für zahnfarbene Kompositfüllungen. Zu den Frontzähnen zählen die Schneide- und Eckzähne des Ober- und Unterkiefers. Im Seitenzahnbereich werden die Kosten für Amalgamfüllungen übernommen.

Bei einer Wurzelbehandlung kostet der Eingriff je nach Aufwand und Methode zwischen 300 und 1.000 Euro. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen für die Wurzelkanalbehandlung einen befundorientierten Festzuschuss. Dieser liegt durchschnittlich bei etwa 300 Euro. Das bedeutet für dich als Patient kommen in komplizierten und aufwändigen Fällen bis zu 700 Euro Eigenanteil hinzu.

Bei einer professionelle Zahnreinigung (PZR) werden Plaque, Zahnstein und Verfärbungen auf den Zähnen entfernt sowie die Zahnzwischenräume und Zahnfleischränder gründlich gereinigt. Die professionelle Zahnreinigung kann dazu beitragen, Karies, Zahnfleischentzündungen und Parodontitis zu verhindern und die Mundgesundheit zu erhalten. Dabei geht die PZR viel weiter als die Zahnsteinentfernung, welche im Rahmen der üblichen Kontrolluntersuchung von der GKV erstattet wird. Die professionelle Zahnreinigung (Kosten zwischen 80 – 120 Euro, aber auch darüber hinaus) ist eine privatärztliche Leistung und keine Pflichtleistung der Krankenkassen. Einige Krankenkassen bieten jedoch eine teilweise Kostenübernahme für die PZR als Satzungsleistung an, zum Beispiel über Bonusprogramme oder Zuschüsse.

Viele Menschen schließen daher eine private Zahnzusatzversicherung (die beliebteste Krankenzusatzversicherung) ab, sie setzen genau dort an, wo die Leistungen der GKV enden. Es gibt zum Beispiel Zahnzusatzversicherungen, welche ohne Begrenzung die Kosten für eine professionelle Zahnreinigung erstatten. Weiter deckt die Zahnzusatzversicherung, je nach versicherten Leistungen, die Kosten im Bereich von Zahnersatz wie Kronen, Brücken, Verblendungen, Veneers, Inlays, Onlays, Implantate (inkl. Knochenaufbau, Funktionsanalyse und Funktionstherapie) neben den Zuschüssen der gesetzlichen Leistung ab. Inlays zählen zum Beispiel nicht zur Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen. Die Kosten für ein Inlay richten sich nach Material und Fläche. Der Preis pro Inlay liegt zwischen 250 Euro und 900 Euro je Inlay. Die GKV erstattet hier im Rahmen einer Kassenleistung lediglich einen Zuschuss, der sich nach den Kosten einer einfachen Füllung im Seitenzahnbereich richtet. Die Preisdifferenz ist dann als Eigenanteil an den Zahnarzt oder die Zahnärztin von dir zu bezahlen.

Wie beim Beitrag, kann der Gesetzgeber die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jederzeit anpassen. Er hat die Möglichkeit Selbstbehalte/Zuzahlungen anzuheben, bestimmte Leistungen zu reduzieren oder sogar streichen, wenn er diese nicht mehr für zwingend notwendig erachtet. Aber er kann den Leistungsumfang auch erweitern, wenn sich beispielsweise zeigt, dass immer mehr Menschen unter Rückenprobleme leiden.

Allerdings bist du als gesetzlich Versicherter den Entscheidungen der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband ausgeliefert und du hast bei Änderungen kein Mitspracherecht.

Bei Leistungskürzungen stehst du also in der GKV machtlos gegenüber, während du in der PKV deine Leistungen selbst auswählen kannst und dir diese Leistungen lebenslang durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen garantiert sind!

UNZUFRIEDEN MIT DEINER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG?
KOSTENLOSE ONLINE-BERATUNG ZUR PKV VEREINBAREN!

Jetzt Termin vereinbaren

VERSICHERBARKEIT & FAMILIENVERSICHERUNG IN DER GKV

In der gesetzlichen Krankenversicherung können Ehegatten, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Kinder und Kinder von familienversicherten Kindern in der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert werden.

Dafür gelten aber einige Voraussetzungen:

- du als Vater oder Mutter bist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse
- Partner bzw. Kinder haben ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland
- Partner bzw. Kinder sind nicht hauptberuflich selbstständig oder aus anderen Gründen (etwa als Beamte) versicherungsfrei
- Das monatliche Einkommen der zu versichernden Angehörigen liegt unterhalb einer bestimmten Grenze (in 2025: 535 Euro pro Monat; 6.420 Euro im Jahr)

Kinder kannst du bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mitversichern. Sind sie nicht erwerbstätig, ist die Familienversicherung bis zum vollendeten 23. Lebensjahr möglich. Befinden sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung (z.B. Studium) oder leisten Kinder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr, ist die Familienversicherung bis zum vollendeten 25. Lebensjahr möglich. Unter bestimmten Voraussetzungen auch maximal 12 Monate darüber hinaus. Ohne Altersgrenze können Kinder familienversichert sein, wenn sie aufgrund einer Behin-derung außerstande sind, selbst für ihren eigenen Lebensunterhalt zu sorgen.

Ausnahmen gelten wiederum, wenn dein Partner nicht gesetzlich, sondern privat versichert ist und ein monatliches Einkommen oberhalb eines Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) von aktuell 5.775 Euro verdient. In diesem Fall muss das Kind beim Partner und damit ebenfalls privat versichert, oder gegen eigenen Beitrag, freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert werden. Aber es ist doch großartig, wenn du die Möglichkeit hast, auch deinem Kind die bestmögliche medizinische Versorgung mit der privaten Krankenversicherung zukommen zu lassen. Und dass bereits mit weniger als 110 Euro Monatsbeitrag (z.B. 300 Euro Selbstbehalt/2-Bettzimmer/Chefarzt/90 Prozent Zahnersatz und Leistungen bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ).

ÜBERBLICK: DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG FÜR ARBEBEITNEHMER

Gesetzliche und private Krankenversicherung verfolgen dasselbe Ziel. Sie stellen sicher, dass du im Krankheitsfall die notwendigen Leistungen erhältst und schnellstmöglich wieder gesund werden kannst. Dennoch unterscheiden sich die beiden Versicherungssystem an sehr vielen Stellen deutlich voneinander. Nach dem Überblick über die GKV geben wir dir nun einen ersten Eindruck von der privaten Krankenversicherung. Im Gegensatz zur öffentlich-rechtlichen GKV ist die PKV privatwirtschaftlich organisiert.

DIE RICHTIGE MOTIVATION FÜR EINEN WECHSEL IN DIE PKV

DEINE Motivation, in die PKV zu wechseln, ist…

…hoffentlich nicht, Geld zu sparen! Die einzige Motivation für einen Wechsel in die private Krankenversicherung ist, im Krankheitsfall Zugang zur **bestmöglichen medizinischen Versorgung** zu erhalten. Wer aus falscher Sparsamkeit in die PKV wechselt, erlebt früher oder später unliebsame Überraschungen.

Denn: Die PKV ist die Premiumklasse unter den beiden Krankenversicherungssystemen. Wer dir erzählt, dass du einen PKW der Oberklasse für den Preis eines Kleinwagens bekommst, ist auch hier nicht wahrheitsgemäß unterwegs. Das kann nicht sein, denn hochwertige Leistungen kosten einfach mehr und nur die private Krankenversicherung deckt diese Mehrkosten auch ab. Allerdings musst du dabei auch mit einem höheren Beitrag rechnen – eben wie beim Kauf eines PKW der Oberklasse an Stelle eines Kleinwagens.

Manche Lockangebote führen dazu, dass viele Menschen aus falscher Sparsamkeit über die niedrigen Beiträge in die PKV wechseln. Die Motivation sollte aber die garantierte lebenslange hochwertigste medizinische Versorgung sein.

Stell dir also die Frage, was du von deinem persönlichen Gesundheitsschutz erwartest. Bei einer schweren Erkrankung möchtest du doch sicher von einem Spezialisten und modernster Gerätemedizin mit den neusten Originalmedikamenten behandelt werden, um schnellstmöglich wieder gesund zu werden.

DAS ist die Motivation für den Einstieg in die PKV. Nichts anderes!

AUFBAU DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

Die private Krankenversicherung ist die Sparte eines privaten Versicherungsunternehmens – daher auch ihr Name. Du kannst sie mit anderen Privatversicherungen, etwa deiner Haftpflicht- oder der Hausratversicherung vergleichen. Denn der Versicherer bestimmt mit einigen Ausnahmen selbst, welche Leistungen er dir anbietet, was er erstattet und an welchen Stellen er die Leistungen gegebenenfalls einschränkt.

Klar ist aber auch, dass deine Gesundheit und eine private Krankenversicherung etwas anderes als eine Hausrat- oder KFZ-Versicherung sind. Denke bitte daran, deine Gesundheit ist dein höchstes Gut! Deshalb hat der Gesetzgeber bestimmte Rahmenbedingungen für die private Krankenversicherung geschaffen. Die wichtigste und zugleich einfachste dieser Bedingungen lautet:

Im Grundschutz muss die PKV mindestens die Leistungen übernehmen, die auch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet.

Nach oben gibt es dann in den Premiumtarifen eigentlich keine Leistungsgrenzen mehr. Ob bei der Wahl der Behandlung durch den Chefarzt und absoluten Spezialisten in seinem Fachgebiet, dem Zugang zur modernster Gerätemedizin und wirkungsvollster Medikation, Erstattungen über den Höchstsatz der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) von Ärzten und Zahnärzten, bis zu einer 90%ige Erstattung von hochwertigen Zahnersatzmaßnahmen und der der angenehmen Unterbringung im 1-Bettzimmer. Du kannst dich also individuell für den absoluten Top-Schutz entscheiden, während es in der gesetzlichen Krankenkasse keine Wahl und nur den Einheitstarif gibt.

WER KANN SICH PRIVAT KRANKENVERSICHERN?

In der **privaten Krankenversicherung** können sich sogenannte „versicherungsfreien" Berufs- und Personengruppen versichern. Das sind:

- Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2025: 73.800 Euro)
- Selbstständige und Freiberufler (Ausnahmen können für Künstler, Publizisten und Landwirte gelten)
- Beamte und andere Personen mit Anspruch auf Beihilfe
- Personen ohne eigenes Einkommen bzw. mit einem Einkommen unter der Geringfügigkeitsgrenze (2025: 556 Euro im Monat), z.B. Hausfrauen und -männer oder Kinder
- Studierende, sofern sie sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen oder mindestens 30 Jahre alt sind

BEITRAG FÜR DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

Dein Beitrag in der privaten Krankenversicherung richtet sich nicht nach deinem Einkommen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern wird nach dem Äquivalenzprinzip berechnet. Das bedeutet, dass dein Versicherungsbeitrag bei Abschluss deines Vertrages grundsätzlich äquivalent zum Umfang der versicherten Leistungen und zu den individuellen Risikofaktoren, dazu gehört dein Gesundheitszustand zu Beginn der Versicherung, kalkuliert wird. Bereits vorhandene Erkrankungen sind zusätzliche Gesundheitsrisiken, die nach dem Äquivalenzprinzip oft nur dann versichert werden können, wenn für das zusätzliche Risiko auch zusätzliche Beiträge, sogenannte Risikozuschläge, von dir bezahlt werden.

Des Weiteren wird dein Beitrag abhängig vom Eintrittsalter, deiner Lebenserwartung und abhängig von einem ggf. eventuellen Selbstbehalt kalkuliert. Du bezahlst also deinen individuellen Beitrag, der deinem Eintrittsalter, deinem Gesundheitszustand, den gewählten Leistungen und dem eventuellen Selbstbehalt entspricht.

Grundlage für die Beitragsberechnung sind also die Verhältnisse zu Beginn deines Versicherungsvertrages. Tritt zu einem späteren Zeitpunkt eine Verschlechterung deines Gesundheitszustandes ein, hat das keine Auswirkungen auf deine Beiträge. Spätere Risikozuschläge sind also von deinem Versicherer nicht möglich. Ebenso wenig werden die Beiträge erhöht, weil du älter wirst.

Für einer Beitragsreduzierung deiner privaten Krankenversicherung im Rentenalter bieten viele Gesellschaften Beitragsentlastungstarife an. Dabei zahlst du einen zusätzlichen Beitrag, der verzinslich angelegt wird und dir zu einem bestimmten Lebensalter die versicherte Beitragssenkung lebenslang garantiert. Die Angebote der Versicherungsunternehmen unterscheiden sich, sind aber alle im Rahmen des Höchstzuschusses arbeitgeberzuschussfähig und dazu kann ein Teil des Beitrages ggf. auch noch steuerlich im Rahmen der Sonderausgaben geltend gemacht werden.

Du schließt also mit dem privaten Krankenversicherer einen für beide Seiten verbindlichen Vertrag, in welchem dir der Versicherer mit den Versicherungsbedingungen, die von dir versicherten Tarifleistungen lebenslang garantiert. Während der Vertragslaufzeit können Beitragsanpassungen, wie auch in der gesetzlichen Krankenkasse, erfolgen. Erhöht der Versicherer deine Prämie, steht dir ein außerordentliches Sonderkündigungsrecht innerhalb von zwei Monaten ab Erhalt der Änderungsmitteilung zu. Vor einem eventuellen Wechsel des Versicherers empfiehlt sich unbedingt eine erneute Beratung. Oft kann durch einen Tarifwechsel innerhalb der Gesellschaft, unter Anrechnung der Altersrückstellungen, eine für dich passende Tarifalternative gefunden werden.

LEISTUNGEN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

In der privaten Krankenversicherung wählst du, im Unterschied zur GKV, individuell die von dir gewünschten versicherten Leistungen aus. Der Gesetzgeber schreibt lediglich den Mindestschutz entsprechend den Leistungen der gesetzlichen Kasse vor. Darüber hinaus kannst du selbst entscheiden, welche Leistungen du für dich versicherst und ob und welchen Selbstbehalt du wählst.

Deine private Krankenversicherung übernimmt dann unter anderem folgende Leistungen:

- **Alternative Heilmethoden und Psychotherapie.** In der privaten Kranken versicherung werden Tarife, welche bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) leisten und auch Tarife mit unbegrenzter Sitzngszahl in der Psychotherapie, angeboten.
- **Sehhilfen.** Die privaten Krankenversicherer übernehmen Sehhilfen (Gläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen bis zu 1.200 Euro innerhalb von 2 Kalenderjahren und auch operative Sehschärfenkorrekturen (auch Laser/Lasik-Operationen) im Rahmen bestimmter Höchstsätze.
- **Wahlleistungen im Krankenhaus.** Du kannst dich beispielsweise bei einem stationären Aufenthalt für die Behandlung durch den Chefarzt (ohne Beschränkung auf den Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)) und die Unterbringung im Einzelzimmer, entscheiden. Wenn du darauf bei einem stationären Aufenthalt ganz oder teilweise verzichtest, erhältst du dafür ein Ersatzkrankenhaustagegeld.
- **Kuren- und Reha-Maßnahmen** stellen keine Pflichtleistung in der PKV dar. Nach Vorleistung der Sozialversicherungsträger werden aber in leistungsstarken Tarifen u.a. auch Anschlussheilbehandlungen und REHA-Maßnahmen erstattet. Darüber hinaus bietet sich noch der Abschluss eines Kurtagegeldversicherung an. Eine Kurtagegeldversicherung leistet in der versicherten Höhe (bis max. 250 Euro) bei Kuren, medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen oder Anschlussheilbehandlungen.
- Auch hochwertiger **Zahnersatz** (u.a. Inlays, Implantate) ist versichert, wobei du die Zahnstaffel beachten solltest. Mit der Zahnstaffel begrenzen die meisten Tarife die Leistungen in den ersten Jahren auf bestimmte Höchstbeträge. Beispiel: In den ersten drei Versicherungsjahren stehen maximal 10.000 Euro zur Verfügung, ab dem vierten Versicherungsjahr findet bereits keine Begrenzung mehr statt.

Diese Aufzählung ist bei Weitem nicht abschließend. Durch die Vertragsfreiheit bietet jeder private Krankenversicherer unterschiedliche Tarifvarianten zur Auswahl an. Deshalb empfiehlt es sich unbedingt, die Tarife der Anbieter miteinander zu vergleichen, um am Ende den Tarif herauszufinden, der am besten zu deinen Wünschen passt.

FINDE MIT DER KOSTENLOSEN ONLINE-BERATUNG VON VMK
DEN FÜR DICH PASSENDEN TARIF.

Jetzt Termin vereinbaren

SELBSTBETEILIGUNG IN DER PKV

Während du in der gesetzlichen Krankenversicherung in Form von Zuzahlungen zur Selbstbeteiligung verpflichtet bist, kannst du In der privaten Krankenversicherung dagegen selbst entscheiden, ob du einen Tarif mit oder ohne Selbstbeteiligung wählen möchtest. Zusätzlich kannst du festlegen, wie hoch die jeweilige Selbstbeteiligung sein soll.

Die Selbstbeteiligung gibt den Betrag an, den du pro Jahr selbst übernehmen musst, bevor die PKV leistet. Es gibt Tarife mit einer Selbstbeteiligung über alle Tarifbereiche Ambulant, Stationär und Zahn, oder nur einem oder zwei Tarifbereiche. In der Regel gilt, je höher deine gewählte Selbstbeteiligung, desto mehr reduziert sich auch dein Tarifbeitrag bei gleichen Leistungen.

Beispiel: Du wählst einen tariflichen Selbstbehalt von 600 Euro pro Jahr über alle Tarifbereiche. Bevor du dann Erstattungen aus deiner privaten Krankenversicherung erhältst, sind alle Rechnungen bis zu diesem Betrag zuerst selbst zu bezahlen. Erst dann greifen die tariflichen Leistungen des Versicherers.

In manchen Tarifen werden Vorsorgeleistungen, Schutzimpfungen, Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung unabhängig von einer Selbstbeteiligung vom Versicherer erstattet.

Ob sich das für dich als Arbeitnehmer unter der Berücksichtigung des hälftigen Arbeitgeberzuschusses lohnt, kannst du relativ einfach berechnen. Denke dabei daran, an deinem gewählten Selbstbehalt beteiligt sich dein Arbeitgeber nicht.

Beispiel: Durch den Selbstbehalt von 600 Euro sinkt der monatlicher Tarifbeitrag um 120 Euro gegenüber dem gleichen Tarif ohne Selbstbehalt. Davon würdest du und dein Arbeitgeber jeweils zur Hälfte mit 60 Euro weniger monatlicher Beiträge profitieren. Das bedeutet für dich eine jährliche Beitragsersparnis in Höhe von 720 EUR, dagegen steht dein Risiko von 600 Euro Selbstbeteiligung, an welchen sich der Arbeitgeber nicht beteiligt. 720 Euro garantierte Beitragsersparnis stehen also einer eventuellen Selbstbeteiligung von maximal 600 Euro gegenüber, ein gutes Geschäft für dich.

Setze den Selbstbehalt als Arbeitnehmer zu Versicherungsbeginn bitte nicht zu hoch an, nur um deinen Beitrag dadurch zu reduzieren. Denn der Arbeitgeber beteiligt sich daran nicht und profitiert ggf. nur über einen niedrigeren Arbeitgeberzuschuss. Dazu kommt, dass eine spätere Reduzierung des Selbstbehalts in der Regel immer einem Änderungsantrag mit Gesundheitsprüfung zur Folge hat.

Übrigens: Viele Versicherer bieten bei Selbstbeteiligungen auch alternative Bedingungen an. Du übernimmst beispielsweise 50 Prozent aller Kosten, bis maximal zu einem Betrag in Höhe von 600 Euro im Jahr.

DIE BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG

Bei der Beitragsrückerstattung (BRE) handelt es sich um Barauszahlungen an die Versicherten, die über einen längeren Zeitraum hinweg keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Sie ist ein Anreiz, auf das Einreichen kleiner Rechnungen zu verzichten. Dies erspart der Versicherung nicht nur die Erstattung der Behandlungskosten, sondern auch den damit verbundenen Verwaltungsaufwand, welcher gerade bei Kleinbeträgen im Verhältnis zur Rechnungssumme oft sehr hoch ist. Versicherte mit Anspruch auf Rückerstattung verhalten sich erfahrungsgemäß gesundheits- und kostenbewusster und verursachen so weniger Kosten. Davon profitieren sie nicht nur selbst, sondern das kommt auch den übrigen Versicherten zugute.

Viele Tarife bieten dir eine sogenannte Beitragsrückerstattung oder eine Pauschalleistung an. Hier ist darauf zu achten, ob die Leistung eine erfolgsabhängige Leistung des Versicherers darstellt, dann kann diese jedes Geschäftsjahr von der Gesellschaft auch verändert werden. Oder es sich um eine erfolgsunabhängige Rückerstattung handelt, welche in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifes verankert ist.

Eine BRE steht dir dabei zu, wenn du im vergangenen Kalenderjahr keine Leistungen der Krankenversicherung in dem entsprechenden Tarifbereich, oder den entsprechenden Tarifbereichen in Anspruch nimmst. Du bekommst dann beispielsweise bis zu 6 volle Monatsbeiträge zurück. Das bedeutet für dich als Arbeitnehmer (die andere Hälfte bezahlt ja dein Arbeitgeber), deine private Krankenversicherung ist für dich kostenlos.

Ausgenommen sind in vielen Tarifen Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung. Nimmst du diese in Anspruch, hat das bei vielen Tarifen keinen Einfluss auf deine Beitragsrückerstattung. Ausgezahlt werden die Beitragsrückerstattungen immer im Folgejahr. Die Zahlung erfolgt in der Regel via Überweisung auf dein Bankkonto, von welchem auch deine Beiträge bezahlt wurden.

Ob sich die BRE lohnt, kannst du ebenfalls einfach berechnen. Zunächst brauchst du den Monatsbeitrag für deine private Krankenversicherung, etwa 500 Euro, davon übernimmt der Arbeitgeber 250 Euro. Der Versicherer sagt dir zu, drei Monatsbeiträge für das abgelaufene Jahr zurückzuzahlen, wenn du keine Leistungen in Anspruch nimmst. Du würdest bei Erfüllung der Voraussetzungen also 1.500 Euro erhalten, der Arbeitgeber erhält aus seinen hälftigen Beiträgen keine Beitragsrückerstattung.

Diese 1.500 Euro stellst du nun den zu erwartenden Erstattungen aus der PKV gegenüber. Warst du etwa zweimal beim Arzt und hast dafür 500 Euro bezahlt, solltest du besser die Rechnungen selbst bezahlen und nicht bei der Krankenversicherung einreichen. Denn dann würdest du keine Rückerstattung erhalten und so auf 1.500 Euro BRE verzichten, ansonsten hast du hier immerhin einen Mehrwert in Höhe von 1.000 Euro in deiner Tasche.

In vielen Tarifen steigt die Höhe der Beitragsrückerstattung, wenn mehrere Jahre in Folge keine Rechnungen eingereicht wurden.

Bei einem unterjährigen Versicherungsbeginn wird die Beitragsrückerstattung anteilig erstattet.

Die Beitragsrückerstattung mindert im Jahr, in dem sie auf deinem Konto eingeht, den als Sonderausgaben abziehbaren Versicherungsbeitrag. Dies übermittelt der Versicherer entsprechend an dein zuständiges Finanzamt.

Anders sieht es aus, wenn bereits eine einzelne Behandlung teurer als die Rückerstattung ist. Gerade bei Zahnersatzleistungen oder einer längeren stationäre Behandlung im Krankenhaus, wird die Grenze zum Vierstelligen schnell überschritten. Merkst du bereits während des Jahres, dass die Krankheitskosten höher als die zu erwartende BRE im Folgejahr sein werden, kannst du sofort alle vorliegenden und folgenden Rechnungen aus dem aktuellen Jahr bei deiner PKV einreichen. Es ist zu beachten, dass immer das Behandlungsdatum und nicht das Rechnungsdatum für die Erstattung entscheiden ist.

Achtung: Verzichte bitte niemals nur wegen der Rückerstattung auf einen Arztbesuch! Das kann zu einem lebensgefährlichen Behandlungsstau führen. Dadurch können Krankheiten nicht frühzeitig erkannt und behandelt werden, das kann für deine Gesundheit richtig gefährlich werden!

Nimm bitte die Termine zu den angeratenen regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen wahr, denn Vorsorgeuntersuchungen haben ohnehin in den allermeisten Tarifen keinen Einfluss auf deine Beitragsrückerstattung. Wir hören auch immer wieder, dass Kunden eine notwendige Operation ins nächste Jahr verschieben möchten, um ihre Rückerstattung nicht zu gefährden. Denke nicht an solche Vorgehensweisen, sondern höre für deine Gesundheit immer auf den Rat deines Arztes!

Bei korrekter Anwendung ist die BRE aber eine großartige Motivation, beispielsweise sich gesünder zu ernähren, vielleicht mit dem Rauchen aufzuhören und wieder Sport zu treiben. Du tust deiner Gesundheit und deinem Geldbeutel einen Gefallen – besser geht's nicht.

FAMILIENVERSICHERUNG IN DER PKV?

Kurze Frage, kurze Antwort: Gibt es nicht. Durch das Individualprinzip ist jede Person in der PKV mit eigenem Tarif und separater Gesundheitsprüfung zu versichern. Die kostenlose Familienversicherung steht dir unter gewissen Voraussetzungen (siehe bitte oben) ausschließlich dann zur Verfügung, wenn du gesetzlich krankenversichert bist.

Nun kann es passieren, dass du privat und dein Partner gesetzlich versichert ist. Der Versicherungsschutz eurer Kinder richtet sich dann nach dem Partner, der mehr als ein Zwölftel des Entgeltgrenze pro Monat verdient. Im Jahr 2025 sind das 6.150 Euro brutto.

Beispiel: Du bist freiwillig versicherter Arbeitnehmer und möchtest dich privat versichern. Deine Ehefrau ist gesetzlich pflichtversichert und ihr habt zusammen ein Kind. Dann habt ihr die Möglichkeit euer Kind bei dir privat mitzuversichern, da dein Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und höher als das Einkommen deines Partners ist.

Etwas anderes gilt hier, wenn du zwar über der Entgeltgrenze verdienst, aber gesetzlich krankenversichert bleibst. Da alle Familienmitglieder Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind, besteht unter gewissen Voraussetzungen (siehe bitte oben) Anspruch auf eine kostenlose Familienversicherung in der GKV.

DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG FÜR ARBEITNEHMER – BESONDERHEITEN UND LEISTUNGEN

Hast du es geschafft und verdienst als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer über der aktuellen Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von **6.150 Euro**, bist du versicherungsfrei. Dazu erstmal unseren herzlichen Glückwunsch zu dieser Leistung! Nun geht es für dich an die Auswahl des richtigen Versicherungsschutzes. Du hast nun das Privileg dich als freiwilliges Mitglied auch in der PKV zu versichern und dir damit Zugang zur besten medizinischen Versorgung zu ermöglichen, alternativ kannst du aber auch als freiwilliges Mitglied weiter in der gesetzlichen Krankenversicherung auf einem deutlich niedrigen Leistungsniveau bleiben.

Außer deiner Statusänderung von einem Pflichtversicherten zu einem freiwilligen Mitglied in der GKV ändert sich dadurch nichts. Du bezahlst dann in der gesetzlichen Krankenkasse einen Höchstbeitrag in der Krankenversicherung in Höhe von aktuell 942,64 Euro (Beitragsbemessungsgrenze 5.512,50 Euro x durchschnittlicher GKV-Beitragssatz 17,1 Prozent inkl. Zusatzbeitrag in Höhe von 2,5 Prozent) und in der Pflegeversicherung von 187,43 Euro (Beitragsbemessungsgrenze 5.512,50 Euro x 3,4 Prozent Beitragssatz). Das sind stolze 1.130,07 Euro (2004: noch 558 Euro!) jeden Monat an Beitrag zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für dich, wovon der Arbeitgeber jedoch die Hälfte übernimmt.

Und dabei kann der Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen durch zukünftige politische Entscheidungen jederzeit reduziert werden (ARD-Tagesschau 11.01.2024: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach will die Finanzierung homöopathischer Behandlungen durch gesetzliche Kassen streichen).

Wir gehen davon aus, dass du bei diesen Zahlen und Entwicklungen mit dem Gedanken spielst, in die private Krankenversicherung und somit in eine für dich weitaus höherwertige Gesundheitsversorgung, zu wechseln. Deshalb geben wir dir nun einen kurzen Eindruck davon, was für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der privaten Krankenversicherung besonders wichtig ist.

FOLGEN DER VERSICHERUNGSFREIHEIT UND WECHSELOPTION

Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist die Versicherungsfreiheit ab dem 1.1.2025 gegeben, wenn die Versicherungspflichtgrenze des Vorjahres (2024: 69.300 Euro) und des aktuellen Kalenderjahres (73.800 Euro) mit deinem Gehalt erreicht wird.

Der Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung

Um von der gesetzlichen Krankenkasse in die private Krankenversicherung zu wechseln, kündigst du die GKV, sobald du nach dem Abschluss deiner PKV eine Annahmebestätigung deines Antrages, eine Arbeitgeberbescheinigung und einen Nachversicherungsnachweis von der Gesellschaft erhalten hast. Als freiwilliges Mitglied kannst du deine gesetzliche Krankenkasse, am besten nachweislich, immer zum Ende des übernächsten Monats kündigen. Zum Beispiel kündigst du im Monat Mai ordentlich zusammen mit dem Nachversicherungsnachweis (beinhaltet u.a. Angaben über deinen Versicherungsbeginn und dem Versicherungsschutz deiner PKV) deine PKV zum 31.07. des jeweiligen Jahres. Deine Versicherung in der PKV muss dann aufgrund der bestehenden Versicherungspflicht lückenlos, also in unserem Beispiel am 01.08. des Jahres beginnen.

DAS WAR'S AUCH SCHON! NUN BIST DU MITGLIED IN DER VON DIR GEWÄHLTEN PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG.

Der Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung

Oft hören wir, dass es von der privaten Krankenversicherung keinen Weg mehr zurück in die gesetzliche Kasse gibt. Allerdings ist das nicht grundsätzlich der Fall. Als Arbeitnehmer kannst du zurück ins gesetzliche System, wenn z.B. einer der folgenden Punkte auf dich zutrifft:

- Dein Einkommen fällt unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze. Dies kann der Fall sein, weil du den Job wechselst, deine regelmäßige Wochenarbeitszeit herabsetzt oder einen Teil deines Bruttogehalts im Rahmen der Entgeltum wandlung in eine betriebliche Altersvorsorge investierst.
- Die Jahresarbeitsentgeltgrenze angehoben wird und dein Gehalt dann wieder darunter liegt. Die Versicherungspflicht in der GKV tritt dann ab dem 1. Januar des betreffenden Kalenderjahres ein.
- Durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld.

Durch zahlreiche Vorschriften des Gesetzgebers wird es für Personen die **55 Jahre** oder älter sind deutlich schwerer wieder zur in die GKV zu wechseln.

Allerdings ist der Wechsel zurück in die GKV nicht völlig unmöglich. Wenn sich dir z.B. die Möglichkeit der Familienversicherung bietet, dazu muss dein Einkommen weniger als 538 Euro im Monat betragen und du darst nicht hauptberufliche selbstständig und/oder nach anderen Vorschriften versicherungsfrei sein.

Durch die Regelungen des § 8 im SGB V hast du aber auch die Möglichkeit dich unter bestimmten Voraussetzungen innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht davon bereien zu lassen.

DER BEITRAG: SO WIRD ER ZWISCHEN ARBEITGEBER UND ARBEITNEHMER GETEILT

Du bist als Versicherungsnehmer Vertragspartner deiner privaten Krankenversicherungsgesellschaft zahlst du als Arbeitnehmer den gesamten Beitrag für deine private Krankenversicherung zunächst aus eigener Tasche.

Allerdings bekommst du von deinem Arbeitgeber einen steuerfreien Zuschuss zu deiner Krankenversicherung (§ 257 Abs. 2a SGB V). Dein Arbeitgeber bezahlt dir die Hälfte deines Krankenversicherungsbeitrages, maximal aber den Höchstbeitrag, welchen er auch zur gesetzlichen Krankenversicherung seiner Mitarbeiter bezahlen würde.

Für das aktuelle Jahr berechnet sich der maximale Arbeitgeberzuschuss aus dem anteiligen Beitrag des Arbeitgebers von 7,3 Prozent (Hälfte des allgemeinen Beitragssatze von 14,6 Prozent) plus der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitrags von aktuell 2,5 Prozent. Als Bemessungsgrundlage dient dazu die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) von aktuell 5.512,50 Euro (ein höheres Einkommen bleibt unberücksichtigt). Daraus erstattet dir dein Arbeitgeber dann maximal 471,32 Euro (7,3 Prozent + 1,25 Prozent aus 5.512,50 Euro) in der Krankenversicherung und maximal 93,71 Euro (die Hälfte aus dem Beitragssatz zur Pflegeversicherung in Höhe von aktuell 3,4 Prozent) in der Pflegepflichtversicherung.

Aber auch für eventuelle stationäre Wahlleistungen, Krankentagegeldversicherung und einen Beitragsentlastungstarif bezahlt dir dein Arbeitgeber bis zum Höchstbetrag den hälftigen Zuschuss.

Aber berücksichtige bitte: wenn deine Kranken- und Pflegeversicherung teurer ist, zahlt dein Arbeitgeber immer nur maximal diese Beträge.

Für den Erhalt des Zuschusses ist deinem Arbeitgeber ein Nachweis in Form einer Arbeitgeberbescheinigung des Versicherers vorzulegen. Dieser enthält Angaben über die Art der versicherten Leistungen, die zuschussberechtigten Personen und die Beiträge. Bei einer Veränderung der Beitragshöhe, des Versicherungsschutzes oder der Zahl der versicherten Personen, ist dies deinem Arbeitgeber unverzüglich mitzuteilen. Unter gewissen Voraussetzungen ist auch für deine privat versicherten Angehörigen (Ehepartner, Lebenspartner und Kinder) ein Arbeitgeberzuschuss innerhalb deiner Höchstbeträge möglich, wenn deine Familienangehörigen Anspruch auf die kostenlose Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung hätten.

Beachte, dass sich die prozentualen Sozialabgaben des Arbeitgebers immer nach deinem Einkommen richten, der PKV-Beitrag aber **einkommensunabhängig** ist.

SELBSTBEHALTE UND BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG – AUSWIRKUNGEN AUF DEN ARBEITGEBER-ANTEIL

In deiner privaten Krankenversicherung kannst du Selbstbehalte frei wählen und bekommst in der Regel einen Teil deiner Beiträge in Form der Beitragsrückerstattung (BRE) zurück, wenn du im Jahr keine oder nur bestimmte tarifliche Leistungen in Anspruch genommen hast.

Grundsätzlich gilt, dass diese Vereinbarungen unabhängig vom Arbeitgeber gelten. **Er beteiligt sich nicht am Selbstbehalt, erhält aber auch keinen Teil der Beitragsrückerstattung.**

Übernimmt dein Arbeitgeber freiwillig einen Teil des Selbstbehalts, musst du den erhaltenen Zuschuss als geldwerten Vorteil mit deinem persönlichen Steuersatz versteuern. Gleichzeitig kannst du den geleisteten Selbstbehalt gegebenenfalls steuerlich geltend machen. Tarife mit hoher Selbstbeteiligung lohnen sich daher für dich in der Regel nicht.

UNVERZICHTBAR IN DER PKV FÜR ARBEITNEHMER: DAS KRANKENTAGEGELD

In der gesetzlichen Krankenversicherung erhältst du nach einer sechswöchigen Lohnfortzahlung durch deinen Arbeitgeber (§ 3 Entgeltfortzahlungsgesetz) für bis zu 72 Wochen das sogenannte Krankengeld. Die gesetzliche Krankenkasse zahlt dir, wenn du wegen derselben Krankheit länger als sechs Wochen krankgeschrieben bist, 70 Prozent vom Bruttoeinkommen, jedoch höchstens 90 Prozent deines Nettoeinkommens. Das Krankengeld ist 2025 auf einen gesetzlichen Höchstbetrag von 128,63 Euro pro Tag, unabhängig deines tatsächlichen Einkommens, begrenzt.

In der privaten Krankenversicherung ist bei Angestellten nach der sechswöchigen Lohnfortzahlung unbedingt ein Krankentagegeldtarif ab der siebten Krankheitswoche (ab dem 43. Krankheitstag) zu versichern, da du sonst nach Ende der Lohnfortzahlung ohne Einkommen bist. Der Versicherer zahlt dir dann, anders als in der GKV, zeitlich unbegrenzt (außer für Versicherte im Basistarif) für die Dauer deiner Erkrankung die Höhe deines ver-sicherten steuerfreien Tagegeldes aus. Erst wenn du nicht mehr vollständig arbeitsunfähig bist, beendet die Versicherung die Auszahlung des Tagegeldes. immer mehr Tarife seh-en inzwischen auch eine Teilzahlung des Tagegeldes vor, wenn du wieder eingeschränkt arbeiten kannst und stufenweise deine Arbeitszeit erhöhst. Wenn dein Arzt feststellt, dass du dauerhaft erwerbsunfähig bist, wird geprüft, ob du dadurch berufsunfähig bist. Für die Absicherung dieses Risikos empfehlen wir dir den Abschluss einer **Berufsunfähigkeitsver-sicherung**, deren Leistung dann nahtlos nach Ende des Krankentagegeldes einsetzt.

Auf was du bei der Berufsunfähigkeitsversicherung unbedingt achten solltest, erfährst du in unserem Ratgeber zur BU-Versicherung für alle Berufsgruppen auf unserer Website!

Bei der Berechnung des Tagessatzes musst du aber unbedingt **zwei Zusatzfaktoren** berücksichtigen:

- Der hälftige Arbeitgeberzuschuss zur PKV entfällt bei einer Erkrankung länger als sechs Wochen. Kalkuliere daher bitte den vollen monatlichen PKV-Beitrag in die Höhe deines Krankentagegeld mit ein.
- Denke bitte an die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und deiner private Altersvorsorge, diese sind ebenfalls aus deinem Tagegeld zu finanzieren.

DIE ABRECHNUNG IN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

Auch bei der Abrechnung in der privaten Krankenversicherung gibt es Unterschiede zum gesetzlichen Sachleistungsprinzip (§ 2 SGB V), wo ohne Vorleistung abgerechnet wird. Mit dem Kostenerstattungsprinzip der privaten Krankenversicherung erhältst du über jede Behandlung, Leistung und jedes Medikament eine Rechnung vom Arzt (die Abrechnung von ärztlichen Leistungen orientiert sich stets über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), wenn keine andere Gebührenordnung greift), vom Krankenhaus oder von der Apotheke, welche zunächst von dir selbst gezahlt wird.

Anschließend reichst du die Rechnung (unter vorheriger Berücksichtigung deines Selbstbehaltes und einer eventuellen Beitragsrückerstattung) bei deiner Krankenversicherung per App, auf dem Postweg oder E-Mail ein, welche dir dann die Kosten im Rahmen deiner versicherten Tarifleistungen auf dein Beitragskonto erstattet. Die Rechnungen können auch z.B. bis Anfang des Folgejahres gesammelt werden, um dann zu entscheiden, ob eine Erstattung der Rechnungen, oder eine Beitragsrückerstattung sinnvoller ist.

Den Rechnungsbetrag begleichst du also zunächst aus eigenen Mitteln. Bei Rechnungen vom Arzt kannst du die in der Regel die Erstattung deiner PKV abwarten und dann innerhalb der Zahlungsfrist überweisen. Bei eventuell höher anfallenden Kosten im Falle eines Krankenhausaufenthaltes kannst du mit deiner Krankenversicherung eine Kostenübernahmeerklärung vereinbaren, mit der welcher das Krankenhaus dann direkt mit deiner Krankenversicherung abrechnet.

Nicht eingeschlossen in der Kostenübernahmeerklärung für stationäre Krankenhausaufenthalte sind die wahlärztlichen Behandlungskosten (chefärztliche Behandlungen). Diese gelten nicht als Krankenhausleistungen, sondern als Sonderleistungen und werden dir deshalb gesondert in Rechnung gestellt.

Noch einfacher geht es, allerdings wenn du im Krankenhaus gleich bei der Einweisung deine „Karte für Privatversicherte“ vorlegst. Dann rechnet das Krankenhaus die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Zuschläge für eine gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer direkt mit deiner Versicherung ab. Lediglich die Rechnungen für chefärztliche Behandlungen erhältst du persönlich und leitest diese dann an die deine PKV zur Erstattung weiter.

GESUNDHEITSPRÜFUNG UND WEITERE FAKTOREN

Um deinen Beitrag ermitteln zu können, muss der Versicherer dein versicherungsmedizinisches Risiko genau kennen. Dazu gehört zuerst die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag, in denen etwa folgende Fragen von dir zu beantworten sind:

- Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate/Prothesen/Einschränkungen/ Störungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn Sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit?

- Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder – aufgrund von Vorerkrankungen – medizinische Kon trolluntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, Kieferorthopäden, Zahnärzten, Therapeuten, Heilpraktiker statt, sind angeraten oder beabsichtigt?
- Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen, Operationen, Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus, einem Lazarett, Sanatorium oder einer Heilstätte statt oder ist eine solche angeraten oder beab sichtigt?
- Besteht eine Fehlsichtigkeit?
- Besteht eine Sterilität oder Infertilität oder haben Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen wegen unerfülltem Kinderwunsch stattgefunden?
- Besteht oder bestand eine anerkannte Behinderung, eine chronische Erkrankung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, eine Wehrdienstbeschädigung, Dienst- oder Berufsunfähigkeit?
- Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten- abhängigkeit oder wurden in diesem Zeitraum Alkohol, Medikamente oder Betäubungsmittel/Drogen regelmäßig verordnet oder eingenommen?
- Wurde eine HIV-Infektion festgestellt bzw. steht noch ein Testergebnis aus? Ist ein HIV-Test ärztlich angeraten?

JETZT KOSTENLOSEN BERATUNGSTERMIN AUSMACHEN & MEHR ÜBER DEINE MÖGLICHKEITEN MIT DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG ERFAHREN!

Jetzt Termin vereinbaren

DIE ANWARTSCHAFTSVERSICHERUNG/OPTIONSTARIF

Wenn du heute bereits weißt, dass du erst später einmal in die private Krankenversicherung wechseln kannst, hast du aktuell die Möglichkeit eine Anwartschaft oder einen Optionstarif abzuschließen.

Die Anwartschaftsversicherung bietet zwar keine Versicherungsleistungen aber nachfolgende Vorteile:

1. Die Anwartschaft prüft deinen aktuellen Gesundheitszustand und ermöglicht dir dann zu einem späteren Zeitpunkt eine garantierte Aufnahme in die private Krankenversicherung zu den aktuell beurteilten Konditionen, ohne eine spätere erneute Gesundheitsprüfung.

2. Sie „konserviert“ praktisch versicherungstechnisch deinen aktuellen Gesundheitszustand. Bei der Aktivierung deiner PKV nimmt der Versicherer dann deinen bei der Anwartschaft bewertete Gesundheitszustand als Grundlage und berechnet daraus deinen Tarifbeitrag. Dein tatsächlicher Gesundheitszustand spielt dann keine Rolle mehr.

Insidertipp

Viele Versicherer bieten neben der „kleinen Anwartschaft“ auch noch eine „großer Anwartschaft“ an. Sie ist teurer, da sie neben deinem Gesundheitszustand durch das Bilden von Altersrückstellungen auch noch dein derzeitiges Eintrittsalter „konserviert“.

Besonders interessant ist die Anwartschaft für dich, wenn du

- als Arbeitnehmer aktuell nur knapp unterhalb der Jahresarbeitsentgelt grenze (2025: 6.150 Euro) verdienst und du in absehbar Zeit als freiwilliges Mitglied in die PKV wechseln kannst.

Insbesondere kleine Anwartschaftsversicherungen ohne Altersrückstellungen sind sehr günstig. Je nach Gesellschaft kosten sie weniger als zehn Euro im Monat, bieten aber mit der Konservierung deines Gesundheitszustandes einen wichtigen Vorteil.

Die große Anwartschaft bietet neben dem „Einfrieren“ deines Gesundheitszustandes mit der zusätzlichen Konservierung deines Eintrittsalters lebenslange Beitragsvorteile in deiner PKV.

Außerdem kannst du den Beitrag einer Anwartschaftsversicherung von der Steuer absetzen.

Alternativ zur Anwartschaft kannst du dich auch für einen sogenannten Optionstarif entscheiden. Die Anwartschaft ist tarifbezogen, während dir ein Optionstarif bei der Gesellschaft dir bei der Aktivierung die Wahl unter Krankenvoll- und Zusatzversicherungen lässt. Er konserviert nur deinen Gesundheitszustand und die Aktivierung ist an bestimmte Fristen oder Ereignisse wie z.B. den Entfall der Versicherungspflicht in der GKV gebunden.

DAS TARIFKOLLEKTIV

Stell dir vor, du würdest keine Krankenversicherung aufgrund der Versicherungspflicht abschließen müssen, sondern mit deinen zehn besten Freunden vereinbaren, dass im Krankheitsfall jeder 10 Prozent der Krankheitskosten übernimmt. Wird einer von euch krank und geht für 1.000 Euro zum Arzt, zahlt jeder anteilig 100 Euro.

Wie dieses Beispiel funktioniert ein sogenanntes Tarifkollektiv in der Krankenversicherung. In einem gedachten „Sack" befinden sich etwa 100.000 Versicherte, mit gleichem Lebensalter (Unisextarifwelt) und alle Personen sind im gleichen Tarif versichert.

Sie alle bezahlen ihren Beitrag und der Versicherer nutzt die Summe der Beiträge, um die Versicherungsleistungen der Mitglieder in diesem Kollektiv zu bezahlen. Alle privaten Krankenversicherer setzen auf dieses Kollektivprinzip, das es im Übrigen auch bei anderen Policen wie der Berufsunfähigkeits- oder Hausratversicherung gibt.

Dieses fiktive Kollektiv unterliegt ständigen Schwankungen: durch Zugang neuer Mitglieder, Mitglieder, welche versterben (Stornogewinne durch Vererbung von Altersrückstellungen) oder wechseln aus dem Kollektiv, der Schadensverlauf entwickelt sich anders als kalkuliert, durch geringere Stornogewinne als erwartet, Veränderung des Rechnungszins, oder durch eine längere Lebenserwartung als kalkuliert. Auch durch neue teure Behandlungsmethoden, innovative Gerätemedizin und neue wirksamere Medikamente verändern sich die Krankheitskosten.

Insidertipp

Du hast mit dem § 204 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) einen vertraglich und gesetzlich garantierten Anspruch auf den Wechsel in alternative Tarife deines Versicherers. Deine aus dem Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden dabei angerechnet. So kannst du eventuell durch den Wechsel in einen Tarif mit einem „gesünderen" Kollektiv deine Kostenbelastung senken.

ZUSÄTZLICHE FAKTOREN, DIE DEN BEITRAG BEEINFLUSSEN

Nur wenn die tatsächlichen Krankheitskosten höher sind als die kalkulierten Kosten, oder die Lebenserwartungen der Versicherten steigt und dabei bestimmte Schwellenwerte überschritten sind, darf der Versicherer die Beiträge anpassen (geregelt im VVG, VAG, KVAV).

Beitragssteigerungen lassen sich aber auch wie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vermeiden. Das liegt allein schon an der medizinischen Inflation, ausgelöst durch moderne Gerätemedizin, neue Behandlungsmethoden oder durch neu entwickelte und kostspielige Medikamente und die steigende Lebenserwartung. Neben den gesetzlichen Alterungsrückstellungen in Höhe von 10 Prozent auf deinen Tarifbeitrag und den Altersrückstellungen, welche dein Krankenversicherer bildet, hast du zwei weitere Möglichkeiten, dich im Alter finanziell zu entlasten:

- Du kannst einen Beitragsentlastungstarif in der privaten Krankenversicherung mitversichern. Dein Beitrag erhöht sich dann als 30-jähriger beispielsweise um ca. 25 Euro pro Monat und der Versicherer legt das Geld für dich verzinslich an. Er garantiert dir dann zum Beispiel mit 65 Jahren eine Beitragsreduzierung in Höhe von 100 Euro monatlich. Und denke daran, dass sich innerhalb des Arbeitgeberhöchstzuschusses dein Arbeitgeber hälftig an dem Beitrag dafür beteiligt, eine großartige Rendite. Daher machen häufig auch wesentlich höhere Beiträge für die zukünftige Beitragsreduzierung im Alter Sinn.
- Alternativ legst du selbst einen gewünschten Betrag im Monat auf die Seite. Nutze hierfür beispielsweise einen ETF-Sparplan. Aus dem angesparten Vermögen kannst du deine PKV-Beiträge später „quersubventionieren“. Tatsächlich sind hier auch sogenannte ETF-Rentenversicherungen und sogar ETF-Rürup Verträge für die Rückdeckung der Beiträge im Alter hochinteressant. Gerade die Kombination aus Steuervorteilen und lebenslanger Rente, die dann die Beiträge im Alter abfedern machen eine Investition der monatlichen Ersparnis in eine clevere und kostengünstige ETF-Rentenversicherung oder ETF-Rürup Rente sehr lukrativ.

Der Vorteil der privaten Zusatzvorsorge: Wird deine private Krankenversicherung nicht so teuer, wie du gedacht hast, hast du ein hübsches Sümmchen auf der Seite liegen. Darüber kannst du dann nach Ablauf individuell nach deinen Wünschen in der Rentenphase verfügen.

TIEFENWISSEN

Nach dem Grundwissen folgt nun das Tiefenwissen. In den nächsten Abschnitten erfährst du tiefergehende Fakten rund um die private Krankenversicherung. Wir behandeln dabei vor allem Struktur der PKV, Finanzierung, Risiken und weitere Besonderheiten bei der Gesundheitsprüfung. Außerdem schauen wir uns an, wie die private Krankenversicherung Leistungen abrechnet und welche Bausteine in einer guten PKV auf keinen Fall fehlen dürfen!

UNTERSCHIEDE ZWISCHEN GESETZLICHER UND PRIVATER KRANKENVERSICHERUNG IM DETAIL

Klar ist, dass bei beiden Formen der Krankenversicherung deine medizinische Versorgung im Vordergrund steht. Dennoch gibt es im dualen System der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in Deutschland durchaus erhebliche Unterschiede.

VORAUSSETZUNGEN FÜR DEN BEITRITT

Die gesetzliche Krankenversicherung steht grundsätzlich allen Personen zur Verfügung. Es spielt keine Rolle, was du arbeitest, verdienst oder ob du krank bist. Wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ist die gesetzliche Krankenversicherung durch den sogenannten Kontrahierungszwang dazu verpflichtet, dich aufzunehmen. Bist du allerdings freiwillig krankenversichert und durch eine langjährige Mitgliedschaft in der privaten Krankenversicherung ohne entsprechenden Vorversicherungszeiten in der GKV, wirst du von der GKV abgelehnt werden.

Voraussetzung für den Beitritt zur privaten Krankenversicherung ist für dich als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer die sogenannte **Versicherungsfreiheit**. Sie liegt vor, wenn du als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer monatlich mehr als 6.150 Euro (73.800 Euro im Jahr) verdienst.

Hast du im Jahr 2024 bereits 69.300 Euro oder mehr verdient und verdienst auch 2025 über der Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von 73.800 Euro, dann kannst du dich mit ein der ordentlichen Kündigungsfrist zum Ende des übernächsten Monats privat krankenversichern.

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es bei der privaten Krankenversicherung **keinen Kontrahierungszwang.** Der Versicherer kann dich also auch ablehnen oder nur mit Beitragszuschlägen bzw. und/oder Leistungsausschlüssen aufnehmen, wenn du

- Vorerkrankungen aus versicherungsmedizinischer Sicht hast und daher ein höheres Kostenrisiko als ein Gesunder für den Versicherer darstellst.
- Die statistische Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen aufgrund deines hohen Eintrittsalters das Versichertenkollektiv zu stark belasten würde.

Die Entscheidung über deine Aufnahme oder Ablehnung bei den Versicherungsgesellschaften liegt allein bei der jeweiligen Gesellschaft. Es kann zu unterschiedlichen Beurteilungen über deinen Gesundheitszustand bei den einzelnen Gesellschaften kommen, da jede Gesellschaft ihre individuelle Risikoprüfung und eigene Annahmerichtlinien besitzt. Ein Vergleich ist hier auf jeden Fall empfehlenswert, um mit unserer Beratung das beste Angebot im Rahmen von anonymen Risikovoranfragen für dich zu finden.

Achte darauf, dass du deine gesetzliche Kasse auch erst kündigen, wenn du definitiv aufgenommen wurdest und deinen entsprechenden Nachversicherungsnachweis der privaten Krankenversicherung in den Händen hältst. Der Nachversicherungsnachweis ist dann bei der gesetzlichen Kasse zusammen mit deiner Kündigung nachweislich einzureichen.

KOSTENLOSE ONLINE-BERATUNG VEREINBAREN!

Direkt Termin buchen

NEBENBERUFLICHE SELBSTSTÄNDIGKEIT – KANN ICH MICH PRIVAT KRANKENVERSICHERN?

Selbstständige sind nach dem SGB V versicherungsfrei und können sich daher jederzeit privat krankenversichern. Eine Besonderheit ergibt sich freilich, wenn du gleichzeitig angestellt und selbstständig bist.

In diesem Fall stellst du einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht bei deiner aktuellen gesetzlichen Krankenversicherung. Hier schilderst du deine konkrete berufliche Tätigkeit und gehst auf die zeitliche sowie finanzielle Komponente ein. Die Sozialversicherung prüft dann, auf welcher der beiden Tätigkeiten der Schwerpunkt liegt. Dabei gibt es drei Möglichkeiten:

- Deine Angestelltentätigkeit nimmt am meisten Zeit in Anspruch und du bist hauptberuflich angestellt. Versicherungsfreiheit liegt nicht vor.
- Die Selbstständigkeit wirft mehr ab und bildet gleichzeitig den zeitlichen Schwerpunkt, etwa weil du nur halbtags als Arbeitnehmer arbeitest. Nun bist du versicherungsfrei.
- Du verdienst als Arbeitnehmer zwar mehr, die Selbstständigkeit nimmt aber mehr Zeit in Anspruch – dies ist quasi der Mischfall. Hier wendet die Krankenkasse weitere Kriterien, etwa deine soziale Stellung, die Sicherheit der Einnahmen und die Nachhaltigkeit deiner Tätigkeit, an. Schließlich könnte es auch sein, dass du nur in einem Jahr gut verdienst und viel arbeitest, die Selbstständigkeit nächstes Jahr aber wieder aufgibst.

Bist du nach Einschätzung der Krankenkasse nebenberuflich selbstständig, zahlst du auf die erzielten Gewinne keine zusätzlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge. Allerdings bleibst du in der GKV pflichtversichert.

Liegt der Schwerpunkt auf der Selbstständigkeit, kannst du dich privat krankenversichern. Du hast im Anstellungsverhältnis dann Anspruch auf einen Zuschuss zu den KV-Beiträgen.

RÄUMLICHER GELTUNGSBEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG

Mit der gesetzlichen Krankenversicherung bist du in Deutschland versichert, in EU-Mitgliedsländer für Behandlungen bei einer akuten Erkrankung oder bei einem Unfall, als auch in Ländern, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht. Ein weltweiter Versicherungsschutz besteht nicht, im EU-Ausland kannst du allerdings guten Gewissens zum Arzt gehen. Beachte aber, dass du dort womöglich nicht denselben Behandlungsstandard erhältst wie in Deutschland. Denn auch im Ausland übernimmt die GKV nur „notwendige und wirtschaftliche" Leistungen.

Bei den privaten Versicherungsunternehmen erstreckt sich der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes auf Heilbehandlungen in Deutschland und allen Ländern in Europa. Bei einem vorübergehenden außereuropäischen Aufenthalt erhältst du bedingungsgemäß im ersten Monat in allen Tarifen Versicherungsschutz, bei einigen Gesellschaften sogar bis zu sechs Monate. Bei vielen Gesellschaften kann vor Antritt der Auslandsreise hinsichtlich der Dauer und der Erweiterung des weltweiten Versicherungsschutzes eine besondere Vereinbarung getroffen werden.

Wir empfehlen bei allen Reisen ins Ausland immer den Abschluss einer Reisekrankenversicherung. Nicht in allen Tarifen der PKV ist ein medizinisch notwendiger Rücktransport nach Deutschland mitversichert. Dazu wird mit Abrechnung der entstandenen Kosten über die Reisekrankenversicherung nicht dein eventueller tariflicher Selbstbehalt in deiner Vollkostenversicherung belastet und du bleibst ggf. auch hinsichtlich einer zu erwartenden Beitragsrückerstattung leistungsfrei. Eine Jahrespolice für Einzelpersonen gibt es bereits unter 20 Euro und kann gleichzeitig mit deiner privaten Krankenversicherung beantragt werden.

BEITRAG FÜR DEN KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ

In der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich dein Beitrag ausschließlich nach dem Einkommen. Faktoren wie Alter, Gesundheitszustand und Leistungen spielen dabei keine Rolle.

Der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt in diesem Jahr 14,6 Prozent. Zusätzlich erhebt die Krankenkasse einen individuellen Zusatzbeitrag, der im Durchschnitt 2025 bei 2,5 Prozent liegt. Der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt somit bei 17,1 Prozent deines Einkommens. Davon übernimmt dein Arbeitgeber bis maximal zum **Arbeitgeberhöchstzuschuss** (2025: 471,32 Euro) die Hälfte.

Die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze (BBG) liegt im Jahr 2025 bei monatlich 5.512,50 Euro. Für dein Gehaltsanteil darüber wird kein Krankenkassenbeitrag mehr fällig. Der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt damit bei 942,64 Euro (BBG 5.512,50 Euro x 17,1 Prozent durchschnittlicher Beitragssatz). Die Beiträge tragen paritätisch jeweils zur Hälfte die/der Beschäftigte und sein Arbeitgeber. Auch die weit-eren Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung in der Pflegeversicherung (2025: 3,4 Prozent), Rentenversicherung (2025: 18,6 Prozent) und Arbeitslosenversicherung (2025: 2,6 Prozent) teilen sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber hälftig.

Bei der privaten Krankenversicherung dagegen spielt dein Einkommen bei der Berechnung deines Beitrages keine Rolle.

Der Versicherer berechnet deinen Beitrag anhand:

- deines Alters bei Versicherungsbeginn (je früher dein Einstieg in die PKV, desto niedriger die Beiträge)
- dem Leistungsumfang deiner versicherten Tarife
- deines Gesundheitszustandes bei Versicherungsbeginn (bei Vorerkrankungen evtl. Vereinbarung eines Risikozuschlages (arbeitgeberzuschussfähig) und/oder Leistungsausschlusses)

Der Arbeitgeber beteiligt sich wie auch in der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Hälfte bis maximal zum Höchstbeitrag in der Krankenversicherung (2025: 942,64 Euro).

Zu deiner privaten Krankenversicherungsschutz ist eine Pflegepflichtversicherung (Tarif PVN) mit Beitrag abzusichern. Eine Kombination von privater Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung, ist hier nicht möglich.

Weitere zusätzliche Tarife wie ein Krankentagegeldtarif (ein Muss für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer!), Krankenhaustagegeldtarif, Kurtagegeldtarif, Pflegezusatztarif, Beitragsentlastungstarif, eine Reisekrankenversicherung, oder ein Optionstarif stehen ebenfalls u.a. noch zur Wahl.

DER WECHSEL ZWISCHEN DEN KRANKENVERSICHERUNGEN

Wie du von der GKV in die PKV wechselst und umgekehrt, welche Einschränkungen es dabei zu beachten gibt und warum es auch auf dein Alter und deinen Gesundheitszustand ankommt, erfährst du im Basiswissen. Bitte wirf bei Bedarf gerne nochmal einen Blick in den entsprechenden Abschnitt.

HINWEISE AUF BESONDERHEITEN IN DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

Viele Besonderheiten in der privaten Krankenversicherung haben wir über das Grundwissen verteilt bereits angesprochen. Daher geben wir dir an dieser Stelle nochmal eine kurze Zusammenfassung, wobei wir uns weiter auf die **PKV für Arbeitnehmer** beschränken:

1. Endet die Lohnfortzahlung deines Arbeitgebers, weil du länger als sechs Wochen krank bist, **fällt** auch der **Arbeitgeberzuschuss weg.** Du musst dann den gesamten Beitrag für die private Krankenversicherung selbst bezahlen. Achte daher auf eine ausreichende Höhe deines versicherten Krankentage geldes.

2. Punkt zwei hängt direkt mit dem vorherigen zusammen. In der privaten Krankenversicherung gibt es **kein Krankengeld**, weil es sich hierbei um eine staatliche Sozialleistung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Daher solltest du eine Krankentagegeldhöhe absichern, welche es dir er möglicht, deinen Lebensstandard zu halten **und** die Beiträge zu deiner Kran ken- und Rentenversicherung weiter zu bezahlen.

3. Du kommst bis zum vollendeten 55. Lebensjahr in die GKV zurück, wenn dein Einkommen – egal ob wegen Arbeitgeberwechsel, Aufnahme einer Teilzeittätigkeit oder betrieblicher Altersvorsorge – wieder unter die Versicherungspflichtgrenze fällt. Ab dem vollendeten **55. Lebensjahr** hast du hingegen **fast keine Möglichkeit** mehr, zurück in das gesetzliche System zu wechseln.

4. Immer wieder hören wir von **steigenden Beiträgen** in der PKV. Dies ist u.a. durch Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt und stei gende Lebenserwartung bedingt. Allerdings steigen die Beiträge auch in der gesetzlichen Kasse. Durch die Anpassung des allgemeinen Beitragssatz es und des durchschnittlichen Zusatzbeitrages, sowie durch die jährliche Er höhung der Beitragsbemessungsgrenze (2014: 4.050 Euro nun 2025: 5.175 Euro) durch den Gesetzgeber. Der Höchstbeitrag in der Krankenversicherung liegt dieses Jahr bei 942,64 Euro plus Pflege und lag im Jahr 2014 noch bei 627,75 Euro plus Pflege.

5. In der PKV gibt es **keine beitragsfreie Familienversicherung.** Jede versicherte Person unterliegt einer individuellen Gesundheitsprüfung und bezahlt einen eigenen Beitrag. Beachte diesen Sachverhalt bei der Wahl deiner Kranken versicherung.

VEREINBARE EINE PERSÖNLICHE BERATUNG BEI VERSICHERUNGEN MIT KOPF!
DANN VERSUCHEN WIR GEMEINSAM DEN BESTEN WEG FÜR DICH ZU FINDEN!

Jetzt Termin vereinbaren

STRUKTUR DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG, AUFSICHT UND FINANZIERUNG

Eine Frage, welche viele Interessenten gerade bei der privaten Krankenversicherung beschäftigt:

Was passiert, wenn der Versicherer Insolvenz anmeldet und meine Leistungen nicht mehr finanzieren kann? Wir finden daher, dass das Thema „Aufsicht und Finanzierung" damit einen eigenen Abschnitt verdient hat.

AUFSICHT ÜBER DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

Zuständig für die Beaufsichtigung der privaten Krankenversicherer ist die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht** (BaFin) mit Sitz in Bonn. Sie erfüllt ihre Verpflichtungen unter anderem nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).

Sie achtet unter anderem darauf, dass

- der Versicherer die gesetzlich vorgeschriebenen Rückstellungen bildet
- der Versicherer den Versicherungsvertrag wegen der existenziellen Bedeutung der Krankenversicherung nicht ordentlich kündigen kann
- der Versicherungsnehmer das Recht nach dem § 204 des Versicherungsvertragsgesetz (VVG), in einen anderen Tarif zu wechseln, ausüben kann
- der Versicherer einen Basistarif (Beitrag begrenzt auf den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung 2025: 942,64 Euro) anbietet, der im Wesentlichen dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht und dass Versicherte unter gewissen Voraussetzungen auch in diesen Tarif wechseln können
- die Versicherungsgesellschaft ein Ausgleichssystem schafft, mit dem sie sicherstellt, dass sie im Notfall auch leisten kann, wenn alle Versicherungs nehmer gleichzeitig Leistungen in Anspruch nehmen
- Versicherer entsprechend dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) einen Aktuar (Experte für Mathematik, Statistik und Wahrscheinlichkeiten) beschäftigen, der u.a. sich mit der die Kalkulation der Gesundheitsrisiken/Beiträge, Alterungsrückstellungen befasst und die wirtschaftliche Situation des Unternehmens laufend überprüft

Neben der BaFin gibt es noch den Versicherungsombudsmann mit Sitz in Berlin. Er ist eine unabhängige Schlichtungsstelle für die private Kranken- und Pflegeversicherung, die zwischen Streitigkeiten aus Versicherungsverhältnissen vermittelt. Mithilfe der Institution des Ombudsmanns besteht für die alle Beteiligten die kostenlose Möglichkeit, Meinungsverschiedenheiten einvernehmlich, ohne ein Gerichtsverfahren zu schlichten. Der Ombudsmann soll während des Verfahrens laufend zwischen den Beteiligten vermitteln und möglichst eine Versöhnung erreichen.

FINANZIERUNG DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

Die private Krankenversicherung finanziert sich – wie andere Versicherungen – über die Beiträge der Mitglieder. Die Beiträge werden in der PKV nach dem sogenannten „Äquivalenzprinzip“ (Beiträge äquivalent zu den versicherten Leistungen) berechnet.

In der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert sich ebenfalls durch die Beiträge und einen jährlichen aus Steuergeldern finanzierten Bundeszuschuss sowie sonstige Einnahmen. Hier gilt das sogenannte „Umlageverfahren“ (Beiträge sollen innerhalb eines betreffenden Zeitraums die anfallenden Ausgaben decken).

Die PKV arbeitet mit dem Kapitaldeckelungsverfahren, welches sie anders als in der GKV, weitgehend unabhängig von der demographischen Entwicklung macht. Im Kapitaldeckungsverfahren sorgst du als Versicherter bereits für die im Alter zu erwartenden höheren Leistungen vor. Dafür liegen deine Beiträge in jüngeren Jahren über den zu erwarten Gesundheitsausgaben deines Versicherers.

Mit diesen Beitragsanteilen bildet dein Versicherer sogenannte Altersrückstellung und legte diese verzinslich auf dem Kapitalmarkt für dich an. Erwirtschaftet dein Versicherer eine Verzinsung oberhalb des garantierten Rechnungszinses (Marktdurschnitt: 2,7 Prozent) nennt man das Überzinsen. Mindestens 90 Prozent dieses Überzinsens fließen an das Versichertenkollektiv wieder zurück und wird zum überwiegenden Teil zur Beitragsstabilität im Alter verwendet.

INSOLVENZ DES VERSICHERERS – UND JETZT?

Das ist in der Vergangenheit noch nie der Fall gewesen. Sollte jedoch ein privates Versicherungsunternehmen trotz regelmäßiger Prüfungen durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) in eine Notlage geraten, würde nachfolgender Sicherungsmechanismus greifen:

Dann übernimmt die Medicator AG (Auffanggesellschaft in der privaten Krankenversicherung) den gesamten Bestand an substitutiven Krankenversicherungsverträgen (Krankheitskostenvollversicherung, Krankentagegeldversicherung und die private Pflegepflichtversicherung) und sicher dabei die Leistungsansprüche der Versicherten gegenüber Dritten (z.B. Ärzten, Krankenhäusern etc.) ab. Laufenden Versicherungsfälle werden so lange von der Medicator AG bzw. von deren Dienstleistern erfüllt. Nach dem finanziellen Ausgleich bestehender Leistungsansprüche gliedert die Auffanggesellschaft dann alle übertragenen Bestände schnellstmöglich gleichmäßig auf alle aktive Krankenversicherer ein.

KANN MICH DER PRIVATE KRANKENVERSICHERER KÜNDIGEN?

Bei privaten Krankenversicherungen ist eine ordentliche Kündigung durch die Versicherungsgesellschaft aufgrund der in Deutschland bestehenden Versicherungspflicht (in der PKV seit 01.01.2009) in deiner substitutiven Krankenversicherung ausgeschlossen.

Er kann darüber hinaus keinen nachträglichen Zuschlag festsetzen, nur weil du inzwischen krank geworden bist und höhere Kosten verursachst. Der Versicherungsschutz bleibt so bestehen, wie er zu Beginn des Vertragsbeginns geschlossen wurde. Das Risiko, dass einzelne Versicherte erkranken und damit Kosten verursachen und das Kollektiv belasten, ist vom Versicherer vorrausschauend kalkuliert. Steigt die allgemeine Lebenserwartung und weichen die erforderlichen mit den kalkulierten Kosten ab, kann es zu Beitragsanpassungen kommen.

Aber: Außerordentliche Kündigungen von Seiten des Versicherers sind möglich, wenn du deine vorvertraglichen Anzeigepflichten verletzt. Dazu später mehr.

DIE WICHTIGSTEN BAUSTEINE DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG FÜR ARBEITNEHMER

In der privaten Krankenversicherung solltest du auf bestimmte Leistungen besonderen Wert legen. Am Ende des Artikels haben wir nochmal alle Module zusammengefasst, die bei der PKV generell von Bedeutung sind. Hier geht es erstmal nur um dich als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer.

INDIVIDUELLE ZUSATZBAUSTEINE

Zu den individuellen Bausteinen gehören alle Module, die über den Grundschutz der PKV hinausgehen und sich an deiner individuellen Situation und Wünschen orientieren. Der Zugang zur High-Tech-Medizin und den besten Spezialisten im Krankenhaus stellt hier die wichtigste Wahlleistung dar. Bist du öfters beim Zahnarzt, oder möchtest du hier einen besonders umfangreichen Versicherungsschutz, empfehlen wir dir einen Tarif mit einer kulanten und kurzen Zahnstaffel und sehr hohen Leistungen und Erstattungssatz im Bereich Zahnersatz. Als Brillenträger achtest du sicher auf die tariflichen Leistungen für Sehhilfen. Aber beachte bitte, oft stehen hohe Leistungen für Sehhilfen in keinem Verhältnis zum Tarifbeitrag alternativer Top Schutz Tarife.

EXISTENZIELLER ZUSATZBAUSTEIN: DAS KRANKENTAGEGELD

Auf das wichtige Thema Krankentagegeld sind wir bereits in einem der vorherigen Abschnitte ausführlich eingegangen.

ZUSATZBAUSTEIN: KRANKENHAUSTAGEGELD

Eine Krankenhaustagegeld-Versicherung leistet, zeitlich unbegrenzt, in der versicherten Höhe (max. 340 Euro/Tag) für jeden Tag, welchen du aus medizinisch notwendigen Gründen im Krankenhaus verbringen musst und ist dazu noch steuerfrei.

ZUSATZBAUSTEIN: KURTAGEGELDVERSICHERUNG

Eine Kurtagegeldversicherung leistet in der versicherten Höhe (bis max. 250 Euro) bei Kuren, medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen oder Anschlussheilbehandlungen.

GESUNDHEITS- UND RISIKOPRÜFUNG BEI ABSCHLUSS DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

Vor dem Eintritt in die die private Krankenversicherung steht die Gesundheitsprüfung. Individuelle Gesundheitsrisiken spielen nicht nur für den Beitrag, sondern auch für die Entscheidung zu welchen Bedingungen und ob dich die Gesellschaft versichert, eine Rolle. Dabei sind einige wichtige Punkte zu beachten und es muss gewissenhaft vorgegangen werden. Denn die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung können gravierend sein.

ZWECK DER GESUNDHEITSPRÜFUNG

Der Versicherer bewertet bei Antragstellung bei der privaten Krankenversicherung im Rahmen der Gesundheitsfragen dein individuelles versicherungsmedizinisches Risiko.

So zahlst du in der privaten Krankenversicherung immer einen individuellen Beitrag, der sich nach deinem Eintrittsalter, deiner Tarifwahl und deinem Gesundheitszustand bei Antragstellung richtet.

Liegt bei Antragstellung ein Krankheitsrisiko vor, bei welchen zukünftig mit überdurchschnittlichen hohen Versicherungsleistungen zu rechnen ist, kann der Versicherer einen prozentualen Risikozuschlag erheben, um damit die zu erwartenden höheren Leistungsausgaben zu finanzieren. Unter bestimmten Voraussetzungen und Nachweisen, außer bei chronischen Erkrankungen, kann die Reduzierung oder der Wegfall eines Risikozuschlages auch überprüft werden.

Bei erheblichen Vorerkrankungen kann der Versicherer einen Antrag aus versicherungsmedizinischen Gründen auch ablehnen. In bestimmten Fällen kann für bestimmte tariflichen Leistungen auch ein Leistungsausschluss für bestimmte Diagnosen oder Behandlungen vereinbart werden.

DIE GESUNDHEITSFRAGEN

Im Rahmen der Antragstellung stellt dir der Versicherer zahlreiche Gesundheitsfragen, auf welche wir bereits in einem vorherigen Kapitel ausführlich eingegangen sind.

Bei vielen Versicherern gilt ein Höchstaufnahmealter und ab einem bestimmten Alter ist ein aktueller ärztlicher Untersuchungsbericht zusätzlich zum Antrag notwendig. Du wirst bei einigen Fragen vielleicht nicht immer die konkreten Antworten zu Diagnosen und Zeiträume im Kopf haben. Auch ist dir als gesetzlich Versicherter nicht bekannt, was dein Arzt bei deiner GKV damals abgerechnet hat.

Merke daher: Die Anforderung deiner Patientenakte und der Daten der Krankenversicherung ist obligatorisch!

Bei der Gesundheitsprüfung gilt das Sprichwort „Unwissenheit schützt vor Strafe nicht“. Es sind deshalb unbedingt alle Behandlungen und Untersuchungen im abgefragten Zeitraum wahrheitsgemäß anzugeben

Wenn du etwas vergisst, geht der Fehler immer zu deinen Lasten. So unterstützt dich deine Patientenkartei bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen und schützt dich davor, bestimmte Angaben zu vergessen. Der Versicherer kann dir ansonsten sogar eine arglistige Täuschung vorwerfen.

Denke auch daran, dass die Ablehnung eines rechtsverbindlichen Antrages durch einen Versicherer im Hinweis- und Informationssystem der deutschen Versicherungswirtschaft (HIS) der Versicherer gespeichert werden kann. Die Folge könnte sein, dass andere Versicherer die Ablehnung bei einer Antragstellung sehen und dich ebenfalls ablehnen.

Daher setzen wir bei **VMK** auf die Möglichkeit einer **anonyme Risikovorabanfrage**. Wir übermitteln anbieterunabhängig den Versicherern deine anonymisierten Gesundheitsdaten und erhalten so konkrete Rückmeldungen von den Gesellschaften, unter welchen Voraussetzungen du versicherbar bist. Am Ende analysieren wir gemeinsam die vorliegenden Ergebnisse und dann kannst du dich für den Tarif entscheiden, welcher am besten deinen Vorstellungen und Wünschen entspricht. Durch die anonyme Risikovorabanfrage vermeiden wir für dich eine Eintragung im Hinweis- und Informationssystem der deutschen Versicherungswirtschaft.

FOLGEN DER GESUNDHEITSPRÜFUNG

Auf Basis deiner Gesundheitsdaten trifft der Versicherer eine Entscheidung unter welchen Voraussetzungen und ob er dich versichert. Gegebenenfalls fordert die Versicherungsgesellschaft bereits im Vorfeld Selbstauskünfte, ärztliche Unterlagen, beispielsweise einen Krankenhausentlassungsbericht nach einem längeren stationären Aufenthalt oder eine Kopie des Operationsberichtes an. Eine aktuelle ärztliche Untersuchung ist in der Regel nur ab einem bestimmten Eintrittsalter notwendig.

Neben Ablehnung und Annahme kann der Versicherer dir auch einen eingeschränkten Versicherungsschutz anbieten. Hattest du z.B. vor 2 Monaten einen Bänderriss im Sprunggelenk, kann der Versicherer einen temporären Leistungsausschluss für diese Diagnose für 6 Monate mit dir vereinbaren. In diesem Zeitraum hast du dann lediglich keinen Anspruch auf eine versicherte Chefarztbehandlung und das versicherte 1-Bettzimmer, aber auf das Mehrbettzimmer und den Belegarzt. Du bezahlst also keinen Risikozuschlag für die Erkrankung und die Gesellschaft sichert sich für ein halbes Jahr ab, keine Wahlleistungen (Chefarzt/1-Bettzimmer) bei einer z.B. erneuten OP deines Sprunggelenks erstatten zu müssen. Leistungsausschlüsse für Diagnosen ohne zeitliche Begrenzung sind in der Vollkostenversicherung sehr selten.

Nimmt der Versicherer deinen Antrag an, sendet er dir den Versicherungsschein zu. In diesem Versicherungsschein findest du den Beginn des Versicherungsschutzes, die versicherten Tarife und die aktuell zu zahlenden Beiträge. Vorab erhältst du eine Annahmebestätigung, einen Nachversicherungsnachweis, welchen du deiner gesetzlichen Kasse mit der Kündigung weiterleitest und eine Arbeitgeberbescheinigung zur Vorlage bei deinem Arbeitgeber. Bitte beachte, dass dein Versicherungsbeginn in der PKV immer nahtlos auf das Ende deiner Mitgliedschaft in der GKV folgen muss.

DIE ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG

Bei nahezu allen Versicherungen, bei welchen Gesundheitsangaben oder sonstige individuelle Angaben (z.B. Lebensalter, Beruf) gemacht werden, ist von dir eine Anzeigepflicht zu erfüllen. Die Anzeigepflicht und Ihre Folgen ist im § 19 Abs. 1ff Versicherungsvertragsgesetz geregelt:

„Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen."

Du bist daher verpflichtet bei Antragstellung wahrheitsgemäße und vollständige Angaben gegenüber dem Versicherer zu machen. Werden bei der Gesundheitsprüfung Angaben versehentlich vergessen, weggelassen, oder falsche Angaben gemacht, kommt es nach Feststellung des Versicherers für die Folgen der Anzeigepflichtverletzung darauf an, ob es sich um eine einfache oder grobe Fahrlässigkeit, oder sogar eine arglistige Täuschung handelt.

Die Konsequenzen können dann eine nachträgliche Vertragsanpassung in Form eines rückwirkenden ab Vertragsbeginn geltenden Risikozuschlages, oder einen ebenfalls rückwirkenden Leistungsausschluss, sein. Wurden aber bekannte erhebliche Umstände dem Versicherer nicht angezeigt, so kann dieser auch innerhalb eines Monats vom Vertrag zurücktreten. Bei einer arglistigen Täuschung kann der Versicherer innerhalb von zehn Jahren sogar den Vertrag ab Beginn für nichtig erklären und alle bis dahin geleistete Erstattungen zurückfordern. Zusätzlich stehen dem Versicherer laut Gesetz alle geleisteten Beiträge zu.

Achte daher IMMER auf wahrheitsgemäße Angaben und orientiere dich dabei IMMER an der Patientenakte. So gehst du auf Nummer sicher und vergisst keine relevanten Angaben!

JETZT KOSTENLOSE ONLINE-BERATUNG BUCHEN & KEIN RISIKO EINGEHEN!

Jetzt Termin buchen

TIPPS ZUR ABRECHNUNG VON LEISTUNGEN IN DER PKV

Dass die Abrechnung von Behandlungen, stationären Aufenthalten, Hilfsmitteln und Medikamenten in der privaten Krankenversicherung anders als in der gesetzlichen Kasse funktioniert, hast du bereits im Grundwissen gelesen. Denn durch den Charakter der PKV als private Versicherung ist der Arzt nicht direkt an den Versicherer angebunden – und umgekehrt. Als Patientin oder Patient bist du immer der „Vertragspartner", welcher die Rechnungen direkt vom Behandler erhält und an die PKV zur Erstattung weiterleitet.

Wir haben daher noch einige **Tipps & Tricks zum Thema „Abrechnung"** in der privaten Krankenversicherung für Arbeitnehmer zusammengefasst.

DER ERSTATTUNGSWEG IN DER PKV

In der gesetzlichen Kasse kann der Arzt die Behandlungen direkt über die Elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit der Krankenversicherung abrechnen. Als Patient hast du in der Regel keine Transparenz über diese Abrechnung. Einzige Ausnahme sind Behandlungen, bei welchen ein Teil der Kosten von dir selbst zu übernehmen sind – diese wird dir der Arzt gesondert in Rechnung stellen.

Privatversicherte erhalten hingegen alle Leistungen ihrer Ärzte direkt in Rechnung gestellt. Der Erstattungsweg sieht dabei so aus:

1. Du gehst zum Arzt und lässt notwendige Behandlungen durchführen. Im Anschluss suchst du vielleicht noch eine Apotheke auf, um Medikamente abzuholen. Letztere zahlst du sofort und bekommst eine entsprechende Rechnung, die du gut aufheben solltest.

2. Irgendwann (meist einmal je Quartal) rechnet dann der Arzt seine Behand lungen ab und schickt dir ebenfalls eine entsprechende Rechnung zu. Diese überweist du von deinem Konto direkt an den Arzt.

   Achtung Beitragsrückerstattung: Rechne zu Beginn eines Jahres aus, wie hoch deine voraussichtliche Beitragsrückerstattung (BRE) ist, wenn du unter dem Jahr keine Rechnungen einreichst. So kannst du nach jeder Rechnung vom Arzt oder der Apotheke prüfen, ob die BRE höher ist und es sich damit nicht lohnt, die PKV zu beanspruchen (Grundwissen).

3. Nun reichst du die Rechnungen einzeln oder gesammelt bei der privaten Krankenversicherung ein. Viele Anbieter haben dafür mittlerweile eine ei gene App, bei anderen musst du die Dokumente einscannen oder per Post senden. Am Ende geht es darum, dass die Belege dem Versicherer zugehen.

4. Die PKV wird nun die entstandenen Krankheitskosten entsprechende deine versicherten Leistungen erstatten. Sofern alle Leistungen, die der Arzt erbracht hat, von deiner privaten Krankenversicherung gedeckt sind, erstattet sie dir den gesamten Rechnungsbetrag. Gibt es bestimmte tarifliche Selbst behalte, Eigenbeteiligungen, Leistungsausschlüsse, Kürzungen, erhältst du eine entsprechend reduzierte Erstattung mit einer detaillierten Erklärung über den Grund.

   Beispiel: Du hast im Krankenhaus ein Einzelzimmer genutzt, in deinem Tarif ist aber nur das 2-Bettzimmer versichert. Dann ist der sogenannten Einbettzimmerzuschlag, der mit auf der Rechnung steht, von dir s elbst zu bezahlen.

Bei den meisten privaten Krankenversicherern erfolgt eine Erstattung deiner Rechnung innerhalb weniger Werktage. Das hat den Vorteil, dass du nicht grundsätzlich in Vorleistung gehen musst. Du kannst die Erstattung der PKV abwarten und erst dann die Rechnung innerhalb des Zahlungsziels des Arztes begleichen. Medikamente und Brillen sind dagegen sofort nach Bezug in der Apotheke und beim Optiker zu bezahlen.

Bei kostspieligen Behandlungen, wie einer stationären Operation, ist es empfehlenswert mit der Klinik-Card deiner PKV, oder einer schriftlichen Kostenübernahmeerklärung bei Aufnahme, eine direkte Erstattung deiner privaten Krankenversicherung an das Krankenhaus zu regeln. Voraussetzung ist allerdings, dass die Klinik mit dem Verband der privaten Krankenversicherer e.V. einen Klinik-Card-Vertrag geschlossen hat.

WICHTIGE BAUSTEINE DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG: SPARE NICHT AN DER FALSCHEN STELLE!

Als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer dürfen bestimmte Bausteine in deiner privaten Krankenversicherung einfach nicht fehlen.

GUTER SCHUTZ AUCH IM AUSLAND

Achte darauf, dass die Leistungen deiner privaten Krankenversicherung nicht nur auf das Inland beschränkt sind. Eine gute PKV leistet weltweit, beschränkt sich dabei aber meist auf die inländischen Höchstbeträge. Wirst du also im Ausland behandelt und bekommst eine Rechnung, schaut der Versicherer, was dieselbe Behandlung mit denselben Leistungen in Deutschland gekostet hätte. Dies ist der Höchstbetrag, den du in der Regel erstattet bekommst – es kann hier also zwei Fälle geben:

- Der Höchstbetrag liegt über den tatsächlichen Kosten: Prima, die PKV erstattet die gesamte Behandlung.
- Der Höchstbetrag ist niedriger als die tatsächlichen Behandlungskosten: der übersteigende Teil der Rechnung ist aus eigener Tasche zu bezahlen (du kannst ihn dann aber nach § 33 EStG absetzen).

Unsere Empfehlung lautet daher bei Reisen ins Ausland unbedingt eine **Auslandsreise-Krankenversicherung** abzuschließen. Sie übernimmt alle medizinisch notwendigen Kosten anhand der örtlichen Gebührenordnungen und du musst nicht umständlich recherchieren, ob und was deine PKV leistet. Dazu beanspruchst du ggf. deinen Selbstbehalt nicht oder gefährdest dadurch deinen Anspruch auf Beitragsrückerstattung in diesem Kalenderjahr! Leistungsstarke Auslandskrankenversicherungen für den Urlaub gibt es bereits für ca. 20 Euro im Jahr.

OFFENER HEIL- UND HILFSMITTELKATALOG

Eine gute private Krankenversicherung enthält einen offenen Heil- und Hilfsmittelkatalog. Ein offener Hilfsmittelkatalog garantiert dir eine Übernahme von in Zukunft auf den Markt kommenden Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese medizinisch notwendig sind und zu deiner Genesung beitragen. Achte bitte im Bereich der Hilfsmittel auch auf eventuelle Begrenzungen bei der Erstattung. In Tarifen mit einem geschlossenen Hilfsmittelkatalog, sind lediglich die tariflich versicherten Hilfsmittel erstattungsfähig, von zukünftigen Innovationen bist du ausgeschlossen.

JETZT KOSTENFREI VON VMK-VERSICHERUNGSEXPERTEN BERATEN LASSEN!

Jetzt Termin vereinbaren

WAHLLEISTUNGEN IM KRANKENHAUS

Wahlleistungen in der Klinik sind zwar Luxus, können aber auch zu deiner schnelleren Genesung beitragen. Das gilt vor allem dann, wenn du beispielsweise eine Unterbringung im Einbettzimmer versichert hast und du dir nicht das Zweibettzimmer mit einem schnarchenden Bettnachbarn teilen musst. Bist du bei einer schweren Erkrankung mehrere Wochen im Krankenhaus, kann die fehlende Ruhe deinen Genesungsverlauf beeinträchtigen.

Im genannten Beispiel wärst du über die Möglichkeit der Wahl eines Einzelzimmers froh. Überlege daher gut, ob du sogenannte Wahlleistungen nicht und in welchem Umfang mitversichern möchtest. Meist kannst du sie für einen geringen Mehrbeitrag pro Monat in deinen Versicherungsschutz miteinschließen, wobei dein Arbeitgeber sich innerhalb des Höchstarbeitgeberzuschusses zur Hälfte daran beteiligt.

Noch weitaus wichtiger als die stationäre Unterbringung halten wir bei bestimmten Erkrankungen, die Möglichkeit dich von anerkannten Spezialisten und Koryphäen auf ihrem Fachgebiet behandeln zu lassen. Dies sind durch ihre jahrelange Erfahrung und zahlreichen erfolgreichen Operationen meist die Chefärzte (kann aber auch ein Oberarzt sein) im Krankenhaus.

So hast du zum Beispiel bei einer komplizierten Knieverletzung die Möglichkeit dich bei einem anerkannten und renommierten Knie-Spezialisten behandeln zu lassen, welcher auch zahlreiche Profisportler zu seinen Patienten zählt. Das gibt dir auch das Gefühl, dass du dich medizinisch in den besten Händen befindest. Oder stelle dir vor, du musst dich einer komplizierten Herz-Operation unterziehen. Wäre es dann nicht extrem wertvoll, wenn du dich von dem absoluten Spezialisten für genau diesen Bereich operieren lassen kannst?

HONORARVEREINBARUNGEN – KOSTENÜBERNAHME ÜBER GOÄ UND GOZ

Welchen Satz deine Ärztin oder dein Zahnarzt für Leistungen abrechnen dürfen, regelt in Deutschland die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ). In der GOÄ und GOZ ist jeder ärztlichen/zahnärztlicher Leistung ein bestimmter Gebührensatz zugeordnet. Dabei sehen die Ordnungen eine gewisse Spanne vor. Bei persönlichen Leistungen liegt der Regelhöchstsatz bei 2,3 und der Höchstsatz bei 3,5.

In der Regel kann der Regehöchstsatz von 2,3 in der privaten Krankenversicherung ohne Begründung abgerechnet werden. Ist eine Behandlung besonders schwierig und/oder sehr zeitintensiv kann mit einer entsprechenden schriftlichen Begründung bis zum 3,5-fachen Höchstsatz abgerechnet werden.

Darüber hinaus kann dein Arzt mit dir eine über die in der GOÄ geregelten Gebühren hinausgehende **Honorarvereinbarung** treffen. Deine private Krankenversicherung sollte daher auch leisten, wenn du eine Behandlung in Anspruch nimmst, die der Arzt dir nach einer **Honorarvereinbarung** in Rechnung stellt. In den Tarifen der PKV nennt sich der Baustein „Leistungen auch über den Höchstsätzen von GOÄ und GOZ". Mit diesem Tarifinhalt stellst du sicher, dass du tatsächlich die bestmögliche medizinische Versorgung nutzen kannst.

Wir bei Versicherungen mit Kopf empfehlen qualitätsbewussten Kunden vor allem im stationären Bereich Tarife, die über die Gebührenordnung für Ärzte hinausgehen.

Der Grundgedanke lautet: „Wenn es mich oder meine Familie gesundheitlich so richtig erwischt, dann möchte ich die Möglichkeit haben mir sogar in Privatkliniken die absoluten Koryphäen für meine Behandlung oder Operation auszusuchen.".

Als Ergänzung bei der Gebührenordnung ist noch zu erwähnen, dass bei medizinisch-technischen Leistungen der Höchstsatz beim 1,8-fachen und bei Laborleistungen beim 1,15-fachen Satz liegt.

„DIREKT ZUM FACHARZT"

Viele private Krankenversicherungstarife erstatten dir eine ambulante Behandlung ohne Kürzungen auch dann, wenn du direkt zum Facharzt gehst und nicht erst vom Hausarzt (Hausarzt- oder Primärarztprinzip) überwiesen wurdest. So kannst du z.B. bei Ohrenschmerzen direkt einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt konsultieren und musst dir nicht vorher eine Überweisung beim Hausarzt einholen.

Um die volle Erstattung in Tarifen mit einem „Haus- oder Primärarztprinzip" zu erhalten, ist zuerst immer der Hausarzt aufzusuchen, der dich ggf. dann weiter an den Facharzt überweist. Begibst du dich direkt zum Facharzt wird deine Rechnung nur zu z.B. zu 80 Prozent erstattet.

Tarife mit „Haus- oder Primärarztprinzip" sind in der Regel günstiger, da der Hausarzt nicht so hoch wie ein Facharzt liquidieren darf und der Hausarzt einen Teil der Erkrankungen ohne Überweisung selbst behandeln kann. Das erspart dem Versicherer Kosten im ambulanten Tarifbereich.

STEUERLICHE BEHANDLUNG DEINER BEITRÄGE ZUR PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

Das Thema Steuer ist in der Regel sehr langweilig – deshalb beschränken wir uns hier auf das Wesentliche. Glücklicherweise ist es auch nicht allzu komplex.

Beiträge für deine private Krankenversicherung kannst du nach § 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG steuerlich geltend machen. Dabei gilt für Arbeitnehmer Folgendes:

- Pro Person sind maximal 1.900 Euro jährlich absetzbar. Bist du verheiratet oder lebst in einer Lebenspartnerschaft, verdoppelt sich der Betrag. Ihr könnt dann gemeinsam maximal 3.800 Euro ansetzen, egal, ob der eine mehr als 1.900 Euro gezahlt hat oder nicht.

- Auch die Beiträge, die du für deine Kinder übernimmst, sind steuerlich abziehbar.
- Der Zuschuss des Arbeitgebers ist gegenzurechnen. Zahlst du also 600 Euro pro Monat, kannst du davon nur 300 Euro ansetzen, weil der Arbeitgeber die andere Hälfte trägt.
- Absetzbar ist in der Regel nur die Grundversorgung der substitutiven Krankenversicherung. Hast du Wahlleistungen mitversichert, sind diese Beiträge in der Regel steuerlich für dich leider nicht absetzbar.
- Die Grundversorgung ist in unbegrenzter Höhe absetzbar. Wenn du beispielsweise 3.600 Euro pro Jahr für die Grundversorgung zahlst, kannst du diese in voller Höhe absetzen.
- Wahlleistungen sind nur absetzbar, wenn die Grundversorgung unter 1.900 bzw. 3.800 Euro pro Jahr liegt, was ziemlich unwahrscheinlich ist.

Eventuell erhaltene erfolgsabhängige Beitragsrückerstattungen sind steuerlich keine „gezahlten Beiträge" mehr. Diese musst du daher in dem Jahr (Zuflussprinzip), in dem sie auf deinem Konto eingehen, von den abziehbaren Sonderausgaben abziehen. Hast du für deine ganze Familie etwa 3.600 Euro gezahlt und aus dem Vorjahr eine Rückerstattung von 500 Euro erhalten, kannst du nur noch 3.100 Euro als Sonderausgabe geltend machen. Bitte beachte, eine tarifliche garantierte Beitragsrückerstattung gilt dagegen steuerlich als Leistung.

Die Krankenversicherungsgesellschaft übermittelt die Beiträge – aufgeteilt in Grundbeitrag und Wahlleistungen – elektronisch ans Finanzamt. Diese sogenannten eDaten kannst du bei Erstellung der Steuererklärung mittels ELSTER einfach übernehmen. Auch deine eventuell erhaltenen Beitragsrückerstattungen werden an die Finanzverwaltung übertragen.

Gezahlte Selbstbehalte gehören nicht zu den Beiträgen, sie stellen außergewöhnliche Belastungen nach § 33 EStG dar. Darauf sind wir bereits in einem vorigen Abschnitt eingegangen.

NOCH FRAGEN? ERFAHRE GERNE MEHR UND VEREINBARE EINE KOSTENLOSE ONLINE-BERATUNG BEI VERSICHERUNGEN MIT KOPF!

Jetzt Termin vereinbaren